



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

ESCUELA DE JURISPRUDENCIA

Tema:

“LA PRODUCCIÓN DE CANNABIS CON FINES TERAPÉUTICOS PARA
TUTELAR EL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD A TRAVÉS DE
ENTIDADES AUTÓNOMAS, COMUNITARIAS Y DE MEDICINA
ALTERNATIVA.”

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Abogado.

Línea de investigación:

El derecho y su aplicación en el campo social y jurídico.

Caracterización técnica del trabajo:

Investigación.

Autor:

JHON ESTEBAN MORA BASSANTE

Directora:

Abg. Mg. María Fernanda San Lucas

Ambato-Ecuador

Octubre 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“LA PRODUCCIÓN DE CANNABIS CON FINES TERAPÉUTICOS PARA
TUTELAR EL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD A TRAVÉS DE
ENTIDADES AUTÓNOMAS, COMUNITARIAS Y DE MEDICINA
ALTERNATIVA.”

Línea de investigación:

El derecho y su aplicación en el campo social y jurídico.

Autor:

JHON ESTEBAN MORA BASSANTE



BIBLIOTECA

María Fernanda San Lucas, Abg. Mg.

f.

CALIFICADORA

Nathalia Viviana Lescano Galeas, Abg. Mg.

f.

CALIFICADORA

Edgar Washington Fiallos Paredes, Abg. Mg.

f.

CALIFICADOR

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

f.

DIRECTOR ESCUELA DE JURISPRUDENCIA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f.

SECRETARIO GENERAL PUCE-AMBATO



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato-Ecuador

Octubre 2018

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, JHON ESTEBAN MORA BASSANTE portador de la cédula de ciudadanía No. 050327984-6, autor del trabajo de graduación intitulado: “LA PRODUCCIÓN DE CANNABIS CON FINES TERAPÉUTICOS PARA TUTELAR EL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD A TRAVÉS DE ENTIDADES AUTÓNOMAS, COMUNITARIAS Y DE MEDICINA ALTERNATIVA”, previo a la obtención del título de ABOGADO, en la escuela de JURISPRUDENCIA.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de su sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, octubre 2018



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

BIBLIOTECA

JHON ESTEBAN MORA BASSANTE

CI. 050327984-6

AGRADECIMIENTO

A la Abg. María Fernanda San Lucas, catedrática, quien en su calidad de directora ha aportado de manera sustancial, con sus consejos y experiencia, al desarrollo de la investigación.

A los docentes que han compartido sus conocimientos a lo largo de la carrera universitaria.

A los profesionales e individuos que de una u otra forma contribuyeron con la realización de la investigación.

DEDICATORIA

A mi padre Jhon Fidel, mi ángel protector.

A mi madre Rosita Soraya y abuelo José Ignacio.

A mi hermano Tony.

A quienes buscan alternativas para mejorar su salud, por un buen vivir y buen morir.

Jhon Esteban

RESUMEN

El trabajo de investigación analiza la producción de Cannabis con fines terapéuticos y la tutela del derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa. Para ello, se realizó una fundamentación que profundiza en las propiedades terapéuticas y los aspectos jurídicos de la planta, en conjunto con la ley y doctrina referente al citado derecho; instituido en el artículo 362 de la Constitución de la República. Posteriormente, en aplicación del método comparado, se sistematiza la normativa vigente en Ecuador, e identifican los aspectos regulados en los estados que han desarrollado una normativa sobre el objeto de estudio previamente descrito. En consecuencia, se realiza un diagnóstico del contexto socio jurídico que encierra la investigación mediante entrevistas aplicadas a expertos en materia de derecho constitucional, política pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicina alternativa y personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares. Por último, se formulan criterios jurídicos que determinan la necesidad de que la legislación ecuatoriana contemple una regulación de la producción de cannabis con fines terapéuticos a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa para tutelar el derecho de acceso a la salud.

Palabras clave: salud, acceso, derecho constitucional, cannabis terapéutico, medicina alternativa.

ABSTRACT

The study analyzes the production of cannabis for therapeutic purposes and the protection of the right to health care throughout autonomous, community and alternative medicine entities. To this end, a foundation that delves into the therapeutic properties and legal aspects of the plant together with the law and doctrine regarding the aforementioned right which is contained in Article 362 of the Constitution, was established. Subsequently, in application of the comparative method, the current regulations in Ecuador are systematized and the aspects regulated in the states that have developed a regulation on the object of study, are identified. Consequently, a diagnosis of the socio-legal context involving the research topic is conducted through interviews applied to experts on constitutional law, public policy on narcotics and psychotropic substances, alternative medicine, and cannabis users for therapeutic purposes or their relatives. Finally, legal criteria is formulated on the way to determine that it is necessary for the Ecuadorian legislation to contemplate a normative regulation of the production of cannabis for therapeutic purposes through autonomous, community and alternative medicine entities to protect the right of health care.

Key words: health, access, constitutional law, medical cannabis, alternative medicine.

INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
FUNDAMENTOS TEÓRICOS	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Descripción del problema	5
1.3 Preguntas básicas	7
1.4.1 General	8
1.4.2 Específicos	8
1.5 Pregunta de estudio	9
1.6 Estado del arte	9
1.7 Variables	22
1.7.1 Variable independiente	22
1.7.2 Variable dependiente	23

1.8 Fundamentos Teóricos.....	23
1.8.1 EL CANNABIS.....	23
1.8.1.1 Caracterizaciones.....	23
1.8.1.2 Componentes del cannabis	25
1.8.2 USOS TERAPÉUTICOS DEL CANNABIS A TRAVÉS DE LA HISTORIA ...	28
1.8.2.1 Edad Antigua.....	28
1.8.2.2 Edad Media.....	32
1.8.2.3 Edad Moderna y Contemporánea	34
1.8.3 EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL CANNABIS EN EL RÉGIMEN INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS	38
1.8.3.1 Convenio de Ginebra de 1925	40
1.8.3.2 Marihuana Tax Act 1937.....	43
1.8.3.3 Convención Única sobre Estupefacientes 1961	46
1.8.3.4 Convenio sobre Sustancia Sicotrópicas de 1971	49
1.8.3.5 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.....	50
1.8.4 EL CANNABIS TERAPÉUTICO O MEDICINAL	56
1.8.4.1 Definición.....	57
1.8.5 LA SIEMBRA CULTIVO Y COSECHA DE CANNABIS EN LA LEGISLACIÓN ECUATORIANA.....	64

1.8.5.1 Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización 2015	64
1.8.5.2 Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización 2016.....	65
1.8.5.3 Código Orgánico Integral Penal	66
1.8.5.4 Proyectos de regulación relacionados a la producción de Cannabis con Fines Médicos y Terapéuticos.....	67
1.8.6 LA TUTELA DEL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD	70
1.8.6.1 Doctrinas filosóficas relativas a la tutela del derecho a la salud	70
1.8.6.2 Fundamentos de la tutela del derecho al acceso a la salud.....	72
1.8.6.3 Instrumentos internacionales de Derechos Humanos	75
1.8.6.4 Constitución de la República.....	78
1.8.7 EL ACCESO A LA SALUD A TRAVÉS DE ENTIDADES AUTÓNOMAS, COMUNITARIAS Y DE MEDICINA ALTERNATIVA	82
1.8.6 LA REGULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE CANNABIS TERAPÉUTICO EN LA LEGISLACIÓN COMPARADA	87
1.8.6.1 Argentina	88
1.8.6.2 Uruguay	89
1.8.6.2 Chile	91
CAPITULO II.....	94
METODOLOGIA.....	94

2.1 Metodología de investigación.....	94
2.1.1 Método General	95
2.1.2 Método Específico.....	95
2.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información	96
2.1.4 Población y muestra.....	96
CAPÍTULO III	97
RESULTADOS	97
3.1 Presentación de Resultados	97
3.1.1 Entrevistas dirigidas a expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas.....	97
3.1.2 Entrevistas dirigidas a expertos en Derecho Constitucional	109
3.1.3 Entrevistas dirigidas a expertos en Medicina Alternativa.	117
3.1.4 Entrevistas dirigidas a personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.	124
3.2 Análisis Resultados de Derecho Comparado	130
3.3 Análisis General de los Resultados	132
CONCLUSIONES.....	135
CRITERIOS JURÍDICOS	137
RECOMENDACIONES	139
BIBLIOGRAFÍA	141

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tablas

Tabla 3.1. Expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas	97
Tabla 3.2. Análisis de los resultados de entrevistas dirigidas a expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas.....	99
Tabla 3.3. Expertos en Derecho Constitucional	109
Tabla 3.4. Análisis de los resultados de entrevistas dirigidas a expertos en Derecho Constitucional.....	110
Tabla 3.5. Expertos en Medicina Alternativa.....	117
Tabla 3.6. Análisis de resultados de entrevistas dirigidas a expertos en medicina alternativa.	118
Tabla 3.7. Personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.	124
Tabla 3.8. Análisis de resultados de entrevistas dirigidas a personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.	125

Ilustraciones

Ilustración 1. 1. Principales Componentes del Cannabis	27
Ilustración 1. 2. El estatus del cannabis en el Régimen Internacional de Fiscalización de Drogas	56

Ilustración 1. 3. Propiedades terapéuticas de los cannabinoides	60
Ilustración 1. 4. Tipos de enfermedades sobre las que existe evidencia científica del uso de cannabis	63
Ilustración 1. 5. Doctrinas filosóficas relativas a la tutela del derecho a la salud	71
Ilustración 1. 6. Elementos esenciales interrelacionados al derecho a la salud en todas sus formas y niveles.....	78
Ilustración 1. 7. Entidades de atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.....	86
Ilustración 1. 8. El cannabis medicinal en el mundo	87
Ilustración 1. 9. El cannabis medicinal en Argentina	89
Ilustración 1. 10. El cannabis medicinal en Uruguay	90
Ilustración 1. 11. El cannabis medicinal en Chile	93

INTRODUCCIÓN

La evidencia médico-científica, histórica y empírica relacionada a la factibilidad de la producción y uso del cannabis con fines terapéuticos, representa una base sostenible mediante la cual el derecho ha cuestionado y rebatido la prohibición y desregulación de esta práctica, al punto de que se han promulgado en algunos estados normas que regulan el cannabis medicinal, en pro del derecho a la salud de quienes que optan por usar los compuestos químicos naturales provenientes de la planta como una alternativa al tratamiento de sus patologías y síntomas conexos a las mismas. En tal sentido, resulta novedoso e importante para las ciencias jurídicas analizar la transición de los vacíos legales de la prohibición a la regulación; en sujeción a las necesidades del contexto social y lo establecido en la normativa Constitucional Ecuatoriana que contempla para la atención de salud a entidades autónomas, comunitarias o de medicina alternativa; por medio de las cuales los sujetos quienes padecen ciertos tipos de enfermedades, estarían facultados a obtener cannabis o sus derivados para satisfacer las necesidades relativas a su estado de salud y por ende mejorar su calidad de vida, como imperativos constitucionales que el estado debe garantizar bajo una normativa de control y regularización.

El presente trabajo de investigación, cuenta con los siguientes capítulos en su estructura:

En el Capítulo I, específicamente en el apartado denominado estado del arte, se desarrolla un recuento de recientes investigaciones que se han realizado acerca del tema.

Luego, se realiza una descripción del problema que ha dado origen a esta investigación

y los objetivos que se buscan alcanzar con la misma. Posteriormente, se realiza la fundamentación teórica y legal del tema.

En el Capítulo II, se describe la metodología utilizada en esta investigación, y se detallan las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de información.

En el Capítulo III, se aplica parte de la metodología descrita y se evidencian las entrevistas realizadas a expertos en materia constitucional, política pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicina alternativa y personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares. Asimismo, se expone un diagnóstico del contexto socio jurídico que engloba la investigación por medio de un análisis jurídico que refleja la situación legal del fenómeno de estudio y los resultados de derecho comparado.

Finalmente se determinan las conclusiones, recomendaciones y criterios jurídicos producto de la investigación y se detallan las referencias bibliográficas utilizadas y apéndices.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 Antecedentes

Históricamente son varios los cuerpos legales que, a pesar de no prohibir tajantemente el uso terapéutico del cannabis; e incluso intentar que exista una regulación del mismo, provocaron su criminalización por razones de índole político, social, económico y hasta racial. Se trata del Convenio de Ginebra de 1925 y el Marihuana Tax Act de 1937, este último promulgado en Estados Unidos. Es así como, en el contexto global, tal como lo expresa Carvajal (2016) “el Cannabis se encuentra legalmente prohibido en virtud de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, cuyas disposiciones fueron refrendadas en el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas, y en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988” (p. 6), cabe indicar que las convenciones internacionales citadas prohíben la producción y la posesión de la planta o sus derivados “excepto para fines médicos o científicos” (citado en Carvajal, 2016, p. 6).

No obstante, la evidencia médico-científica, histórica y empírica relacionada a la factibilidad de la producción y uso del cannabis con fines terapéuticos, representan una base sostenible mediante la cual el derecho ha cuestionado y rebatido la prohibición y desregulación de esta práctica, en las últimas décadas. Al punto de que, se han decretado en algunos Estados, normas que regulan la producción de cannabis medicinal,

en pro del derecho a la salud de individuos que optan por la planta o sus derivados como una alternativa al tratamiento de sus patologías y síntomas conexos a las mismas; es destacable que esto ha sucedido en contraposición a la corriente prohibicionista que fue instituida en una serie de legislaciones a raíz de las Convenciones señaladas (Bewley-Taylor, Blickman & Jelsma, 2014). Asunto que tal como señala Pacula, Chriqui, Reichmann, & Terry-McElrath (2002) en el contexto estadounidense, se realizó en oposición a la Asociación Médica Americana.

En Ecuador la legislación sobre drogas se remonta a 1970 con la Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y el Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas de Ecuador vigente de 1981 a 1985, cuyo propósito fue, controlar las drogas que debían venderse con receta y la importancia del tratamiento a la dependencia (Edwards, 2010). Posteriormente se promulgan la Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1987 que deviene en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de Ecuador o Ley 108 de 1991; ambas con un tinte prohibicionista y punitivo “resultado de los dictados de los tratados internacionales sobre control de drogas y la presión política, además de los nuevos flujos de fondos ofrecidos por el Gobierno estadounidense para programas de control de drogas” (Transnational Institute, 2015, p.1) Sin embargo, para el 2015 se promulga la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización cuyo objeto, entre otros, es “el control y regulación de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan” (Art. 1, Cap. I) Tal cuestión, no se ha visto normativamente cubierta, en razón de lo establecido en la primera disposición general de la Ley; y la segunda transitoria junto con el Art. 43 de su respectivo Reglamento. Estos mandatos no se han cumplido, ya que, la Autoridad

Sanitaria Nacional no ha emitido la normativa correspondiente a regular las autorizaciones para siembra cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para uso terapéutico. Por lo tanto, esto deja un vacío legal que afecta el derecho a la salud de los enfermos que pretenden usar o ya consumen extractos medicinales a base de Cannabis, al no poder acceder a la planta o sus derivados mediante una producción regulada, a través de las entidades consagradas para la atención de salud en el Art. 362 de la Constitución Ecuatoriana como son las autónomas, comunitarias y de medicina alternativa; lo que provoca que los mencionados individuos enfrenten barreras de índole socioeconómico o sean expuestos a una criminalización.

1.2 Descripción del problema

El derecho al acceso a la salud se consagra en la Constitución de la República del Ecuador (CRE) (2008): “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias.” (Art. 362, tít. VII, sec. II) Por tanto, la CRE establece que el derecho a la salud se ejerce por medio de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa; además de las estatales y privadas.

Por otro lado, el Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (2016), en su capítulo octavo referente a la siembra, cultivo y cosecha de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, no prevé la producción de cannabis y sus derivados con fines terapéuticos a través de estas entidades, el Reglamento establece en el Art. 43 y en su segunda disposición transitoria, la designación a la Autoridad Sanitaria Nacional para emitir la normativa correspondiente

que regule la autorización de siembra, cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, exclusivamente para fines de investigación médico-científica y producción de medicamentos, la cual no existe hasta la fecha.

Con respecto a lo mencionado, en el artículo de la revista Redacción Médica Ecuador Amjad Abdulla ex Director Nacional de Control Sanitario del Ecuador señala: “(...) existe evidencia científica de que los cannabinoides tienen una actividad terapéutica para el tratamiento de enfermedades como dolor oncológico y no oncológico, vómito y náusea post quimioterapia, disfunción vesical en pacientes con esclerosis múltiple, anorexia en pacientes con VIH, epilepsia refractaria, entre otros.” (Citado en Veletanga, 2017, 23 de mayo, p. 1)

En ese sentido Omar Vacas Cruz, científico investigador del Herbario QCA de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, expone: “en Ecuador existen al 2011 alrededor de 54 mil pacientes con cáncer, 200 mil pacientes con epilepsia y 50 mil personas con discapacidad visual, para quienes el cannabis podría tener un efecto bien importante en la parte medicinal.” (p. 1) Además, Vacas es enfático en señalar que: “La sociedad civil tiene que organizarse para poner presión en estos temas que pueden traer enormes beneficios para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes” (Citado en Veletanga, 2017, 23 de mayo, p. 1)

Por lo expuesto, la normativa vigente en Ecuador es insuficiente para regular la producción cannabis con fines terapéuticos, dado que la siembra cultivo y cosecha de la cual depende la producción de los medicamentos a base de cannabis únicamente se contemplaría mediante entidades farmacéuticas públicas o privadas para el desarrollo o importación y posterior comercialización de los mismos, sin hacer referencia a las

entidades autónomas, comunitarias o de medicina alternativa, lo cual rompe el mandato Constitucional del Art. 362 que busca ampliar el espectro de tutela del acceso a la salud.

Ahora bien, la oportunidad que representa la evidencia histórica, empírica y científica de la factibilidad del uso del cannabis con fines terapéuticos, se ve desperdiciada, puesto que, quienes consumen o son potenciales usuarios de medicamentos provenientes de extracciones de los compuestos naturales de la planta, enfrentarían barreras de carácter penal y socioeconómico, al no contar con una protección jurídica que les permita decidir, previa información sustentada y de manera regulada, si optan por realizar una producción autónoma o acceder a este tipo de medicina por medio de entidades comunitarias o de medicina alternativa; como opciones para el tratamiento de los síntomas conexos a respectivas patologías.

1.3 Preguntas básicas

¿Por qué se origina?

Se origina debido a que el Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización vigente desde el 2016, no prevén el acceso al cannabis o sus derivados para fines terapéuticos por medio de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa; y, tampoco ha entrado en vigencia la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional debe desarrollar para regular las autorizaciones de siembra, cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas; pese a lo establecido en la disposición transitoria segunda y el Art. 43 contenidos en el citado Reglamento.

¿Qué lo origina?

Estudios científicos han demostrado la factibilidad del uso del cannabis de forma terapéutica, sin embargo el Estado no ha regulado esta práctica, lo que dificulta el

acceso al derecho a la salud, en el sentido de que los potenciales usuarios de la planta con fines terapéuticos, no se ven tutelados por una normativa que viabilice la producción de cannabis por medio de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa; y rompe con el mandato constitucional del artículo 362 de la Constitución de la República.

¿Cuándo se origina?

En el año 2015 con la entrada en vigencia de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, que deja un sinnúmero de vacíos legales, los cuales, no se resolvieron con la promulgación de su respectivo Reglamento en el año 2016 y persisten hasta la actualidad.

¿Dónde se detecta?

En la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización y su respectivo Reglamento.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Analizar la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

1.4.2 Específicos

- Fundamentar doctrinariamente la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

- Identificar los aspectos regulados en las legislaciones de países que han desarrollado una normativa de la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud.
- Diagnosticar el contexto socio jurídico de la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.
- Formular criterios jurídicos con respecto a la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

1.5 Pregunta de estudio

¿Es necesario regular la producción de Cannabis con fines terapéuticos para tutelar el Derecho al acceso a la Salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa?

1.6 Estado del arte

En cuanto a investigaciones de rango académico en torno a la tendencia de regulación de sustancias estupefacientes y psicotrópicas como una alternativa de abordaje al fenómeno de las drogas Jerez (2015) señala:

Es evidente el fracaso de la guerra contra las drogas. La opción elegida por el gobierno nacional en los últimos años, consistente en la militarización de la lucha contra el tráfico, ha traído consigo un incremento en la violencia y la desarticulación social y política de comunidades y poblaciones. (p. 29)

Por tanto, resulta clave empezar rompiendo el paradigma prohibicionista como modelo de erradicación de los problemas relacionados con las drogas y tomar alternativas. En la misma línea, Paladines (2016) con respecto del cannabis determina que:

En los últimos años, América ha presentado alternativas a las políticas de “mano dura”. Las que más resaltan remarcan la necesidad de regular los mercados, comenzando por el de cannabis: algunos bajo la tendencia de abrirlos mientras que otros en la opción de contenerlos estatalmente. De cualquier manera, Canadá, Jamaica, Uruguay y Estados Unidos (Washington, Colorado y el distrito de Columbia) señalan la ruta más trascendente de toda política de drogas, además de otras iniciativas que en la región confirman una ruptura real con el paradigma prohibicionista-represivo, tal como está ocurriendo con los licenciamientos para el cannabis medicinal en México y Colombia. La respuesta a través de la regulación del mercado no significa entonces un camino hacia la legalización (liberalización), sino la asunción responsable de una fase superior de la prevención, pues se ha demostrado que la regulación también afianza el paradigma preventivo al alejar la violencia de los carteles e impedir los daños en la salud pública. Aquello supone un nuevo estadio de la política que supera a la represión como la forma central y retardataria de resolver el “problema mundial de las drogas”. (p. 44)

Es por ello que, se torna una opción evidente, el establecer un marco normativo que reconfigure las políticas de drogas y permita un acceso regulado, en este caso específico al cannabis medicinal, así Molina (2008) sugiere:

Si el alcohol ha sido la droga histórica de Occidente, de Turquía, a la India, pasando por Irán, el protagonismo lo ocupan los derivados del cannabis como la marihuana o el hachís y los de la adormidera, como el opio. El peligro más grave al considerar históricamente el asunto de las drogas es, sobre todo, adoptar una visión etnocéntrica, que aísle los problemas de su contexto, porque la utilización ritual de ciertas sustancias, no siempre ni en todas las sociedades ha supuesto problemas de drogadicción. (p. 109)

De tal manera, queda claro que la antigua perspectiva de percibir a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas como el enemigo a combatir, es caduca; en la medida de que esta posición no ha brindado un aporte fructífero a la sociedad y, por ende, cabe ser reemplazada por una regulación tecnificada que empate claramente con las necesidades de los consumidores. En el caso que nos ocupa, los que optan por el cannabis como alternativa terapéutica para el tratamiento de sus enfermedades.

Lo mencionado implica de cierto modo, un malestar para los gobiernos, por el hecho de que sería un retroceso de su posicionamiento concebido durante años, con respecto del cannabis y otras drogas, el cual deviene en la generación de nuevos paradigmas en comportamiento de los ciudadanos; quienes se darán cuenta de que una planta cuyo acceso ha sido denegado, e incluso criminalizado, es menos perjudicial que la medicina farmacéutica convencional, y, además, tiene propiedades curativas; en ese marco, la regulación del cannabis medicinal sería la puerta a la total eliminación de la política prohibicionista, al menos así lo plantea en el siguiente texto el profesor emérito asociado de Psiquiatría en Harvard Medical School, Grinspoon (2005):

One is compelled to ask, what is the government's problem with medical herbal marijuana? The problem as seen through the eyes of the

government is the belief that as growing numbers of people observe relatives and friends using marijuana as a medicine, they will come to understand that this is a drug which does not conform to the description the government has been pushing for years. They will first come to appreciate what a remarkable medicine it really is; it is less toxic than almost any other medicine in the pharmacopeia; it is, like aspirin, remarkably versatile; and it is less expensive than the conventional medicines it displaces. They will then begin to wonder if there are any properties of this drug which justify denying it to people who wish to use it for any reason, let alone arresting more than 750,000 citizens annually. The federal government sees the acceptance of marijuana as a medicine as the gateway to catastrophe, the repeal of its prohibition. (p. 28-29)

Aunado a lo citado y descrito en líneas anteriores, Bewley-Taylor et al. (2014) establecen:

Décadas de dudas, deserciones blandas, hipocresías jurídicas y experimentos normativos han llegado ahora al punto en que la regulación de jure del mercado del cannabis está ganando cada vez más aceptación política, incluso aunque viole ciertos elementos obsoletos de las convenciones de la ONU. Es muy probable que las tensiones entre los países que buscan más flexibilidad y el sistema de fiscalización de drogas de la ONU y sus organismos especializados –así como los países que defienden el orden establecido– vayan en aumento. Esto parece inevitable porque la tendencia hacia la regulación del cannabis se dibuja como algo irreversible y está consiguiendo rápidamente cada vez más respaldo en las Américas, así como entre muchas autoridades locales en

Europa que deben enfrentarse a las dificultades y consecuencias de aplicar los mecanismos de control actuales. (p. 70)

Sobre lo antedicho, vale destacar que el accionar político y social debe cambiar y buscar nuevas alternativas de solución al fenómeno de drogas tomado en cuenta las particularidades sociales y jurídicas de cada estado, así lo propone Repetto (2014), al citar y dar un breve análisis de un postulado de Kingdon:

John Kingdon (2003) decía: “los mayores cambios de política tienen lugar cuando tres corrientes se unen”: la corriente de los problemas, la corriente de las políticas y la corriente de la política. Esas condiciones se dieron para la regulación del cannabis en el Uruguay, permitiendo que a fines de 2013 se aprobara una nueva norma que pone en cuestión el statu quo de las políticas de drogas vigentes desde la segunda mitad del siglo XX. (Citado en Repetto, p. 34)

Así pues, resulta clave revisar los estudios académicos referentes al cannabis desde enfoques jurídicos, sociales, científicos médicos y sus resultados acerca de las propiedades terapéuticas del cannabis, además de las señales positivas que brindan las regulaciones desde un ámbito multidisciplinario; no sin antes tomar en cuenta lo que el doctor Mabit (1997), señala:

Me temo que los principales defensores del uso incondicional de la marihuana sean finalmente los mejores proveedores de argumentos a favor de su prohibición. Se debe en gran parte a su actitud irresponsable frente al riesgo social: no se puede ignorar que un niño o un adolescente no es apto para un consumo sin guía de una sustancia que potencialmente lo puede confundir, volver adicto e inducirlo a mayores dependencias. Por lo que es inaceptable su libre disposición a manera de producto

inofensivo como lo es una prohibición ciega. Y me temo que numerosos adultos no tengan en nuestra sociedad más de 12 años de madurez psicoafectiva (...) Todo debate sobre la legalidad requiere una previa consideración de los criterios de legitimidad. (p. 7)

Lo aludido, brinda la idea de que establecer una prohibición ciega y rapaz del cannabis como resultado de la guerra contra las drogas o el curioso dilema no a las drogas, presupone un riesgo social del cual resultan la mayoría de males como el consumo problemático sobre todo en menores de edad ya que no existe un canal controlado y regulado del acceso al cannabis para sujetos debidamente calificados; y además fundados en la ilegalidad en que está sumergida la planta y sus derivados, los potenciales consumidores que la buscan o producen como una alternativa terapéutica haciendo uso y goce de su derecho a la salud en forma autónoma, son criminalizados pese que el estado debe garantizar la tutela de tal prerrogativa constitucional, por ende se precisa una manera racional y jurídica que logre desestimular los males imbuidos en los vacíos legales de la desregulación.

Por consiguiente, la evidencia de que la regulación como forma de prevención en la mayoría de casos, es sorprendente. Para sustentar lo dicho, se expone lo referido en el estudio realizado por el National Institute on Drug Abuse (2016), de los Estados Unidos que repasa los efectos de la regulación del uso del cannabis en varios estados desde una perspectiva federal y específicamente lo dicho por la Dra. Volkow (2016):

Sobre la base de los cambios en la legalización de algunos Estados (con respecto al cannabis), la cultura en los Estados Unidos, así como la disminución de la percepción entre los adolescentes de que la marihuana era perjudicial, habíamos predicho que la accesibilidad y el uso subiría, pero no ha subido. (p. 1)

Asimismo, en cuanto al diagnóstico el consumo de drogas en adolescentes en los estados donde ha sido regulado el cannabis, el National Institute on Drug Abuse (2016) evidenció que:

Los resultados muestran un continuo declive a largo plazo en el uso de muchas sustancias ilícitas, incluyendo la marihuana, así como el alcohol, el tabaco y el mal uso de algunos medicamentos recetados, entre los adolescentes de la nación. (p. 3)

Es por ello que, se aclara la idea de que la regulación y el control, entendida si se quiere, como la legalización del cannabis con fines terapéuticos, García (2016) en tabla:

En general, la legalización significa que es posible para un numeroso grupo de personas obtener marihuana sin que haya una sanción y que esta sea cultivada por las mismas personas o producida y distribuida por algunas entidades sin ninguna sanción penal. Puede haber restricciones tanto del lado de la oferta como de la demanda, incluso con sanciones penales por infracciones; por ejemplo, vender marihuana a un menor de edad (...) (p. 32)

En base a la citada noción, es fundamental presentar lo indicado en el estudio del International Centre for Science in Drug Policy (2015), acerca del estado de la evidencia del uso de cannabis y regulación que presenta definiciones importantes como la de Pardo (2014):

En un análisis comparativo sobre políticas de Colorado, Washington y Uruguay, Pardo resumió brevemente las numerosas leyes y regulaciones que establecen restricciones sobre, por ejemplo, las cantidades de venta, la edad mínima de acceso, las prácticas comerciales de cultivo y procesamiento, la publicidad y la promoción y las ventas por Internet.

Uruguay por ejemplo, ha prohibido toda forma de publicidad del cannabis. Además la utilización de estrictos controles regulatorios, limitar el número de agentes de mercado que participan en la industria también pueden disminuir la probabilidad de un escenario de comercialización excesiva. (p. 35)

La misma investigación del International Centre for Science in Drug Policy (2015) con ayuda de lo propuesto por Decorte (2015) es clara al entablar:

Por ejemplo, el tamaño de los mercados de España y Bélgica se ha limitado a través del modelo de “clubes sociales de cannabis” en el que sólo organizaciones no lucrativas están legalmente autorizadas para cultivar y distribuir cannabis a sus miembros. (p. 35)

Con respecto a la experiencia de una regulación comunitaria por medio de clubes sociales de cannabis, en el contexto español, Barriuso (2011) concluye:

En España, desde la aparición de los clubes sociales de cannabis (CSC) en 2002, miles de personas logran abastecerse de forma legal de marihuana ejerciendo control sobre su calidad, para su consumo personal. Aprovechándose de un hueco jurídico existente en la legislación española, y a través de un sistema de registro legal de grupos de consumidores y un cultivo colectivo, los clubes se perfilaron de forma creciente en todo el país.

El boom de los clubes se dio luego de varias sentencias del Tribunal Supremo, que definieron el ámbito de cultivo para uso personal ya no como un delito, por no estar dirigido al tráfico.

Es hora de que el debate sobre políticas de drogas se distancie de la simplificación de legalización o prohibición, y se consideren formas alternativas para enfrentar el fenómeno de las drogas. (p. 1)

Lo descrito, compacta perfectamente con lo planteado por Zuarth (2016):

Una legislación ideal pasaría por limitar la oferta y disuadir la demanda. Los instrumentos que el Estado tiene para incidir en el mercado en ambas direcciones son variados: limitar la oferta inaugurando una alternativa legal para cuantificarla, para venderla en un entorno libre de violencia y para suministrarla con parámetros estrictos de salubridad, tal vez pensando en un único proveedor estatal; elevar el precio de mercado a través de una política fiscal agresiva en vez de que sea artificialmente alto por los costos que el mercado engendra; otorgar permisos de consumo; ofrecer anonimidad al consumidor para evitar la estigmatización; permitir que el gramaje autorizado para la portación sea realista en términos de las dinámicas de comercio y consumo, elevarlo al consenso internacional actual; abrir el espacio para la autoproducción; ampliar gradualmente, comenzando por los usos terapéuticos de la marihuana; revertir los objetivos de la política punitiva; ofrecer alternativas de preliberación; concentrar el comercio en manos del Estado. (p. 103)

Luego de desestimar, por medio de lo antedicho, la idea de que la regulación del cannabis expandiría y causaría un aumento en su tráfico y por ende más problemas sociales, se denota que, en sí la sociedad, al regular el cannabis, optaría por un sistema racional de tratamiento al mismo. Al proteger de una manera más efectiva a los sujetos en torno a los efectos colaterales negativos relacionados al fenómeno de las drogas, lo

que por otro lado representa dar viabilidad al goce del derecho a la salud a personas que optan por la planta para prevenir o tratar alguna enfermedad y, al mismo tiempo, alejaría a quienes no son aptos para su uso.

Es por ello que Callado (2012) determina:

Los datos científicos avalan que la utilización del cannabis y sus derivados debe ser tratada como una alternativa terapéutica más al margen de prejuicios relacionados con el consumo lúdico de esta sustancia. No debemos olvidar que en la mayoría de los casos el futuro del uso terapéutico de los cannabinoides parece ir ligado a la utilización de compuestos, dosis y vías de administración que poco tienen que ver con el consumo recreativo de la planta del cannabis. Por ello, la decisión final para su aplicación en un determinado paciente debe depender exclusivamente de los mismos criterios médicos que rigen para la administración de cualquier otro fármaco, es decir la relación entre riesgo y beneficio para cada paciente. (p. 85)

Para justificar lo dicho, con respecto del uso de la planta en el ámbito terapéutico y medicinal, la marihuana ha sido conocida ya hace varios siglos, así lo plantea Gras (2005):

Desde la antigüedad, la planta *Cannabis Sativa* (marihuana) ha sido utilizada con diversos fines. En la India el cannabis formaba parte de rituales religiosos y se aplicaba como medicina durante el siglo VIII AC y al principio de la era cristiana, se describieron las posibles aplicaciones médicas del cannabis como analgésico y como antiinflamatorio, aunque ya se señalaba el efecto psicógeno que podía provocar su empleo. Durante el siglo XIX, las aplicaciones médicas y recreativas del cannabis

se propagan por Estados Unidos y por Europa, aunque su uso en la práctica médica mengua durante el siglo XX, debido a la aparición de fármacos alternativos y a la presión política y social por su uso lúdico. Es a partir de la década de los 60 del siglo XX cuando el interés por los cannabinoides resurge debido al descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno (sistema endocannabinoide). Este descubrimiento ha guiado la investigación científica sobre las propiedades biológicas y terapéuticas de los cannabinoides hacia el desarrollo de derivados sintéticos y el estudio de su estructura actividad, en los que se intenta separar y potenciar las propiedades farmacológicas en sus interacciones con los receptores del sistema cannabinoide endógeno, de sus efectos psicoactivos, lo que emprende un nuevo período en el conocimiento de los cannabinoides y su aplicación terapéutica. (p. 21)

En esa línea de ideas, en su revisión histórica acerca de los usos del cannabis y su regulación García y Espada (2006), aducen: “El descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno reabrió el debate de la utilización terapéutica de la planta, así mismo proporcionó la oportunidad de estudiar con mayor exactitud los efectos adversos de la sustancia”. (p. 68)

Así, también Ramos & Fernández (2000), estipulan:

El Δ^9 -THC, que es el principal componente psicoactivo del cannabis fue caracterizado en la década de los sesenta. Este descubrimiento abrió las puertas a la investigación científica de las propiedades biológicas y médicas de la marihuana y sirvió para el desarrollo de derivados con capacidad terapéutica, en los que se trató de separar las propiedades farmacológicas de los efectos psicoactivos. (p. 29)

En tal virtud, existen propiedades significativas contenidas en el cannabis que se presentan como una alternativa de medicamento para el tratamiento de ciertas personas, con definidas enfermedades, en el ejercicio y goce de su derecho a la salud. Por lo dicho, es clave citar lo que propone Müller (1994):

La salud, señala la OMS, en su Estatuto Constitutivo de 1946, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. La salud de los pueblos es condición fundamental para lograr la paz y seguridad, es responsabilidad de todos los gobiernos, mediante adopción de las medidas sanitarias y sociales pertinentes. Tales ideas constituyen lo que llamo el orden internacional de la salud. (p. 133)

Entonces cabe entender que el concepto del derecho a la salud implica perspectivas amplias, dependiendo de las concepciones socioculturales de los sujetos, su entorno, cosmovisión histórica; y partiendo de aquello, esta prerrogativa no implica una simple ausencia de males relacionados con el cuerpo humano sino un sentido de bienestar y prevención de la enfermedad. De tal manera, se hace claro el postulado de Ávila (2012) quien desde la perspectiva del Estado Constitucional de Derechos y Justicia distingue la salud en dos perspectivas; primero, acerca de la salud como mercancía describe:

Desde la percepción de una persona que ha estudiado muchos años en la facultad de medicina, el conocimiento alternativo es simplemente curandería o demostraciones de irracionalidad. La solución a la enfermedad es la intervención violenta mediante sustancias ajenas a la persona enferma (medicina) o mediante intervención en el cuerpo (operación). El enfermo, a fin de cuentas, es un objeto a ser observado, vigilado, intervenido y curado. La medicina, además, tiene un costo y es

caro. Por un lado, tenemos el negocio de las aseguradoras privadas de la salud, que viven gracias al colapso de los servicios públicos de salud, al que contribuyen a deteriorar; por otro lado, tenemos los médicos, las clínicas y hospitales que intervienen sólo si sus servicios son pagados. En este contexto, hay mucha gente que no podrá acceder a los servicios de salud porque son caros, lejanos o incomprensibles. (p. 12)

Por ende, cabe entender que el sentido de la investigación es analizar qué sucede con el derecho al acceso a la salud, cuando la producción de cannabis o sus derivados con fines terapéuticos se limita a la visión mercantilista, ya que esto generaría barreras en el acceso a los mismos. La segunda perspectiva, se exhibe como la salud integral desde la interculturalidad, Ávila (2008):

La salud integral e intercultural demanda un modelo de sociedad y de organización horizontal y solidaria. La finalidad en otro modelo es la vida plena y armónica. El mercado, la medicina, los médicos y su saber son medios para realizar la vida en plenitud. El actor fundamental es el individuo que es miembro de una comunidad o colectividad, y no las farmacéuticas o los médicos profesionales. (p. 13)

El intercambio y la actividad humana se orientan a la expansión de potencialidades de los seres y los colectivos y al cuidado de la vida. Nada más lejos que la privatización de los servicios y de las formas de atender las necesidades de la vida. (p. 13)

Desde esa visión, podemos considerar que el derecho a la salud puede verse en una vigencia en cierto modo alternativa o poco convencional, pero nada ilógica, si tenemos en cuenta la posibilidad de percibir que aquello representaría un establecimiento de

principios como del sistema de salud consagrados en la CRE como el de inclusión, equidad social e interculturalidad (Art. 353, tít. VII, sec. II). Entonces, para finalizar el presente estado del arte, es menester aludir el artículo: Ni prohibición ni mercantilización escrito por Barriuso (2011) quien formula:

(...) cuando se habla de legalización siempre se tiende a pensar en un mercado abierto de carácter lucrativo, y así suele suceder en los recurrentes debates mediáticos sobre este tema. Sin embargo, entre la prohibición total y la liberalización total como únicas alternativas, existen muchas otras posibilidades de hacer las cosas y parece que he llegado el momento de testarlos en la práctica. Antes que cambiar el actual panorama de represión y mafias por otro escenario de marihuana adulterada y poco ecológica, empaquetada por empresas multinacionales en seductores y brillantes envoltorios, preferimos imaginar un mundo en el que plantas psicoactivas como el cannabis se obtengan a través de una red de entidades democráticas que buscan mejorar la calidad de vida de muchos en vez de enriquecer a unos pocos. (p. 181)

Por tanto, queda en firme la estricta necesidad de ampliar el ejercicio y goce del derecho a la salud, de los potenciales usuarios o consumidores de cannabis y sus derivados con fines terapéuticos; de manera que, estos sujetos no dependan de la superación de barreras económicas, sociales, penales, estatales, para satisfacer las necesidades relativas a su condición de salud.

1.7 Variables

1.7.1 Variable independiente

La producción de Cannabis con fines terapéuticos.

1.7.2 Variable dependiente

La tutela del Derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

1.8 Fundamentos Teóricos

1.8.1 EL CANNABIS

1.8.1.1 Caracterizaciones

El cannabis ha sido objeto de un sinnúmero de descripciones, según la perspectiva de estudio desde la cual es sometido a análisis, por ende, resulta importante exponer aquellas definiciones multidisciplinarias que permiten discernir las principales precisiones que engloban la naturaleza y características de la planta. Baily, (1949) señala que:

La Cannabis Sativa es una planta anual perteneciente al género de las moráceas, pero que, en algunas ocasiones, junto con el lúpulo se la ha considerado como de la familia de las cannabáceas. Está ampliamente distribuida por las regiones templadas y tropicales del planeta. Se han descrito más de cien variedades diferentes (Citado en Ramos & Fernández, 2000, p. 42).

Por su parte, Hostettmann, (2004) define que: “Cannabis sativa L. es el nombre científico del cáñamo y pertenece a la familia de las cannabáceas (...) Desde un punto de vista botánico, las cannabináceas están muy próximas a las urticáceas, cuyo principal representante es la ortiga (...)” (Citado en Arana & Germán, 2005, p. 14). En tal contexto, Molina (2008) menciona que existen “dos variedades de cannabis sativa, una masculina y la otra femenina, y es ésta la más apreciada, puesto que segrega más resina”

(p. 97) Para comprender el sentido de la definición del autor, cabe entender, a la resina o flores de la planta, como una sustancia orgánica de origen vegetal donde se concentran los principales compuestos naturales del cannabis conocidos como cannabinoides, la cual se consume sin procesar, o a partir de extractos básicos que pueden contener otras partes de la planta como hojas o raíz y ser producidos de manera tecnificada o artesanal. En esa línea, Acuña (2007) es claro en distinguir lo siguiente:

Las flores pueden ser "macho" (poseen estambres) o "hembras" (poseen pistilos). Sin embargo, en ciertos casos algunas plantas pueden contener tanto flores macho como flores hembra, por lo que se les considera hermafroditas (planta diácea). Por otro lado, si bien la expresión fenotípica del sexo depende del genotipo de la planta, la diferenciación sexual también puede estar influida por factores ambientales, como la exposición a la luz. Las flores macho se disponen en forma aislada (panículos), mientras que las flores hembra se presentan en grupos de flores (llamados inflorescencias, o "cogollos" en el lenguaje popular chileno). Estos grupos de flores hembra se encuentran ubicados en la parte alta de la planta, por lo que también se les llama sumidades floridas.

(p. 10)

Small & Cronquist (1976) refieren acerca de dos principales variantes de género femenino del Cannabis “clasificable en dos subespecies: la Cannabis sativa subespecie sativa y la Cannabis sativa subespecie indica.” (Citado en Acuña, 2007, p. 11). Esto debido a las condiciones botánicas y químicas de la planta, que son las determinantes para los principios activos de los cuales va a estar compuesta. No obstante, siguiendo a Adams & Martin, (1996) cabe entender que “La morfología de la cannabis ha sido descrita en diversos artículos” y por ende “estas divergencias entre taxonomistas, la

medicina -en particular, la psiquiatría- sigue tratando a la Cannabis como una planta de especie única, refiriéndose a ella como Cannabis sativa, o simplemente Cannabis” (Ibídem, p. 9).

Una vez hecha la aclaración, el mismo Acuña (2007) explica que tanto la especie macho como hembra producen los principios activos por los cuales la planta es requerida, sin embargo el macho genera una menor concentración de estos en comparación a la hembra y todas sus subespecies, por ende la variedad a ser producida depende del uso que se destine, siendo el macho conocido como Hemp el comúnmente destinado a fines industriales y la hembra o comúnmente conocida como marihuana a fines lúdicos, religiosos, recreativos o medicinales. (Arana & Germán, 2005)

1.8.1.2 Componentes del cannabis

Es importante conocer que los análisis científicos efectuados al cannabis han permitido comprender cuáles son los elementos de origen natural que comprenden su composición química, así se han podido distinguir sus efectos en el cuerpo humano y propiedades terapéuticas. Así, Callado (2012) indica que:

Hasta la actualidad se han aislado e identificado cerca de 400 compuestos naturales provenientes del metabolismo de esta planta. De entre ellos, unos 60 presentan una estructura química de tipo cannabinoide. El principal producto psicoactivo de la planta del cáñamo es el 9 - tetrahidrocannabinol (en adelante THC) que fue aislado en 1964 por Gaoni y Mecholum. Este compuesto parece ser el responsable de la mayoría de las acciones farmacológicas producidas por el cannabis. Sin embargo, también existen en la propia planta otros cannabinoides naturales farmacológicamente activos como el cannabinal o el

cannabidiol, en el caso de este último prácticamente desprovisto además de propiedades psicoactivas. (p. 2)

Para dilucidar que son los cannabinoides, Mendelson, 1987 sugiere:

El término cannabinoide describe aquellas sustancias que tienen una estructura carbocíclica con 21 carbonos y entre los que se incluyen sus análogos y los productos procedentes de su transformación. Están formados generalmente por tres anillos, ciclohexeno, tetrahidropirano y benceno. Algunos de ellos son los responsables del poder psicoactivo de los diversos preparados procedentes de la planta (Ramos & Fernández, 2000, p. 43).

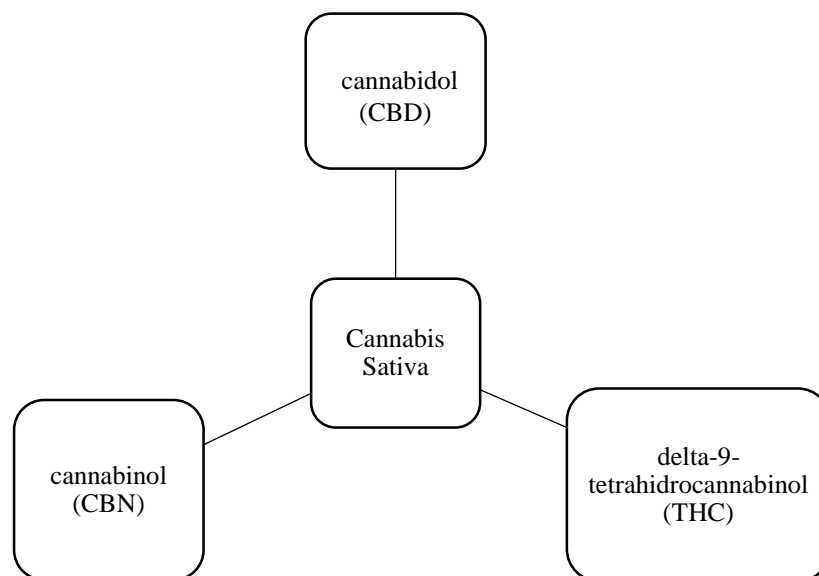
De tal manera, siendo los cannabinoides los principales componentes del cannabis, entre ellos de los más abundantes en la planta son el cannabidiol (CBD), el cannabinoil (CBN) y el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), siendo este último el componente con mayor potencial psicoactivo, es decir, el THC interfiere en el sistema nervioso central, siendo capaz de modificar el estado de ánimo, alterar percepciones o inhibir el dolor. Los compuestos, se encuentran en gran cantidad en la variante hembra de la planta, especialmente en sus brotes florecientes (...) (Martínez, 2013). En tal virtud Muñoz (2015) los especifica de este modo:

El 9-THC es el cannabinoide con mayor potencia psicoactiva, presenta propiedades hidrofóbicas por lo que es muy soluble en lípidos. El 8-THC tiene un perfil farmacológico muy parecido al del 9-THC, aunque sus efectos son más débiles. El cannabinoil (CBN) también tiene propiedades psicoactivas, que son aproximadamente una décima parte de las descritas

para el THC. Cannabidiol (CBC) tendría la capacidad de mitigar los efectos psicoactivos de 9-THC. (p. 140)

De tal manera, se puede apreciar que la planta de cannabis comprende un sinnúmero de características y especificaciones desde el ámbito científico, que una vez descritas, viabilizan una mejor comprensión de las dimensiones en las que se engloba la planta, en conjunto con sus elementos estructurales más conocidos y utilizados. Lo mencionado, refleja cómo el descubrimiento de la composición del cannabis, permitió situar los efectos y reacciones específicas que genera la interacción de los mismos en el cuerpo humano, y su grado de contribución en el ámbito terapéutico a través del uso de la flor de cannabis o sus derivados, provenientes de variedades específicas; mediante ciertas vías de consumo y dosificación.

Ilustración 1. 1. Principales Componentes del Cannabis



Fuente: Muñoz (2015)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.2 USOS TERAPÉUTICOS DEL CANNABIS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

El consumo del cannabis o sus derivados, para el tratamiento de enfermedades, resulta ser milenario; dado que, existe evidencia que confirma el gran nivel de conocimiento que poseían varias culturas acerca de los usos y propiedades terapéuticas de la planta. Es así como, en las siguientes secciones se realiza una breve exposición entorno de aquellos saberes y prácticas históricas relacionadas al consumo de cannabis con el fin de tratar los síntomas relacionados a diferentes condiciones de salud. Carvajal (2016) aduce que:

Las evidencias documentadas sobre el uso de marihuana cubren escenarios geográficos e históricos tan diversos como: Asia antigua, Europa arcaica, el mundo griego, Roma y Cartago, la India, el medioevo islámico, África septentrional, África negra, Europa desde la edad media, la América prehistórica y el nuevo mundo desde el siglo XVII. (p. 1)

1.8.2.1 Edad Antigua

En la era de la antigüedad “Las propiedades medicinales del cannabis fueron conocidas y utilizadas en la China hace más de 4.000” (García y Espada, 2006, p. 51) de ese modo, Ramos & Fernández (2000) acuñan que:

(...) el emperador Huang Ti (2.600 a.C.) es considerado como el autor de un libro de medicina titulado “Nei Ching”, algunas de cuyas recetas se han conservado hasta la actualidad en el que aparece la primera referencia documentada sobre las aplicaciones médicas del cannabis Otro texto médico fue escrito poco tiempo después por el emperador Shen Nung. En él se describen unas trescientas medicinas entre las que se

encuentra el cannabis (...) En este libro, el cannabis era recomendado para tratar la malaria, el beri-beri, el estreñimiento o las alteraciones menstruales. (p. 20)

Además, en el año 1578 a.C. relativo a la época de la dinastía Ming, se redacta el BenTsao kang Mu; una Farmacopea que recogía conocimientos de la medicina china, donde se podía encontrar al cannabis. Así, de entre las practicas Kabelic, Krejci & Santavy, (1960) describen: “utilización de las pepitas (Kernel) del cáñamo, el aceite y el jugo de sus hojas: las propiedades antibióticas atribuidas a las aplicaciones tópicas de los cannabinoides podrían justificar su uso en enfermedades de la piel, como úlceras, heridas y erupciones.” (Citado en Ramos y Fernández, 2000, p. 21)

En cuanto a la cultura hindú, Lorenzo y Leza (2000) sugieren: “Desde China el cultivo del cannabis se fue extendiendo a otras regiones asiáticas, por el sudeste y la India donde fue ampliamente utilizada como medicina durante siglos.” (Citado en García y Espada, 2006, p. 51). Adicionalmente, Escohotado, en su Historia General de las Drogas (1998) establece:

(...) la medicina estaba estrechamente relacionada con la religión, por ello los efectos beneficiosos de la planta eran atribuidos por los hindúes a la bondad de los dioses y no es de extrañar que, dadas las propiedades atribuidas, se utilizara para la curación de múltiples molestias como para calmar la fiebre, el insomnio, la lepra, la caspa, las jaquecas, la tos ferina, la oftalmia, las enfermedades venéreas y hasta la tuberculosis (Citado en García y Espada, 2006, p. 52)

Igualmente, Ramos & Fernández (2002) relatan sobre el tratado médico Susruta-samhita, cuyo origen dista del último siglo antes de cristo, hasta llegar a su forma

definitiva, en el siglo VII d.C. se describe que las hojas de cannabis eran recomendadas como antiflemático. Del mismo modo, se ha verificado prácticas en la India; tales como, el uso de los cannabinoides para apalear el dolor, la mejora del estado físico y mental, aumento de apetito, tónico general, aliviar la fatiga, diurético, reductor de delirium tremens, reductor de hinchazón, o hasta afrodisiaco. (Chopra y Chopra, 1957) Por ende, se resalta el grado de conocimiento sobre las propiedades curativas del cannabis, que alcanzaron los hindúes; ocupándolas para tratar calambres, convulsiones infantiles, migraña, histeria, neuralgia, ciática y tétanos. (Ramos & Fernández, 2002) *Ibíd*em, con respecto de enfermedades en el aparato respiratorio, la planta se ocupaba para tratar fiebre de heno, bronquitis, asma y tos; además, en base a Mechoulman (1986) “Los datos actuales indican que al menos en relación con el asma, la tradición india tenía una base real.” (Citado en *Ibíd*em, p. 22)

En Asiria y Persia, a partir de Navarro y Rodríguez, 2000; García y Espada (2006) redactan: “En su crónica de las Guerras Médicas, Herodoto (485-425 a.C.), describió como el cáñamo crecía en Escitia en forma salvaje y cultivada y como era utilizado por los escitas, detallando el uso ritual del cannabis por este pueblo asiático del siglo VII a.C.” (p. 52) Ramos & Fernandez (2000) revelan que:

Los escitas también conocieron y utilizaron las propiedades terapéuticas del cannabis. Era utilizado en diferentes preparaciones, en vapores, disuelto como bebida, mezclado como alimento, formando parte de diversos tipos de ungüentos o mezclado con el agua en los tratamientos en los que se utilizaba el baño con fines terapéuticos, así como para aliviar diferentes enfermedades como la artritis, la impotencia, las piedras renales simplemente recomendado para “levantar el espíritu” (Citado en García y Espada, 2006, p.53).

En Egipto, en ideas de (von Deines y Grapow, 1959) ; (Peters y Nahas, 1999), se refiere que: “pudiera ser que el jeroglífico representado como “smsm.t” corresponda al término cannabis” (...) “su utilización en el incienso y como medicina oral para “beneficio de las madres y de sus hijos” con un propósito (...) prevención de la hemorragia en el parto, tal y como era usado en otras culturas” (Citado en Ramos & Fernández, 2000, p. 23). En cuanto a Judea Ramos & Fernández (2000) relatan que

Parece improbable que los antiguos judíos no tuvieran noticias de la existencia de los cannabinoides y de sus propiedades médicas y hedonísticas, así como de sus usos rituales. Una primera fuente de conocimiento podría haber sido el contacto mantenido con los egipcios, en cuyo suelo permanecieron muchos años hasta el 1220 a.C. En el caso de que los egipcios no hubieran utilizado estas sustancias, los escitas podrían haber sido los correos de esta información, dado que en su marcha hasta Egipto atravesaron Palestina entre el 630 y el 610 a.C. (p. 23)

En cuanto a Grecia, “Los médicos griegos conocieron algunas propiedades medicinales del cáñamo entre las que se encontraba la producida por una mezcla de cannabis, cenizas y miel para el tratamiento de algunas ulceraciones (Brunner, 1973).” (Ramos & Fernández, 2000, p. 23) Galeno médico griego famoso ya indicaba en uno de sus libros “De anatomicis administrationibus libri XV” y “De usu partium corporis humanis libri XVII” al jugo del cannabis como un “analgésico para los dolores causados por la obstrucción del oído y que aliviaba los músculos de las extremidades (...)” (Ramos & Fernández, 2000, p. 24)

En cuanto al Imperio Romano, Ramos & Fernández (2000) precisan que:

Dioscórides, que murió el año 90 d.C., estudió las plantas de diversos países, mientras ejercía como cirujano del ejército romano. Recopiló sus estudios en “De Materia Médica”, obra considerada durante siglos como la más importante en botánica médica. En ella describió dos tipos de cannabis. Uno utilizado para hacer cuerdas de gran resistencia, cuyo jugo era bueno para el dolor de oídos. Las raíces del otro tipo servían para ablandar las inflamaciones, disolver los edemas y disipar lo que él denominó “materia dura” de las articulaciones. (p. 24)

Siguiendo a Lorenzo y Leza, 2000 “El uso medicinal de la planta fue extendiéndose (...) con la divulgación de estas obras médicas por todo Europa como remedio efectivo para diferentes enfermedades” (García y Espada, 2006, p. 54)

1.8.2.2 Edad Media

Para contextualizar la era medieval, siguiendo a Conrad, 1998 “en Europa tiene lugar la inquisición en la que se impuso la censura del método científico, prohibiendo la práctica de la medicina herbaria y castigando a aquellos que se alejaban de las doctrinas de la Iglesia” (García y Espada, 2006, p. 55) Sin embargo, este factor no impidió que los saberes terapéuticos relativos al uso del cannabis se prolonguen y difundan en Europa y el Medio Oriente. En esa línea Ramos & Fernández (2000) acotan:

Durante el periodo del apogeo islámico, los médicos árabes describieron otros usos medicinales para el cannabis, aparte de los indicados por Dioscórides y Galeno. Al-Razi (900 años d.C.) preconizaba su uso para el oído, para la flatulencia y para curar la epilepsia. AlBadri (1251 d.C.) recomendaba el hachís para estimular el apetito y producir el deseo de tomar dulces. Mucho tiempo después, en una farmacopea del siglo XVII

era prescrito para una amplia variedad de dolencias (...) (Rosenthal, 1971). (p. 25)

García y Espada, en 2006 muestran que: “una seguidora de Galeno, Hildegard de Bingen (1099-1179), redactó en el tratado sobre plantas medicinales, *Phisica*: la semilla de cáñamo puede aliviar el dolor. Peter Schoffer en su herbario *Der Gart der Gesundheit* también indica diferentes aplicaciones terapéuticas del cannabis.” (p. 55) Asimismo, “John Parkinson, que era el herbalista real, describió en 1640 diversas propiedades terapéuticas del cáñamo, citando además de a Galeno y a Dioscórides, a diversos herbolistas de los siglos precedentes al suyo, como Matthiolus, Tragus, Ruellius, Fuschius y Lugdunensis.” (Ramos & Fernández, 2000, p. 24)

Tenorio (2014) indica que “En 1545 habría ingresado por vez primera a Chile y, diez años después, 1554, al Perú.” (p. 69) “A Norteamérica el cáñamo habría llegado en 1606 a Canadá, y a Virginia cinco años después, en 1611.” (p. 76) Muñoz, (2015) describe que:

En el mundo occidental hay referencias en la era cristiana de la utilización del jugo de las semillas contra el dolor de oído. Su uso en América se estima se inició en América del Sur en el siglo XVI, traídas por los esclavos africanos a Brasil y usada para el dolor de muela y menstruales. (p. 139)

De lo expuesto, García y Espada, (2006) proponen:

Se especula, dada la escasez de datos, que el cannabis se seguía utilizando como materia prima con fines terapéuticos para el tratamiento de diversos males en la clandestinidad (...), persistiendo su uso, a lo

largo de esta era, en el lejano y medio oriente durante toda la Edad Media (...) (Lorenzo y Leza, 2000). (p. 56)

1.8.2.3 Edad Moderna y Contemporánea

En lo que respecta a estas etapas de la historia universal, la evidencia del uso terapéutico del cannabis se configura en varios momentos los cuales se evidencian a continuación. García y Espada, en 2006 indican que a partir del siglo XIX producto del colonialismo europeo fue posible el contacto con pueblos que utilizaban el cannabis para fines terapéuticos como por ejemplo India y Egipto. “Los estudios de O`Shaughnessy facilitaron la incorporación del cáñamo hindú a la farmacopea inglesa y posteriormente, aunque en menor extensión a la de otros países europeos y a la de los Estados Unidos” (Ramos & Fernández, 2000, p. 26) Es menester, señalar que, O`Shaughnessy había residido en la India como médico del ejercito colonial inglés y practicó varios ensayos de aplicación de una tintura a base de cannabis y etanol.

Este cirujano lo recomendaba para el tratamiento de diversas enfermedades como el reumatismo, asma, espasmos y convulsiones musculares y para aliviar el dolor entre otras dolencias, con resultados positivos. Las cantidades utilizadas del extracto de cannabis no eran lo bastante fuertes para producir los efectos psicoactivos. (García y Espada, 2006, p. 56)

Sus estudios promulgaron la introducción del cannabis en la farmacopea francesa para el tratamiento de múltiples afecciones: trastornos de origen nervioso, trastornos genitourinarios, afecciones de las vías respiratorias, problemas gastrointestinales, trastornos cutáneos, enfermedades infecciosas, como analgésico, etc. (Ibídem, p. 57)

Lo mencionado, sucedía en los albores de 1842, así pues, eran algunos los estudiosos de la medicina que se dedicaban a examinar las propiedades del cannabis. “Aubert-Roche, médico francés, realizaba ensayos en el hospital de Alejandría acerca de las propiedades terapéuticas del cannabis, aplicándolo a multitud de dolencias como para la cura de la peste” (García y Espada, 2006, p. 57); las investigaciones fueron desarrolladas, a pesar de que:

(...) Francia estableció contacto relacionado con el cannabis también por las expediciones del ejército napoleónico en Egipto y otras regiones europeas. El consumo de hachís en esta región era muy amplio, por lo que los soldados franceses pronto iniciaron su consumo con fines recreativos. Esto llevó a Napoleón a dictar en octubre de 1800 una ordenanza prohibiendo su consumo, su transporte y su distribución.

(Ibídem, p. 56)

Esto, da como resultado, uno de los primeros cuerpos legales en prohibir el consumo de cáñamo; por cuestiones que las explica Tenorio (2014)

Con la firma del Tratado de Tilset (1807) de Napoleón y el Zar Alejandro de Rusia, se prohibía el comercio entre Rusia e Inglaterra. Este tratado no significaba sino una estrategia político-económica destinada a limitar a su mínima expresión la posibilidad de que Inglaterra pudiese fortalecer su armada que utilizaba el cáñamo en la construcción de barcos. Sin embargo, puesto que en ello iba parte importante de su economía y también por razones geopolíticas, ese comercio no se interrumpe. (p. 73)

A causa de ello, por los años 1810 – 1812 Napoleón toma venganza en contra del Zar Ruso, quien paso por desapercibido al tratado y dio paso al comercio ilegal de cáñamo

para que este llegue a la armada inglesa; así pues, el Emperador Francés cae derrotado (Tenorio, 2014). En cuanto a Norteamérica, existe evidencia del uso del cannabis con varios propósitos:

(...) el cáñamo habría llegado en 1606 a Canadá, y a Virginia cinco años después, en 1611. La primera ley sobre la marihuana en las Américas data de 1619 cuando se obliga a los granjeros a cultivar el cáñamo, primero en Virginia, luego en Massachusetts, 1631, y en Connecticut en el 32. (Tenorio, 2014, p. 76)

En cuanto al uso con fines terapéuticos, en Estados Unidos imitaron y trasladaron los usos de la planta de la farmacopea europea (Ramos y Fernández, 2000b). El cannabis era un componente aceptado entre los tratamientos farmacológicos, de hecho, la tintura y el extracto de cannabis eran vendidos sin restricciones en las farmacias hasta 1925, cuando se limitó su uso para fines médicos y científicos (OVD, 2002). Aunque su uso con fines medicinales fue decayendo, tanto la tintura de cannabis como el extracto de su resina estuvieron en los tratados de la farmacopea de Estados Unidos entre 1850 y 1942 (Ramos y Fernández, 2000b). (Citado en García y Espada, 2006, p. 58)

En 1894, sale a la luz el informe de la Indian Hemp Drugs Commission, con más de 3000 páginas en su contenido; y desarrollado en base a la investigación realizada por médicos ingleses e hindús. Los investigadores trabajaron varios años, con la finalidad de realizar un diagnóstico sobre los efectos del consumo de cannabis o sus derivados en la población de la India, de entre otras conclusiones se destacan las siguientes:

«522. La Comisión ha examinado ahora todos los testimonios presentados referentes a los efectos atribuidos a las drogas del cáñamo. Será interesante hacer un breve resumen de las conclusiones obtenidas. Se ha establecido claramente que el uso ocasional de cáñamo en dosis moderadas puede ser beneficioso, y considerarse medicinal. (Citado en Escohotado, 2002, p. 354)

1. La prohibición total del cultivo de la planta de cáñamo para estupefacientes, así como la producción, la venta o el uso de los estupefacientes derivados de ella, no es necesario ni conveniente teniendo en cuenta sus efectos comprobados, la prevalencia del hábito de consumo, el sentimiento social y religioso sobre el tema y la posibilidad de que lleve a los consumidores a recurrir a otros estimulantes o estupefacientes que podrían ser más perjudiciales (capítulo XIV, párrafos 553 a 585).

2. Se aboga por una política de control y restricción, que persigue acabar con el uso excesivo y restringir el uso moderado dentro de unos límites (capítulo XIV, párrafo 586).

3. Los medios que se desplegarán para conseguir estos objetivos son: una tributación adecuada, cuya eficacia se puede optimizar combinando un impuesto directo con la subasta del privilegio de venta (capítulo XIV, párrafo 587). la prohibición del cultivo, salvo en caso de contar con la debida licencia, y su centralización (capítulo XVI, párrafos 636 a 677). la limitación del número de establecimientos dedicados a la venta al detalle de estupefacientes de cáñamo (capítulo XVI, párrafo 637). la limitación de la cantidad de posesión legal (capítulo XVI, párrafos 689 y 690). El

límite para la posesión legal de ganja o charas o de cualquier otro preparado o mezcla que las contenga sería de 5 tola (unos 60 gramos), y de bhang o de cualquier mezcla que lo contenga, de un cuarto de ser (un cuarto de litro). (Citado en Bewley-Taylor et al., 2014, p. 9)

Es de resaltar que, en el informe, la comisión ya apuntaba la importancia de generar una regulación del cannabis sin un carácter prohibitivo o punitivo, si no, que permita generar un equilibrio en el fenómeno de su consumo. De ahí que se sugieran medidas de regulación y control como: el estableciendo límites y restricciones concretas en base al bajo grado de nocividad de la sustancia y los usos que existían en la sociedad de aquella época.

1.8.3 EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL CANNABIS EN EL RÉGIMEN INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS

En los inicios del siglo XX, surgen una serie de fenómenos, que dan lugar a los tratados internacionales de fiscalización de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, Bewley-Taylor et al. (2014) dilucidan las razones histórico-sociológicas que dieron pauta al desarrollo de estas convenciones, las cuales pautan el devenir del marco jurídico que compone el Régimen internacional de fiscalización de drogas. En efecto, a partir de un informe del Comité Especial sobre Estupefacientes Ilegales del Senado canadiense:

El régimen internacional para la fiscalización de sustancias psicoactivas, más allá de toda raíz moral o incluso racista que hubiera podido tener en sus inicios, es ante todo un sistema que refleja la geopolítica de las relaciones NorteSur en el siglo XX. En efecto, los controles más estrictos se impusieron a sustancias orgánicas –el arbusto de coca, la adormidera y la planta de cannabis– que suelen ser parte de las tradiciones ancestrales

de los países de los que proceden estas plantas, mientras que los productos culturales del Norte, el tabaco y el alcohol, fueron ignorados y las sustancias sintéticas producidas por la industria farmacéutica del Norte quedaron sujetas a regulación en lugar de prohibición. (Citado en Bewley-Taylor et al, 2014, p. 9)

En tal sentido, tal como apunta Avilés (2017):

El sistema de control de drogas contemporáneo se estructura en torno a tres tratados internacionales: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. La práctica totalidad de los Estados del mundo son signatarios de estas tres convenciones y han adoptado en sus ordenamientos internos medidas legales y políticas con el objetivo de cumplir con su principio fundamental: limitar exclusivamente a fines médicos y científicos la producción, el consumo y el comercio de determinadas sustancias controladas, incluyendo el cannabis. De acuerdo con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en noviembre de 2015 el número de Estados parte en la Convención Única de 1961 era de 185, siendo esa cifra de 183 en el caso de la Convención de 1971 y de 189 para la Convención de 1988 (JIFE, 2016). Este alto número de ratificaciones suele conducir a la idea de que existe un consenso universal respecto a que ésta es la mejor manera de gestionar el fenómeno de las sustancias psicoactivas, aunque la realidad actual

sugiere que no todos los países del mundo tienen opiniones similares en este sentido. (p. 272)

A continuación, se realiza un repaso entorno de las convenciones enmarcadas en el régimen internacional de fiscalización de drogas, para fijar la situación jurídica del cannabis y las razones para el establecimiento de su control a nivel internacional. Es importante decir que, además se hace un breve repaso por el Convenio de Ginebra de 1925 y el Marihuana Tax Act de 1937 por la influencia de estos cuerpos legales en la fundación de los demás tratados que componen el mencionado régimen.

1.8.3.1 Convenio de Ginebra de 1925

A partir del siglo XX, el tema de la fiscalización de drogas toma relevancia en el marco de la Sociedad de Naciones, Aguilar, Gutiérrez, Sánchez & Nougier (2018) señalan:

El primer registro de la prohibición del cannabis dentro de la agenda internacional se encuentra en un Anexo de la Convención Internacional del Opio de 1912. En ése, Italia –con el apoyo de Estados Unidos– garantizó que la preocupación por el consumo de “cáñamo índico” quedara plasmada para la posteridad y que se incluyera, posteriormente en la Convención de Ginebra de 1925. (p. 4)

Cabe mencionar que, gracias a la preocupación presentada por el representante de Egipto, se formó una comisión que pretendía examinar los supuestos riesgos que determinaban la necesidad de fiscalizar el cannabis, que dio como resultado un informe sobre el cual Bewley-Taylor et al. (2014) indican:

Curiosamente, ni los delegados indios ni los británicos mencionaron el informe que había elaborado en 1895 la Comisión sobre Estupefacientes

de Cáñamo de la India, que presentaba un análisis mucho más matizado de los beneficios, los riesgos y los daños del cannabis. (p. 15)

(...) sin que se analizaran debidamente las pruebas relevantes que corroboraran la necesidad de fiscalización y a petición de un único país, Egipto, la Conferencia decidió formalmente que el “cáñamo índico” era tan adictivo y peligroso como el opio, y que debía tratarse en consecuencia, por lo que el cannabis quedó sometido a control jurídico internacional en la Convención de Ginebra de 1925. (p.16)

En tal virtud, el capítulo cuarto artículo segundo de la convención trata acerca del Cáñamo de la India en el siguiente sentido:

1.- En adición a las disposiciones del capítulo V de la presente Convención, que se aplicarán al cáñamo de la India y a la resina que de él se extrae, las Partes Contratantes se comprometen:

a) A prohibir la exportación de la resina obtenida del cáñamo de la India y las preparaciones usuales cuya base es la resina (tales como hachich, esrar, chira y ajamba) con destino a países que hayan prohibido su empleo y cuando esté autorizada la exportación, a exigir la presentación de certificado de importación especial expedido por el gobierno del país importador atestiguando que la importación es aprobada para los fines especificados en el certificado y que la resina o dichas preparaciones no serán reexportadas.

b) A exigir, antes de expedir, para el cáñamo de la India el permiso de exportación mencionado en el artículo 13 de la presente Convención la producción de un certificado de importación especial expedido por el

Gobierno del país importador, y atestiguando que la importación está aprobada y es destinada exclusivamente a sus médicos o científicos;

2.- Las Partes Contratantes ejercerán un control eficaz de carácter a impedir el tráfico internacional ilícito del cáñamo de la India, y en particular de la resina. (García y Espada, 2006, p. 61)

En 1926, el New York Times criticaba lo proclamado en la convención y en base al Informe de la Comisión sobre Estupefacientes de Cáñamo de la India de 1894 que argüía:

(...) ni la locura ni la delincuencia estaban relacionadas con la planta, “sino que cuando se observaban excesos, estos estaban por lo general relacionados con otros vicios, como el alcohol y el opio. Ni un solo testigo médico pudo demostrar claramente que el hábito diera lugar a aberración mental. (Bewley-Taylor et al., 2014, p. 16)

En definitiva, tal como señalan García y Espada (2006)

No es hasta la segunda Conferencia Internacional del Opio, en Ginebra, en 1925 cuando se declara al cannabis como un narcótico, realizándose una restricción de su uso y consumo únicamente para fines médicos y científicos, recomendándose un estricto control de la sustancia para impedir su uso con fines recreativos. Ese mismo año se realiza el “Panama Canal Zone Report”, estudio sobre los soldados consumidores de cannabis en la zona. En este informe no se encuentran evidencias de que el uso de cannabis fuera adictivo o perjudicial, recomendándose que no era necesario realizar ninguna acción para la prevención del uso o la venta del cannabis. (p. 61)

1.8.3.2 Marihuana Tax Act 1937

Estados Unidos entraría en la escena destacándose por buscar la prohibición de las drogas y el uso no terapéutico del alcohol, con intentos fallidos de fundar nuevas convenciones que imiten su fallida Ley seca, vigente desde 1920 a 1933 dada la oposición de potencias coloniales como Francia, Gran Bretaña, Portugal, Países Bajos que en sus territorios poseían rentables monopolios de opio, morfina, heroína y cocaína destinada al mercado farmacéutico de Europa y Estados Unidos; llegando al punto de abandonar las sesiones previo a la Convención de 1925. (Transnational Institute, 2015)

Sin embargo, en ideas de Bewley-Taylor et al. (2014) era cuestión de tiempo para que el cannabis sea foco de atención de la Oficina Federal de Narcóticos (FBN) creada en 1930 y con Harry J. Anslinger a la cabeza hasta 1962 quien, a partir a aprobación del Convenio para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas de 1936 y el Uniform State Narcotic Drug Act de 1934, encuentra camino para influir en la legislación nacional de Estados Unidos por haberse generado una regulación federal del cultivo y producción del opio y cannabis, bajo presiones del departamento del tesoro y auspiciado por una campaña de terror ideada por el Capitolio y los medios. Entre los argumentos que esgrimía el principal representante de la FBN previo el inicio del trámite del Marihuana Tax Act en 1937 en el congreso norteamericano se destaca:

La mayoría de fumadores de marihuana son negros, hispanos, músicos de jazz y artistas. Su música satánica se inspira en la marihuana, y cuando las mujeres blancas fuman marihuana buscan relaciones sexuales con negros, artistas y otros. Es una droga que causa locura, criminalidad y muerte; la droga que más violencia ha causado en la historia de la humanidad. (Citado en Bewley-Taylor et al., 2014, p. 17)

Siguiendo a Escotado (2002) con respecto del trámite de la ley indica:

La Cámara Baja no convocó al Public Health Service, (...) Del estamento médico fueron invitados a opinar el doctor W. I. Treadway, director de la Mental Hygiene Division, y un representante de la Asociación Médica Americana, que fue el doctor W. Woodward. Ante el Comité de Modos y Medios de la Cámara. (p. 521)

Treadway, aducía que: en base a la literatura científica existente no existía evidencia de un riesgo para la salud física o mental en los usos moderados, el Congreso no hizo preguntas (Escohotado, 2002). Woodward, por su parte, fue concreto:

(...) ¿qué base objetiva había para alegar que la marihuana producía irrefrenables inclinaciones a la violencia y la lujuria? ¿Acaso pretendía la Oficina Federal de Narcóticos atender más a unas cuantas cartas aparecidas en los periódicos contra los mexicanos que a la literatura científica acumulada durante siglos, y que a tradiciones milenarias de uso pacífico? Para ilegalizar un fármaco, concluyó, no bastan rumores o prejuicios étnicos, sino «pruebas inmediatas y primarias» (Escohotado, 2002, p.522)

Sin tomar en cuenta el escaso sustento científico para establecer un control impositivo sobre el cannabis y los argumentos de quienes habían sido invitados a dar su postura sobre la ley, esta fue aprobada. A pesar de que el derecho del médico a prescribir cannabis no se había suprimido, la Asociación Médica Americana aducía que se provocaría una limitación para controlar el uso de la planta y una sobrecarga quienes la recetan. Por consiguiente, decidieron que era más fácil no recetar marihuana que lidiar con el trabajo adicional impuesto por la nueva ley. La reducción drástica de la voluntad de los médicos de recetar marihuana con fines medicinales quizás se ejemplifique mejor

con la eliminación del cannabis del medicamento estándar, incluido en la farmacopea estadounidense hasta 1942.

Lo mencionado ha sido se fundamenta en lo descrito por Pacula et. al. (2002)

Even though the Act maintained a physician's right to prescribe marijuana, the law was opposed by the American Medical Association on the grounds that (1) it would limit a physician's ability to truly control the non-medical use of marijuana, and (2) it would needlessly overburden physicians who wanted to prescribe marijuana, therefore making them less willing to do so. After passage of the Act, prescriptions of marijuana declined because doctors generally decided it was easier not to prescribe marijuana than to deal with the extra work imposed by the new law. The dramatic reduction in doctors' willingness to prescribe marijuana for medicinal purposes is perhaps best exemplified by the removal of cannabis from standard pharmaceutical reference texts (including the United States Pharmacopeia) by 1942 (Belenko 2000). (p. 4)

Carvajal (2016) con respecto a esta ley describe que, “Hacia forzosos el registro y gravamen de toda operación de compraventa de marihuana, e imponía sanciones de orden criminal al desacato de la disposición legal. La Ley prohibió, a nivel nacional, el uso y posesión de los preparados de cáñamo. (p. 10)”

Conrad señala que:

La legislación que prácticamente proscribió el empleo de la planta de cáñamo surgió del departamento federal del Tesoro de los Estados Unidos, adoptando la forma de subvención a un interés especial, presentado como ley tributaria. La ley del impuesto a la marihuana de

1937 pretendía impulsar las empresas madereras y de fibras sintéticas y eliminar del mercado el cáñamo industrial. (Citado en Carvajal, 2016, p. 10)

"A partir de ese momento se creó un cuerpo de policía federal con capacidad de imponer condenas de prisión e incluso de penas capitales. Desde entonces, los países occidentales imitaron esta política de control y penalización aplicándola con matices." (García y Espada, 2006, p. 61)

1.8.3.3 Convención Única sobre Estupefacientes 1961

"Al salir de la segunda guerra mundial como la potencia política, económica y militar dominante, los Estados Unidos estaban en condiciones de forjar un nuevo régimen de fiscalización (Protocolo de Lake Success, 1946)" (citado en Transnational Institute, 2015, p. 1) En consecuencia, fue posible "aplicar la presión necesaria para imponerlo a otros países al amparo del sistema de las Naciones Unidas. El clima político posibilitó la globalización de los ideales prohibicionistas antidrogas." (Ibídem, p. 1)

Pocas son las modificaciones respecto al control del cannabis hasta 1961, cuando se celebra la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York, promovida por Naciones Unidas. (...) se promulgó la creación de un sistema de cuatro listas donde se clasificaban las sustancias en función de la peligrosidad. (García y Espada, 2006, p. 61)

De tal manera como lo señala García y Espada (2006)

Así pues, el cannabis se incluía en:

- Lista I “Cannabis y su resina y los extractos y tinturas de la cannabis”.
- Lista IV “Cannabis y su resina”.

— Siéndole aplicado los siguientes artículos: Art. 1.c) “Por planta de cannabis se entiende toda planta del género cannabis”.

Art. 1.b) “Por cannabis se entiende sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con el que se las designe” (Herrero, 2000).

Art. 1.d) “Por resina de cannabis se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de la cannabis”. Art. 28.2 “fiscalización de la cannabis: la presente convención no se aplicará al cultivo de la planta de la cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas” (OVD, 2002). (p. 62)

Bewley-Taylor et al. (2014) resumen, de forma clara, los efectos generados por convención con respecto a la situación jurídico-global del cannabis:

(...) se incluyó, junto con la heroína y algunas otras drogas, en la Lista I (que aglutina las sustancias consideradas más adictivas y nocivas) y en la Lista IV, la más estricta (con las sustancias consideradas más peligrosas, excepcionalmente adictivas y que provocan graves efectos negativos), de la Convención Única. Así, se clasificó entre las sustancias psicoactivas más peligrosas sometidas a fiscalización internacional y con muy limitado valor terapéutico. El cannabis, la resina de cannabis y los extractos y las tinturas de cannabis, por lo tanto, están sujetos a todas las medidas de control previstas por la Convención. (p. 25)

Así, "al mismo tiempo en que el cannabis estrenaba prohibición, los términos “medicina indígena” y “usos tradicionales” fueron eliminados del instrumento limitando los fines legítimos a los médicos y científicos" (Aguilar et al, 2018, p. 4)

De lo que Bewley-Taylor et al. (2014) concluyen:

Después de 1945, Washington, D.C. aprovechó su nueva posición como súper potencia y su dominio en el seno de las Naciones Unidas para impulsar con éxito un control más estricto del cannabis a escala internacional. A pesar de las pruebas que socavaban los mensajes de los Estados Unidos con respecto a la adicción, su papel como pasarela a otras drogas y sus vínculos con la delincuencia, la tendencia a prohibir el uso recreativo del cannabis se convirtió en pieza clave para el desarrollo de una nueva convención “única” que sustituiría los tratados de fiscalización de drogas existentes, que se habían ido redactando de forma poco sistemática desde 1912. Iniciado en 1948, el proceso conllevaría tres borradores y un importante debate sobre el lugar que debía ocupar el cannabis en el nuevo instrumento unificado. Los intensos esfuerzos de los Estados Unidos –incluido el uso de datos científicos poco fiables y una influencia considerable en la recién establecida Organización Mundial de la Salud (OMS)– contribuyeron en gran medida a que el cannabis fuera condenado en la Convención Única de 1961 como una droga con propiedades particularmente peligrosas. El cannabis nunca pasó la prueba de un examen científico por parte de expertos de la OMS con los criterios que se requieren para incluir cualquier sustancia psicoactiva en las listas de sustancias fiscalizadas de la ONU. (p. 3)

1.8.3.4 Convenio sobre Sustancia Sicotrópicas de 1971

Los compuestos psicoactivos del cannabis sorprendentemente se identificaron después de suscrita la Convención única de 1961, así: "En 1963, Raphael Mechoulam y sus colaboradores científicos en la Universidad Hebrea de Jerusalén revelaron la estructura del cannabidiol (CBD). Al año siguiente habían aislado, establecido la estructura y sintetizado el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC)." (Bewley-Taylor et. al. 2014, p. 25)

Durante las negociaciones del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, se hizo evidente la presión ejercida por la gran industria farmacéutica de Europa y los Estados Unidos, que temían que sus productos se vieran sometidos a los rigurosos controles de la Convención Única. La necesidad de un nuevo tratado se fundamentó en una muy cuestionable distinción entre los ‘narcóticos’ o ‘estupefacientes’ controlados por la Convención de 1961 y las llamadas ‘sustancias sicotrópicas’, un concepto inventado sin una clara definición. (Transnational Institute, 2015, p. 6)

Aguilar, et al. (2018) establecen que la convención:

(...) creó una categorización en cuatro niveles, (...) con respecto al uso médico y científico de cannabis donde THC (los principales componentes psicoactivos del cannabis) quedó inscrito en la Lista I y se tipificó como un “fármaco cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública y porque su valor terapéutico es muy limitado o nulo”. (p. 5)

Bewley-Taylor, Lelsma, Rolles, & Walsh (2016) destacan:

(...) el Comité de Expertos en Farmacodependencia (Expert Committee on Drug Dependence, ECDD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el organismo al que los tratados de 1961 y 1971 encomiendan el examen médico y científico de las propuestas de clasificación de sustancias, nunca ha efectuado una revisión formal de la clasificación del cannabis en la Convención. Como apuntó el propio Comité en 2014: “El cannabis y la resina de cannabis no se han sometido al examen científico del Comité de Expertos desde el examen efectuado por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1935”. (p. 4)

1.8.3.5 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

Avilés, (2017) plantea: "La adopción de la Convención de las Naciones Unidas sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 supuso la consolidación de un enfoque ya no solo prohibicionista, sino también punitivo, centrado en la eliminación del tráfico ilícito." (p. 277)

La Convención de 1988 surge en el marco del contexto político, histórico y sociológico que se desarrolló a lo largo de los años setenta y ochenta, y que llevó a la adopción de medidas más represivas. El incremento de la demanda de cannabis, cocaína y heroína con fines no terapéuticos, especialmente en los países desarrollados, propició que en los países donde se habían cultivado tradicionalmente estas plantas surgiera un fenómeno de producción ilícita a gran escala para abastecer ese mercado. El tráfico internacional de estupefacientes ilícitos muy pronto se convirtió en un comercio multimillonario controlado por grupos delictivos. (Transnational Institute, 2015, p. 7)

Por consiguiente, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de 1988 fue el tratado con el que se encuadro perfectamente el paradigma de establecer una prohibición global. En tal virtud, se tipificaron como delito penal en el derecho interno de los Estados: la producción, fabricación, oferta, distribución, venta, transporte, importación o exportación de cualquier estupefaciente o sustancia sicotrópica el cultivo de la planta de cannabis con la intención de fabricar estupefacientes; y la posesión o la adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia sicotrópica con fin de efectuar alguna de las acciones indicadas. (Aguilar et al, 2018) De ahí que Bewley-Taylor et al. (2014) postulen:

...con la Convención contra el Tráfico Ilícito de 1988, introduciendo una serie de disposiciones más estrictas que establecían el cultivo, el comercio y la posesión como un delito penal. Irónicamente, estas iniciativas en la ONU con el objeto de reducir y en última instancia eliminar “el uso indebido” de cannabis coincidieron con su creciente popularidad y uso cada vez más extendido; una tendencia estrechamente vinculada con los incipientes movimientos contraculturales (...) La mayor parte de las propuestas resultantes para adoptar enfoques tolerantes frente al uso de cannabis fueron rechazadas. (p. 3-4)

De lo cual, Bewley-Taylor et al (2014) postulan:

Las Partes también pueden proporcionar apoyo social en lugar de imponer un castigo a aquellas personas involucradas en delitos menores de drogas por motivos de necesidades socioeconómicas y por la falta de medios de vida alternativos. En efecto, la Convención de 1988 incorporó la disposición que prevé la prestación de servicios sociales o de salud para “sustituir la declaración de culpabilidad o la condena” por los delitos

de carácter leve, no solo en los casos en que su autor es dependiente de sustancias, sino para cualquier persona implicada en una infracción menor de drogas. Con esto se compensan otras disposiciones más estrictas del tratado que exigen sanciones más duras para delitos más graves. Se introducen además principios de proporcionalidad en la imposición de penas para delitos de drogas de bajo nivel, como el cultivo a pequeña escala, el tráfico menor en las calles o el transporte personal de pequeñas cantidades. (p. 51)

Aunque los términos son más restrictivos y podría entenderse que limitan la flexibilidad de los tratados anteriores, desde un punto de vista jurídico puede argüirse con convicción que el artículo 3, párrafo 2, sigue dejando un amplio margen de maniobra para alejarse del enfoque punitivo en lo que se refiere a la posesión para uso personal. “A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico” representa una clara “cláusula de escape”. Esto implica que “cualquier flexibilidad de la Convención no proviene exclusivamente de la Convención, sino también de los principios constitucionales y jurídicos de cada país”. En consecuencia, “las Partes no violarían la Convención si sus tribunales nacionales determinaran que la criminalización del consumo personal es inconstitucional” y, por ese motivo, no están obligados a establecer que la posesión para uso personal sea un delito penal. Existen también buenos argumentos para defender que una Parte tampoco tiene por qué tipificar como delito penal el cultivo para uso personal. (p. 44)

Así sucedió, en el conocido fallo Arriola en Argentina:

... la Corte Suprema dictaminó que el artículo de la ley de drogas de 1989 que criminalizaba la posesión de sustancias era inconstitucional. La existencia de una “cláusula de escape” de esta naturaleza, basada en principios constitucional es así como en conceptos básicos de ordenamientos jurídicos nacionales, es algo relativamente excepcional en el derecho internacional. Ha sido utilizada por diversas autoridades para crear más espacio normativo y mantenerse, a la vez, dentro de los límites del marco de los tratados. Por lo tanto, a pesar de la aceptación generalizada de la Convención de 1988, se ha mantenido un grado importante de margen de maniobra en relación con la descriminalización del cannabis desde que esta entró en vigor en 1990. (Citado en Bewley-Taylor et al, 2014, p. 45)

1.8.3.6 La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), es un organismo que “supervisa y apoya el cumplimiento de los Gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas, se autodefine como un órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial para la aplicación de los tratados de fiscalización de estupefacientes de las Naciones” (Bewley-Taylor et al, 2014, p. 32) La JIFE se estableció en 1968 a raíz de lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Entre los mandatos que tiene la JIFE, podemos encontrar:

(...) asegurar que haya suministros de drogas adecuados para fines médicos y científicos y que no se produzcan desviaciones de drogas de fuentes lícitas a canales ilícitos. (...) determina las deficiencias de los sistemas de fiscalización nacionales e internacionales y contribuye a

corregir esas situaciones (...) debe pedir explicaciones en casos de violaciones aparentes de los tratados, a fin de proponer las medidas correctivas apropiadas a los gobiernos que no estén aplicando plenamente las disposiciones de los tratados, o que tropiecen con dificultades para aplicarlas y, cuando sea necesario, prestar asistencia a los gobiernos para superar esas dificultades. (Citado en Bewley-Taylor et al, 2014, p. 33)

En tal contexto, la JIFE, es el organismo encargado del control y vigilancia del cumplimiento de la obligación de los estados a tomar medidas para limitar el uso de estupefacientes sometidos a control internacional, a los fines médicos y científicos, en observancia de determinadas condiciones o medidas de fiscalización; las cuales varían de una sustancia a otra en función de la lista de la Convención en que figuren, previo examen médico y científico del Comité de Expertos en Drogodependencias de la OMS. (Bewley-Taylor, et al, 2016)

En su Informe correspondiente a 2014, la JIFE ha dictado ciertas Medidas de fiscalización aplicables a los programas de uso del cannabis con fines médicos en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, exhorta a los gobiernos a que tomen medidas para garantizar que, en sus programas de cannabis con fines médicos se apliquen íntegramente las medidas previstas en dicha Convención, cuya finalidad es garantizar que las existencias de cannabis producidas con fines médicos se reserven para los pacientes a quienes se recete su consumo y no sean desviadas por canales ilícitos. (Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2014, p. 63)

A pesar de encontrarse fiscalizado el cannabis no había sido objeto de revisión desde 1935 (Bewley-Taylor et al, 2016) En consecuencia, la JIFE instó “a la OMS para que evalúe la posible utilidad médica del cannabis y el grado en el cual esa sustancia representa un riesgo para la salud humana, en consonancia con el mandato que le

confiere la Convención Única.” (Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2014, p.112) Posteriormente el Comité de Expertos en Drogodependencias de OMS entablaría acerca de uno de los principales compuestos de la planta como el cannabidiol (CBD), que: “las preparaciones consideradas como CBD puro no deberían programarse dentro de las Convenciones Internacionales de Control de Drogas” (WHO Expert Committee on Drug Dependence, & World Health Organization, 2017, p. 7) Empero, en la Convención de 1961 en su forma enmendada el cannabis está sujeto a fiscalización en virtud de las Listas I y IV donde se sitúan las sustancias que tienen propiedades especialmente peligrosas, lo cual dificulta la consecución de la investigación científica y elaboración de nuevos medicamentos. Como indica el National Cancer Institute (NIC):

Para investigar con Cannabis en los Estados Unidos, los investigadores deben presentar una solicitud de Investigación de Drogas Nuevas (IND ante la Food and Drug Administration (FDA), recibir una licencia del Anexo I de la Drug Enforcement Administration (DEA) y obtener la aprobación de la Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (NIC, 2018, p. 2)

En ese marco, el Informe de la JIFE correspondiente a 2017, expone:

(...) el establecimiento de programas de cannabis medicinal debe atenerse a las obligaciones adicionales establecidas en los artículos 23 y 28 de la Convención de 1961 en su forma enmendada. En esos artículos se exige a los Estados que prevén el uso del cannabis con fines médicos que establezcan un organismo nacional del cannabis para controlar y supervisar el cultivo y otorgar las licencias correspondientes. Dichos organismos designarán las zonas en que se permite el cultivo de cannabis; expedirán las licencias a los productores (...) La Junta exhorta

a los Gobiernos que permiten el uso del cannabis con fines médicos a que garanticen que el cannabis sea recetado por profesionales médicos competentes de conformidad con la buena práctica médica y sobre la base de pruebas científicas sólidas. (Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2017, p.39)

Ilustración 1. 2. El estatus del cannabis en el Régimen Internacional de Fiscalización de Drogas

Convención Única sobre Estupefacientes de 1961
<ul style="list-style-type: none"> •Se incluye al cannabis, los extractos y las tinturas de cannabis Lista I y en la Lista IV, es decir, entre las sustancias psicoactivas más peligrosas sometidas a fiscalización internacional y con muy limitado valor terapéutico.
Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas
<ul style="list-style-type: none"> •El THC, uno de los principales componentes psicoactivos del cannabis, se inscribió en la Lista I, estableciéndolo como un fármaco cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública y porque su valor terapéutico es muy limitado o nulo
Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988
<ul style="list-style-type: none"> •El tratado obligó a los países a imponer sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de drogas, disponiendo medidas especiales contra el cultivo, la producción, la posesión y el tráfico ilícito de sustancias psicoactivas, y la desviación de precursores químicos, así como a un acuerdo sobre colaboración jurídica que incluyó la extradición.
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
<ul style="list-style-type: none"> •Requiere que los estados establezcan un organismo nacional del cannabis para controlar y supervisar el cultivo y otorgar las licencias correspondientes. Dichos organismos designarán las zonas en que se permite el cultivo de cannabis; expedirán las licencias a los productores.

Fuente: Avilés (2017)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.4 EL CANNABIS TERAPÉUTICO O MEDICINAL

En la presente sección, se desarrolla una fundamentación acerca del cannabis medicinal o terapéutico, con el propósito de observar la evidencia sobre el empleo de la planta, o sus derivados, para el tratamiento de ciertas enfermedades. No sin antes, realizar un breve repaso por la estructura de la planta y dar una breve noción sobre qué es el sistema endocannabinoide. Así, se podrá comprender de mejor manera, cuál es la incidencia terapéutica de los principales componentes del cannabis en el cuerpo humano; y, a su vez, si estos podrían presentar ciertos efectos transgresores de la salud.

1.8.4.1 Definición

“La planta de cannabis (*Cannabis sativa*), popularmente conocida como marihuana, es una especie vegetal con múltiples propiedades terapéuticas y medicinales.” (Fundación Daya, 2016, p. 1) “El término marihuana medicinal se refiere al uso de toda la planta de marihuana sin procesar, o de sus extractos básicos, para el tratamiento de enfermedades y otros trastornos.” (National Institute of Drug Abuse, 2017, p. 1) “Los cogollos, o flores de la planta femenina, son los que concentran la mayor cantidad de compuestos con utilidad medicinal.” Fundación Daya, 2016, p. 2)

1.8.4.2 Los Cannabionoides

La Fundación Daya (2016) una organización sin fines de lucro, cuyo objetivo es la investigación y promoción de terapias alternativas orientadas a aliviar el sufrimiento humano. En su escrito, titulado, Cannabis medicinal: una breve guía sobre usos y efectos de los cannabinoides, establece:

Son sustancias químicas capaces de activar un sistema fisiológico presente en el cuerpo y el cerebro de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, llamado sistema endocannabinoide. Este sistema tendría

como misión regular el buen funcionamiento del resto de los sistemas que forman parte del organismo.

Los cannabinoides son un grupo de sustancias muy amplio y diverso, con una estructura química similar entre sí. Actualmente se reconocen tres tipos generales de cannabinoides:

Los fitocannabinoides: aquellos sintetizados naturalmente por la planta de cannabis.

Los cannabinoides endógenos o endocannabinoides, producidos naturalmente por los mamíferos.

Los cannabinoides sintéticos, es decir, aquellos que son creados en un laboratorio. (p. 2)

A juzgar por el National Institute of Drug Abuse (2017) ensayos químicos revelan que los ingredientes activos de algunas drogas que fluctúan en el mercado ilícito de cannabis recreativo son compuestos de cannabinoides artificiales “Los únicos elementos de estos productos que son "naturales" son el material desecado e inerte que proviene de la planta.” (p. 1) El mismo instituto expone que se han reportado efectos nocivos por el consumo de estos compuestos sintéticos ("Joker", "Black Mamba", "Kush" y "Kronic" “K2” “Spice”) cabe especificar que el uso de estas sustancias se realiza con fines lúdicos, es decir alejado del ámbito terapéutico de la planta.

Pese a lo dicho, es necesario mencionar que existen otro tipo de cannabinoides sintéticos, los cuales han sido desarrollados por la industria farmacéutica; ya que se han reestructurado genéticamente a la planta, semillas o ciertos cannabinoides provenientes de formas naturales de la planta. De tal forma, se han generado medicamentos en los que se encuentren aislados las propiedades medicinales del cannabis. Por ejemplo, la

FDA aprobado ha aprobado dos medicamentos que contienen una versión sintética de una sustancia que está presente en la planta de marihuana, el Nabilone y Marinol (dronabinol); y otro que contiene una sustancia sintética que actúa de manera similar a los compuestos del cannabis, pero que no está presente en la estructura de la planta, el Epidollex. También existen otros como el Sativex, sin embargo, el acceso a este tipo de medicamentos no está permitido en varios países y además supone un alto costo en razón del precio, disponibilidad, o aún peor, la falta de regulación para su importación y comercialización. (Throckmorton, 2015)

Con respecto de los fitocannabinoides, llamados así por ser compuestos naturales que se concentran en las sumidades florales procedentes de la planta de cannabis, estos resultan ser los elementos que fundamentalmente ejercen un efecto terapéutico en el cuerpo humano, Fundación Daya, (2016) indica los más estudiados y sus propiedades:

Delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC en su formulación química, conocido popularmente como THC). Es el principal componente estimulante de la planta. Actúa como euforizante, analgésico, antiemético y antiinflamatorio.

Cannabidiol (CBD). Reduce el efecto psicoactivo del THC. Actúa como ansiolítico, antipsicótico, analgésico y antiespasmódico.

Cannabinol (CBN). Se produce al oxidarse el THC. Actúa como sedante, anticonvulsivo, antibiótico y antiinflamatorio.

Cannabicromeo (CBC). Se cree que actúa intensificando el efecto del THC. Actúa como antiinflamatorio, antimicótico y analgésico. (p. 3)

En el informe titulado: Uso terapéutico del cannabis: Farmacología básica, la Fundació Institut Català de Farmacologia (2007) concluye:

El riesgo de que el consumo de cannabis produzca dependencia es muy limitado; no se han descrito signos de dependencia en pacientes que la utilizan con finalidad terapéutica. Se han descrito ligeros síntomas de abstinencia como inquietud motora, irritabilidad, ligera agitación, insomnio, alteración del trazado del EEG durante el sueño, náuseas y dolor abdominal en voluntarios que habían recibido dosis altas de forma continuada por vía oral. El riesgo de dependencia de marihuana es inferior al asociado a tabaco, heroína, cocaína, alcohol y tranquilizantes.

(p. 4)

Ilustración 1. 3. Propiedades terapéuticas de los cannabinoides

Cannabidiol (CBD)	Delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)	Cannabinol (CBN)	Cannabicromeo (CBC)
• Ansiolítico, antipsicótico, analgésico y antiespasmódico	• Analgésico, antiemético y antiinflamatorio.	• Sedante, anticonvulsivo, antibiótico y antiinflamatorio.	• Antiinflamatorio, antimicótico y analgésico.

Fuente: Fundación Daya (2016)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.4.3 El Sistema Endocannabinoide

Para la comprensión de los efectos que causa el cannabis en el cuerpo humano de los mamíferos la Fundación Daya, 2016 difunde que:

Diversas investigaciones lo consideran uno de los sistemas más importantes en la autorregulación y mantenimiento de los sistemas internos de nuestro organismo (fenómeno conocido como “homeostasis”). Es decir, el sistema endocannabinoide tendría como

finalidad mantener la estabilidad de los sistemas internos del cuerpo humano a pesar de las fluctuaciones provocadas por el medio ambiente.

Los endocannabinoides son moléculas que actúan como una “llave” natural, provocando la activación de los dos principales receptores identificados al día de hoy: CB1 y CB2. Los receptores CB1 están principalmente ubicados en el sistema nervioso central y son los responsables de mediar procesos neuronales y de los efectos psicoactivos de ciertas sustancias. Por su parte los receptores CB2 están situados principalmente en el sistema inmunológico, al cual ayudan a regular.

Para que el sistema endocannabinoide funcione es necesario que los receptores anteriormente descritos sean activados químicamente por los cannabinoides. Su activación produce una serie de cambios dentro de las células, que le permiten al sistema endocannabinoide regular el buen funcionamiento de los procesos fisiológicos del cuerpo. (p. 3)

1.8.4.4 Evidencia científica acerca del uso terapéutico de cannabis.

Aguilar et al (2018) “(...) cada día se descubren nuevas propiedades de otros cannabinoides como los terpenos y los avonoides, que han demostrado también tener propiedades terapéuticas” (p. 5) En efecto, un ensayo avalado por la Universidad de Massachussets revela que existe también el llamado efecto séquito, el cual, sugiere la complementariedad de varios elementos del cannabis y no solo los cannabinoides; tales como los terpenos. Así, la reproducción selectiva de los quimiotipos de cannabis ricos en contenido fitocannabinoide y terpenoide mejorable ofrece actividades farmacológicas complementarias que pueden fortalecer y ampliar las aplicaciones clínicas y mejorar el índice terapéutico de los extractos de cannabis que contienen THC u otros

fitocannabinoides de base. (Russo, 2011) Por consiguiente, es claro que el cannabis genera un efecto de equilibrio en el cuerpo humano, más allá de atacar directamente el origen de una u otra patología, de ahí que se reporte evidencia en cuanto a varias enfermedades para las cuales podría resultar beneficioso el consumo de sus derivados.

Bajo esa tesitura, Aguilar et al (2018) en su investigación sobre Políticas y prácticas de cannabis medicinal en el mundo, avalado por el Consorcio Internacional de Política de Drogas (IDPC); a partir de referencias de publicaciones realizadas en revistas en el área de la medicina, determinan:

(...) Un recuento de la evidencia científica disponible avala el potencial terapéutico del cannabis en:

Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple y epilepsia, con evidencia preliminar de los efectos beneficiosos del cannabis sobre Alzheimer, corea de Huntington y síndrome de Gilles de la Tourette.

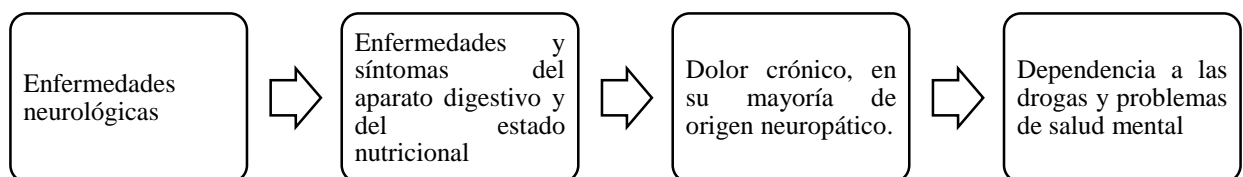
Enfermedades y síntomas del aparato digestivo y del estado nutricional: con evidencia conclusiva sobre los beneficios del cannabis para tratar los efectos secundarios de quimioterapia vinculada al cáncer (especialmente para náusea y vómito) y los asociados con HIV/sida; y evidencia preliminar para colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, reducción de la secreción gástrica, regulación del esfínter esofágico inferior inhibiendo su relajación y por lo tanto el reflujo, reducción de la motilidad del aparato digestivo, reducción de la secreción intestinal, control de la sensación visceral, acción en la inflamación intestinal y acción en la disfunción de la motilidad intestinal.

Evidencia sobre los beneficios del cannabis para dolor crónico, en su mayoría de origen neuropático. En algunos estados de Estados Unidos, el acceso a cannabis medicinal es vinculado a una reducción del uso de medicinas opiáceas convencionales para tratar el dolor.

Dependencia a las drogas y problemas de salud mental: con evidencia preliminar sobre el uso de cannabis como terapia de sustitución a opiáceos, estimulantes (en particular cocaína) y alcohol; así como para tratar ansiedad, estrés postraumático y trastornos del sueño. (p. 8)

En Ecuador, se observa como dato relevante la investigación del uso de aceites esenciales provenientes de cannabis en cuatro casos clínicos de pacientes con trastornos neurológicos de difícil tratamiento; cuyos resultados fueron presentado en el I Congreso Internacional de Medicina Familiar Ecuador, por los miembros del Colectivo Ananda: Gabriel Mármol, Paulina Barrera, Luis Arroyo, Marie Nogues y Omar Vacas Cruz. Se presentaron efectos positivos como la mejora en la calidad de vida, reducción de medicación convencional, disminución de crisis y ataques en los siguientes sujetos: mujer de 40 años diagnosticada con epilepsia, un hombre de 53 años que tiene ataxia cerebelosa familiar, chica de 19 años que fue diagnosticada con autismo y retardo mental, niño de 13 años diagnosticado con epilepsia idiopática. (Veletanga, 2018, 11 de abril)

Ilustración 1. 4. Tipos de enfermedades sobre las que existe evidencia científica del uso de cannabis



Fuente: Aguilar et al (2018)

Elaborado por: Mora (2012)}

1.8.5 LA SIEMBRA CULTIVO Y COSECHA DE CANNABIS EN LA LEGISLACIÓN ECUATORIANA

En materia jurídica, es vital dilucidar cuales son las implicaciones legales a las que se encuentra sometido el cannabis, tomando en cuenta que se enmarca como una sustancia catalogada como sujeta a fiscalización. Por ende, se podrán verificar aquellos aspectos que inciden en una posible regulación del cannabis con fines terapéuticos y examinar la naturaleza de las propuestas regulatorias existentes.

1.8.5.1 Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización 2015

Su objeto, entre otros, es “el control y regulación de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan” (Art. 1, Cap. I) Siendo aplicable al uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y de los medicamentos que las contengan.

De tal forma, la primera disposición general, establece: La Autoridad Sanitaria Nacional podrá autorizar por escrito la siembra, cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, exclusivamente para la producción de medicamentos, que se expendrán bajo prescripción médica, y para investigación médico-científica. Entonces, se entendería que el Ministerio de Salud Pública es la entidad competente para generar políticas por medio de las cuales se regulen la producción de medicamentos provenientes del cannabis, y determinar el modo de acceso a los mismos.

1.8.5.2 Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización 2016

Los mandatos contenidos en la reglamentación, rigen para las entidades del sector público y privado que tengan relación con las acciones para la promoción de la salud, y son mucho más incipientes. Así, con respecto a la siembra, cultivo y cosecha con fines de investigación médico-científica y producción de medicamentos. Se insta que, la autoridad sanitaria nacional emita la normativa para autorizar la siembra, cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, exclusivamente para fines de investigación médico-científica y producción de medicamentos. (Art. 43, Cap. VIII)

Igualmente, la disposición transitoria segunda, mandaba a que la autoridad sanitaria nacional, dentro del plazo de 60 días, contados a partir de la publicación del Reglamento en el Registro Oficial, la cual se realizó el en marzo de 2016, emita la normativa correspondiente para regular las autorizaciones de siembra, cultivo y cosecha de plantas que contengan principios activos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, exclusivamente para fines de investigación médico-científica y producción de medicamentos.

Como resultado del incumplimiento de esta disposición, en el sistema jurídico ecuatoriano, no se encuentra vigente ninguna normativa que regule las aristas del fenómeno del cannabis medicinal. No obstante, el Centro Nacional de Epilepsia y la organización King cannabis, ayudan a alrededor de 50 pacientes con distintas patologías, a adquirir medicamentos importados previo trámite y autorización del Ministerio de Salud (MSP), bajo lineamientos de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA); por ejemplo, se solicita el certificado médico

con firma y sello del médico tratante, receta con el nombre del fármaco, su concentración, etc. (Bravo, 2016, 21 de julio)

Ahora bien, Sempértegui (2018) exhibe: “El Centro Nacional de Epilepsia del Ecuador, estima que actualmente existen aproximadamente 250.000 pacientes con Epilepsia en el país. De estos, 70 a 80.000 padecen de Epilepsia rebelde o refractaria. Un verdadero problema de Salud Pública.” (p. 2) Lo cual autoriza inferir que existe una gran cantidad de sujetos quienes, por no existir una amplia accesibilidad a los medicamentos derivados del cannabis; no han sido informados sobre esta alternativa, o a su vez, no pueden optar por ella, debido a que no existe una adopción de medidas jurídicas que les permita hacerlo de una manera segura y regulada.

1.8.5.3 Código Orgánico Integral Penal

En Ecuador no está penalizado el consumo de drogas en ningún caso (Art. 364, CRE) sin embargo, muchos medicamentos derivados de la marihuana se consiguen de manera reservada, pues su adquisición, tenencia, producción, comercialización o posesión pueden ser consideradas como delitos. Así pues, los pacientes y familiares con cáncer, dolores crónicos o metastásicos, discapacidad intelectual y epilepsia, que optan por esta alternativa, no cuentan con una protección jurídica que permita su no criminalización. El cannabis está imbuido en varios delitos relativos a la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Así, se tipifica la infracción de siembra o cultivo:

La persona que siembre, cultive o coseche plantas para extraer sustancias que por sí mismas o por cuyos principios activos van a ser utilizadas en la producción de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con fines de comercialización, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (COIP, Cap. III, Sec. II, art. 222)

Es de rescatar que, la ley penal, únicamente reprocharía el acto de siembra, cultivo y cosecha de cannabis cuando este tenga como fin la comercialización, lo cual deja un vacío legal, ya que podrían; y, de hecho, existen varias conductas que no serían punibles. En síntesis, una persona no podría ser condenada por el delito de siembra o cultivo, si las sustancias provenientes de tales acciones, no tienen como finalidad el estar a disponibilidad de un espectro indeterminado de personas para que estas las adquieran y así, obtener una ganancia monetaria o lucro. Sin embargo, existiría un delicado margen de inseguridad jurídica, verbigracia, para un individuo que realiza un cultivo domiciliar de cannabis para producir extractos caseros y emplearlos con fines terapéuticos; quien no cuenta con un marco jurídico al cual atenerse para que su actividad sea percibida como lícita ante las políticas y delitos relacionados a las drogas.

Asimismo, al no haber un reconocimiento legislativo de la posibilidad del uso terapéutico del cannabis, podría existir un delito de prescripción injustificada: “La o el profesional de la salud que, sin causa justificada, recete sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionado con pena privativa de libertad de uno a tres años.” (COIP, Cap. III, Sec. II, art. 224) Lo cual genera un recelo en varios profesionales de salud, quienes, por obvias razones, pueden volverse reacios a dar una receta de medicamentos a base de cannabis; por falta de garantías para hacerlo.

1.8.5.4 Proyectos de regulación relacionados a la producción de Cannabis con Fines Médicos y Terapéuticos.

Las posibles políticas regulatorias se enmarcan en dos iniciativas de carácter legislativo: Código Orgánico de Salud (COS) y Ley para el Uso del Cannabis para fines médicos y terapéuticos; compactados al proyecto de reglamentación realizado por la Autoridad Sanitaria Nacional, realizado por efecto de lo dispuesto en el artículo 43 y la disposición transitoria segunda del Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del

Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.

De manera que, el MSP ha desarrollado el borrador del proyecto de Reglamento para el Uso Terapéutico, Prescripción, Dispensación de Medicamentos y Productos Naturales Procesados de Uso Medicinal que Contienen Cannabinoides el cual en su Capítulo III sobre la dispensación de productos farmacéuticos que contienen cannabinoides, señala:

Art. 10.- La dispensación de productos farmacéuticos que contienen cannabinoides, podrá ser realizada únicamente por las farmacias privadas, internas o institucionales que cuenten con el correspondiente permiso de funcionamiento otorgado por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA, o por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, según corresponda, exclusivamente contra la presentación de la receta especial, debidamente suscrita por el médico prescriptor.

Art. 11.- Los profesionales médicos especialistas que prescriben estos productos deberán mantener un registro de los pacientes a quienes prescriben estos productos, conforme al instructivo que la ACESS determine para el efecto.

Por su parte, la Ley para el Uso del Cannabis para fines médicos y terapéuticos con respecto a los licenciamientos para producción y dispensación de cannabis, indica:

Artículo 10.- Acceso a la Licencia. Los laboratorios farmacéuticos, distribuidoras farmacéuticas, registrados ante la Autoridad Sanitaria Nacional serán los únicos habilitados para -pedir una Licencia para el

cultivo, cosecha, industrialización, almacenamiento y comercialización de la planta de cannabis con fines medicinales y terapéuticos. La Autoridad Sanitaria Nacional, con la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas por el Comité Interinstitucional conceder la respectiva licencia.

En cuanto al borrador para segundo debate del proyecto de Código Orgánico de Salud, establece:

Artículo 332.- Establecimientos y servicios autorizados para la venta de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.- Podrán dispensar y vender medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, únicamente, los establecimientos y servicios farmacéuticos autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional, dicha Autoridad llevará un registro actualizado de esos establecimientos y servicios farmacéuticos, que deberán suministrar obligatoriamente a la referida los reportes periódicos obligatorios, sobre existencias, prescripciones, dispensación y ventas de esta clase de medicamentos.

Consecuentemente, es menester decir que, todos los proyectos de regulación presentados; no toman en cuenta, lo estipulado en los artículos 362 y 363 CRE; al contemplar únicamente a las entidades farmacéuticas públicas o privadas para el acceso a la licencia de producción y dispensación de medicamentos a base de cannabis. De lo que Paladines (2018) observa: “Se entendería que la regulación del cannabis medicinal es un proceso que se reduce a la gestión de las empresas farmacéuticas y de los laboratorios. Si solo se queda ahí, su esquema podría mercantilizar el espíritu de la ley (...)” (p. 10) “Se trata de un complejo debate que debería al menos permitir otras formas

de adquisición como las derivadas de la medicina ancestral o alternativa, el autocultivo y el aprovisionamiento ex ante cita médica” (Ibídem, p.11)

1.8.6 LA TUTELA DEL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD

El derecho a la salud, comprende un número de subjetividades que se ven reflejadas en varias distinciones taxonomistas, las cuales han sido generadas por la doctrina para instituir nociones jurídicas a partir de diferentes visiones filosóficas. Por consiguiente, existen varias definiciones acerca de la salud, por medio las que se han podido distinguir aquellos elementos esenciales que comprende el derecho universal a la salud, de los cuales devienen varias caracterizaciones, tales como, derecho a la protección de la salud, derecho al cuidado de salud o derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

1.8.6.1 Doctrinas filosóficas relativas a la tutela del derecho a la salud

Existen diferentes teorías desde el ámbito filosófico que pueden incidir en la determinación constitucional y tutela del derecho a la salud, verbigracia, las Libertarias; para las cuales, “El único sistema justo de protección de la salud es el que deriva del mercado. Las demandas de asistencia sanitaria no son demandas de justicia y sólo pueden ser satisfechas, en su caso, mediante la caridad” (Escobar, p. 1095) Así, el Estado se limitaría a regular la atención sanitaria desde la perspectiva del libre mercado, lo cual impediría el acceso a quien no tiene los recursos monetarios suficientes.

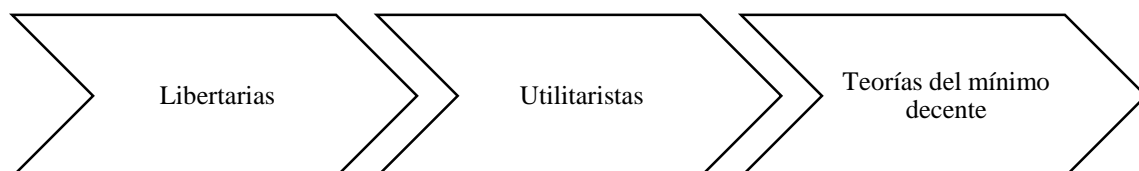
Por su lado, las Utilitaristas, buscan la racionalización del gasto y por ende se limitan a ciertos criterios de justicia sanitaria, esto derivaría en una “(...) preferencia a aquellos pacientes con mayor capacidad de mejorar su salud (...) no a los más enfermos ni necesitados. (...) el método lleva al resultado de ayudar al mayor número de los menos necesitados en perjuicio del menor (...). (Ibídem, p. 1095) En tal caso, el estado prioriza

su obligación prestacional para ciertos espectros del ámbito de salud, los cuales le resultan más fácil de atender en términos logísticos, económicos, sociales, políticos; y, por ende, a través de dar atención sanitaria a individuos con una cierta patología quienes no necesariamente serían quienes más prescindían de la atención estatal, el ente gubernamental busca legitimar el cumplimiento de su obligación de tutelar el derecho al acceso a la salud,

En cambio, dentro de las teorías del mínimo decente se concibe que el estado busque formar un sistema sanitario integral que cubra un porcentaje básico de atención, y así, brinde las condiciones de salud que permitan a los titulares del derecho a la salud.

Daniels llega a proponer un amplio catálogo de necesidades objetivas de salud (servicios médicos preventivos, curativos y rehabilitadores y servicios personales y sociales no médicos), que debe concretarse en los casos particulares a partir de un concepto ampliado de justa igualdad de oportunidades. Dentro de los recursos económicos y nivel tecnológico disponibles, el Estado deberá atender las necesidades conectadas a la protección equitativa de la igualdad de oportunidades para conquistar los proyectos individuales en las distintas etapas de la vida. (Citado en Escobar, 2012, p. 1096)

Ilustración 1. 5. Doctrinas filosóficas relativas a la tutela del derecho a la salud



Fuente: Escobar (2012)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.6.2 Fundamentos de la tutela del derecho al acceso a la salud

El derecho a la salud fue expuesto por primera vez por Aristóteles alrededor de 330 a.C. "La salud del cuerpo y la mente es tan fundamental para la buena vida, que, si los hombres tienen algún derecho personal como seres humanos, tienen un derecho moral absoluto a una medida de salud tan buena como la sociedad (...)" (Seham & Holloman, p. 1) La OMS señala: "La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (Citado en Escobar, 2012, p. 1091)

De tal manera, la salud más que un derecho, es un bien jurídico-constitucional que viene encaminado por una serie de acciones para su protección. En tal caso, la salud se vuelve un objeto del derecho a la salud, es decir, la realización de la prerrogativa puede basarse en expectativas y concepciones heterogéneas de sus titulares, como resultado aspectos como los culturales, económicos, sociales e históricos intersecan la noción de este derecho, por ejemplo, Escobar (2012) indica "ausencia de enfermedades, dolor y sufrimiento y, positivamente, con la esperanza de vida y con la autonomía personal" (p. 1092) en conjunto con las obligaciones del Estado relativas a su tutela.

Squella, Leary, Tomasevsky, Roemer, Den Exeter & Hermans, Giesen, entre otros, sostienen que hablar de un "derecho a la salud" a secas sería inadecuado porque eso implicaría un derecho a estar sano, lo que sería ridículo. Un derecho a la salud en términos literales sería irrealizable porque muchos factores que amenazan la salud escapan al control humano, como la herencia genética o el medio ambiente. Además es necesario considerar las intervenciones del propio individuo en su salud. Por ello, ni el Estado ni las personas serían capaces de asegurar un específico estado de salud. Vivanco agrega que existen aspectos de la

salud que dependen exclusivamente del individuo; además, la salud posee una relación directa con los recursos disponibles, tanto de parte de los individuos como de la sociedad, de modo que un bienestar total no puede ser asegurado por el Estado. (Citado en Figueroa, 2013, p. 285)

A partir de Leenen, se distinguen dos variantes del derecho a la salud; el derecho a la protección de salud y el derecho al cuidado de salud, “(...) se puede advertir una diferencia entre cuidado y protección. Cuidado tiene que ver con distribución de recursos, la que debe ser equitativa. En cambio, protección apunta a un ámbito más amplio de influencia y control.” (Citado en Figueroa, 2013, p. 286)

Como han señalado Shue y Eide, en todo derecho fundamental es posible distinguir un triple esquema de obligaciones primarias, secundarias y terciarias. A nivel primario, el Estado tiene una obligación negativa de respetar el derecho. A nivel secundario, el Estado posee obligaciones positivas de proteger el derecho. Finalmente, a nivel terciario, el Estado tiene una serie de obligaciones positivas de hacer cumplir o satisfacer el derecho. (Citado en Figueroa, 2013, 288 - 289)

En lo que respecta a Carbonell (2013), concibe al derecho a la salud, o a su protección, como uno de los imperativos fundamentales dentro de la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales; sobre el cual, se determinan las posiciones jurídicas en la órbita de los particulares y el Estado: el uno como agente protector y los otros como titulares del derecho. El autor además hace hincapié en que las obligaciones positivas que le corresponden cumplir al estado, las que van más allá de un carácter prestacional, hacia la creación de medidas para asegurar el acceso a la asistencia médica. Consecuentemente, Escobar (2012) distingue la salud individual y pública

La protección de la salud individual abarca el conjunto de acciones dirigidas a tutelar la salud (esto es, conservar la vida, favorecer la autonomía y eliminar o paliar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento) de personas concretas en casos concretos, normalmente a solicitud de éstas. Los dos componentes típicos del contenido del derecho, entendido en este sentido, son la asistencia sanitaria y, como prolongación de ésta, el derecho al medicamento. La protección de la salud pública (también llamada colectiva) abarca el conjunto de acciones (en su mayoría preventivas), dirigidas igualmente a tutelar la salud, en el sentido antes indicado, pero al margen o con independencia de la situación concreta de personas concretas (art. 1 LGSP). (...) la determinación de las acciones que integran esta forma de protección es más difusa. (p. 1093)

En tal sentido, Escobar (2012) resalta que, la salud individual configura el contenido subjetivo y la protección de la salud pública el objetivo de la misma, como derecho fundamental. Aun así, “hay excepciones o supuestos de confluencia (acciones en defensa de la salud pública que forman parte del contenido del derecho a la salud.” (Ibídem, p. 1094)

Por ende, el derecho a la salud incluye, la posibilidad de reaccionar jurídicamente frente a los ataques contra la salud individual y colectiva. Desde el punto de vista del derecho fundamental no es necesario que todas estas reacciones sean de naturaleza judicial ni que queden a disposición directa de los titulares del derecho. Al menos, los daños directos contra la salud de personas concretas (que normalmente también afectan al derecho a la integridad) deben ser castigados y reparados mediante acciones que los afectados puedan entablar ante los tribunales, y así sucede. (Escobar, 2012)

1.8.6.3 Instrumentos internacionales de Derechos Humanos

“La existencia de un derecho humano a la salud es clara para el Derecho internacional universal.” (Escobar, 2012, p. 1096) La Declaración Universal de Derechos Humanos asevera: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud (...)" (artículo 25). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 reconoce: "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y las "medidas que deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". (ONU, CDESC, 2000) Guerrero, (2010) enseña que:

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) plantea que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud. (p. 250)

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, recoge el derecho a la salud en el artículo 5, letra e), N° iv:

“En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: iv) El derecho a la salud pública, la asistencia

médica, la seguridad social y los servicios sociales; (Citado en Figueroa, 2013, p. 296)

Entonces, el derecho a la salud no solo comprende el sentirse sano, sino una gama de derechos y libertades; ejemplo, el individuo es libre de tener un control autónomo de la salud y el cuerpo, así como el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. (ONU, CDESC; 2000) Así, el Pacto permite a los estados establecer medidas restrictivas para otros derechos con el fin de dar protección a particulares en el contexto de la salud pública (artículo 4), por ende, “Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión” (ONU, CDESC; 2000, p.8)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) se ha referido a la calidad de la atención en salud. En su Observación General N° 14, sección 12, letra d) señala:

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

D). Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

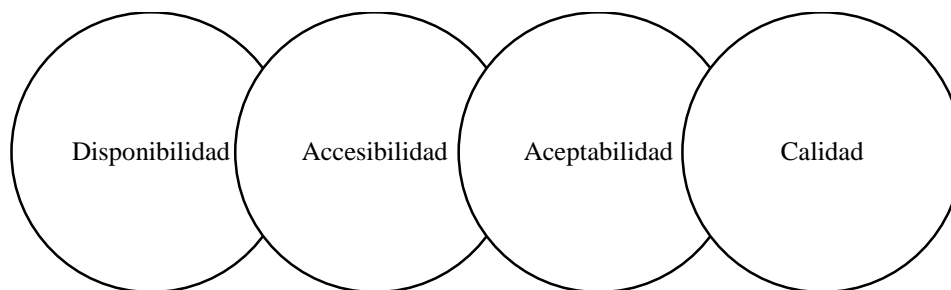
Así tenemos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, como condiciones esenciales interrelacionadas al derecho a la salud; las cuales, se conjugan con la obligación del estado de garantizar que los medicamentos estén disponibles, sean accesibles, culturalmente aceptables y de buena calidad. (ONU, CDESC, 2000). En cuanto a la accesibilidad, esta comprende cuatro dimensiones:

Primero, los medicamentos deben ser accesibles en todas partes del país (por ejemplo, tanto en áreas rurales alejadas como en los centros urbanos) (...) Segundo, los medicamentos deben ser económicamente accesibles (asequibles) para todos, incluyendo a las personas viviendo en situación de pobreza. (...) un Estado tendrá que revisar los aranceles de importación y otros impuestos sobre los medicamentos si es que éstos ayudan a alejar los medicamentos del alcance de los pobres. Tercero, los medicamentos deben ser accesibles sin discriminación basada en argumentos prohibidos, tales como sexo, raza, etnia y situación socio-económica. (...) Cuarto, los pacientes y profesionales de la salud deben tener acceso a información confiable sobre medicamentos para poder tomar decisiones bien informados y utilizar medicamentos de manera segura. (Hunt & Khosla, 2008, p. 105).

En tal virtud, los medicamentos deben: estar disponibles en cantidades suficientes para cubrir la demanda existente; ser accesibles independientemente de las condiciones geográficas, económicas, discriminatorias y bajo parámetros de información; ser aceptados culturalmente, de manera que sean respetuosos de la ética médica; y, contar con un aceptable nivel de calidad para asegurar su seguridad y efectividad. (Hunt & Khosla, 2008)

En consecuencia, los estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir las citadas condiciones; produciéndose la violación de las mismas en los siguientes casos: La obligación de respetar se contraviene cuando “la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud” (ONU, CDESC, 2000, p.14); acerca de la protección, la transgresión comprende “que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros.” (ONU, CDESC, 2000, p.14); por último, los quebrantamientos del deber de cumplir, “se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud” (ONU, CDESC, 2000, p.14)

Ilustración 1. 6. Elementos esenciales interrelacionados al derecho a la salud en todas sus formas y niveles.



Fuente: CDESC (2000)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.6.4 Constitución de la República

La naturaleza del derecho a la salud y su tutela, se puede comprender, en tanto y cuanto se observe cual es la naturaleza de los derechos en un Estado Constitucional de Derechos y Justicia. En ese marco, Ávila (2012) destaca:

La Constitución del 2008 asume que las funciones normativas, políticas y jurisdiccionales son garantías para viabilizar, promover y respetar el ejercicio de derechos de las personas. En este sentido, las garantías incluso dejan de ser un solo capítulo de la Constitución, sino que se extienden a todo el texto constitucional. Las garantías son, según la Constitución, de tres clases: las normativas, por las que todo ente público con facultades normativas, tiene el deber de respetar y de desarrollar los derechos de la parte dogmática, las garantías de políticas públicas, servicios públicos y participación ciudadana, por las que se debe a través de éstas también garantizar derechos y a través de la participación, y las garantías jurisdiccionales, que son los mecanismos a través de los jueces para proteger integralmente los derechos. (p. 8)

A partir de Carbonell, (2013) se comprende que la protección de la salud se ve resuelta por el desarrollo de sistemas sanitarios y asistencias, esto representa una ardua y crucial tarea para el Estado en términos políticos y económicos; presuponiendo una de las bases fundamentales para el estado de bienestar, o lo que nuestra Constitución concibe, “sumak kawsay” o “buen vivir”. En tal sentido la salud es un bien individual, cada sujeto puede denotar efectos en este bien jurídico en su organismo; no obstante, en la dimensión de la consciencia colectiva o social existen factores que obligan al estado formular sistemas sanitarios a través de políticas públicas que garanticen la accesibilidad del derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental

La CRE (2008) determina las responsabilidades constitucionales del estado ecuatoriano, concernientes al derecho a la salud, de entre las cuales se destacan: “Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional (...) En el acceso a medicamentos,

los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.” (Art. 363.7, tít. VII, sec. II) Además, el Estado debe universalizar la atención de salud y garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa; en ese marco, la CRE (2008) señala que la atención de salud se deberá prestar a través de entidades: “estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias.” (Art. 362, tít. VII, sec. II)

Aquello da connotación de una visión integral de salud desde la interculturalidad, bajo el enfoque del Estado Constitucional de Derechos y Justicia, donde el derecho a la salud y al acceso al medicamento son condiciones instrumentales fundamentales para la realización de cada persona, elevados al carácter de derechos humanos e imbuidos en un contexto económico, social y cultural; específico y propio de sus titulares. Lo cual permite vislumbrar la existencia de esferas del derecho a la salud, donde se involucran la gestión individual o colectiva de este, a partir de convicciones no necesariamente acordes con la medicina ortodoxa, en reconocimiento a la diversidad social y cultural y amparo de otros derechos conexos; tales como: proyecto de vida, integridad personal, dignidad humana, buen vivir, libre desarrollo de la personalidad y autonomía de la voluntad del paciente. (Ávila, 2012)

De ahí que el tema de salud, se haya enmarcado en el régimen del buen vivir establecido en la CRE de la siguiente forma:

El ámbito de salud (Arts. 358-366) es un subsistema del nacional, que tiene las siguientes normas y principios:

La finalidad es desarrollar, proteger y recuperar las capacidades y potencialidades para la vida saludable e integral.

La salud debe tener un enfoque individual y colectivo, la diversidad social y cultural, de género e intergeneracional.

El sistema debe guiarse por los principios generales y además por los de bioética, suficiencia e intercultural.

Comprende instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud.

Abarca todas las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención y atención integral.

Promueve la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Debe articularse, coordinadamente, en red pública integral de salud.

El estado ejercer la rectoría de las políticas públicas.

La atención de salud debe ser un servicio público brindado por instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Los servicios públicos serán universales, gratuitos, seguros, cálidos y con calidad.

El estado es responsable de formular políticas públicas, universalizar la atención, mejorar y ampliar la cobertura, fortalecer los servicios estatales, garantizar prácticas de salud ancestral y alternativa, brindar cuidado especializado a grupos de atención prioritaria, asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva, asegurar salud integral de mujeres, garantizar disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, desarrollar programas para prevenir y controlar adicciones, no criminalizar a las personas consumidoras.

El estado debe financiar de forma oportuna, regular y suficiente la promoción y protección del derecho a la salud. La norma que establece el derecho a la salud debe ser leído en conjunto con lo establecido en el Régimen del Buen Vivir. (Ávila, 2012, p. 18)

1.8.7 EL ACCESO A LA SALUD A TRAVÉS DE ENTIDADES AUTÓNOMAS, COMUNITARIAS Y DE MEDICINA ALTERNATIVA

La CRE en su artículo 362 ha consagrado a las entidades autónomas, comunitarias y de medicina alterativa; como sendas por medio de las cuales se puede acceder a la atención sanitaria. Asimismo, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOS), establece: El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes. (Art. 2, Cap. I) En tal virtud, las entidades u organismos autónomos y, o de derecho privado, que integran el Sistema Nacional de Salud, conservarán su autonomía administrativa, técnica, funcional y financiera y sus recursos no formarán parte de los fondos de financiamiento del Sistema Nacional de Salud. Aquello va directamente relacionado con el principio de universalidad, debido a que:

la universalidad del derecho a la salud se refiere a su contenido constitucional, lo que implica, ante todo, asistencia sanitaria suministrada o garantizada por el Estado, resultando legítima la existencia de regímenes diferenciados de prestación (inclusive privados), siempre que

para todas las personas se respete dicho contenido constitucional.
(Escobar, 2012, p. 1112)

En cuanto a las autónomas, pueden ser entendidas de la siguiente manera, Sánchez & Caballero (2003):

El termino autonomía, de autos por sí mismo y nomos, ley, consiste en la facultad que una persona tiene de darse sus propias normas, sea un individuo, una comunidad o un órgano del Estado. Cuando se utiliza este concepto en el derecho público, sirve para designar la “potestad que dentro del Estado pueden gozar municipios, provincias, regiones u otras entidades de él, para regir intereses peculiares de su vida interior, mediante normas y órganos de gobiernos propios.

En este sentido, Cárdenas Gracia afirma correctamente que la realidad impone nuevos órganos capaces de disminuir la ascendencia de algunos de los poderes clásicos, pero también de restringir y sujetar al derecho a los otros “poderes” sociales, políticos y económicos: partidos, iglesias, medios de comunicación, grupos empresariales nacionales y trasnacionales. (p. 2)

En tal virtud, la idea que constitucionalmente se ha previsto al establecer en nuestra constitución las entidades autónomas y comunitarias, como opciones por medio de las cuales el individuo accede a la atención sanitaria, compagina con el postulado en el que se cita a Cárdenas; ya que, la capacidad normarse a sí mismo (individuo o comunidad) está dada con el fin universalizar y generar una equidad en el sistema de salud para que de manera regulada los individuos puedan formar entidades; desde su individualidad o en conjunto con otros sujetos, las cuales atiendan sus necesidades sanitarias, en sujeción

a las particularidades de su contexto cultural, social y económico. Así, pues, en cuanto al ámbito comunitario:

La Participación comunitaria en salud es un asunto que tiene larga data. Desde el año 1978 la comunidad internacional se congregó para lo que sería conocido como la Conferencia de Alma Ata, que marca un hito en materia de salud, no sólo porque le otorga a la Atención Primaria un papel fundamental en las políticas sanitarias de los países, sino también porque plantea la necesidad de abrir la salud a la comunidad, para lograr una participación efectiva. De acuerdo a la Declaración de Alma Ata, en 1995 la Organización Mundial de la Salud propone un cuádruple objetivo para la Atención Primaria, que tiene que ver con fortalecerla y resguardar el ámbito promocional de la salud. Por otra parte, también plantea “capacitar a la gente para participar en la gestión de los sistemas sanitarios y otros sistemas afines, ejerciendo un control sobre ellos, y asegurar que se satisfagan para todos los requisitos previos fundamentales de la salud y que todos tengan acceso a la asistencia sanitaria.” (OMS, 1995: 4) (Citado en Ruíz, 2007, (p. 30)

Asimismo, Ávila (2012) indica:

La salud, en este modelo, es siempre comunitaria y el saber de la salud está en todos los miembros y se transmite de forma espontánea. No hay que ir a una universidad para saber cómo alimentarse y qué agua medicinal tomar. El individuo que experimenta dolor lo hace en un contexto histórico y social. No se puede, por ejemplo, dejar de lado la historia de vida, la relación comunitaria, el espacio físico, la condición de

la naturaleza, la organización social, las formas de subsistencia, los hábitos y, en suma, la cultura. (p. 14)

Además, es deber del estado: “Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.” (Artículo 363.4, CRE, 2008) “El uso de la medicina alternativa hoy en día está muy extendido; ya no es patrimonio de sociedades con historia cultural (...)” (Peña & Paco, 2007, p. 87) Valtueña (2003) señala el concepto de la OMS, sobre medicina tradicional:

(...) es el conjunto de prácticas, métodos, conocimientos y creencias en materia de salud que implican el uso con fines médicos de plantas, partes de animales o minerales, terapias espirituales y técnicas y ejercicios manuales aplicados para tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades o preservar la salud. (p. 62)

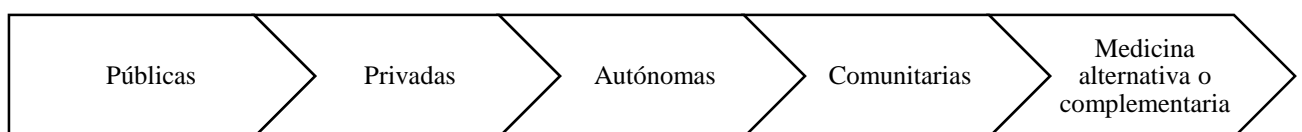
En tal contexto, se debe distinguir que existen escenarios donde “La salud, como todo derecho fundamental, no tiene costo y debe ser accesible a cualquier persona. No está condicionada a tener dinero o a la existencia de médicos profesionales.” (Ávila, 2012, p. De ahí que: “Hay quienes creen que la medicina alternativa puede ser la solución frente al creciente encarecimiento de la medicina occidental.” (Peña & Paco, 2007, p. 88) indican:

(...) el fondo teórico de las medicinas alternativas, (...) es muy distinto al que acepta la ciencia. En el caso específico de las ciencias biológicas, y por extensión de toda técnica que se fundamenta en ellas, su fondo teórico asume una ontología francamente naturalista, naturalista porque se ocupa de organismos, no de entes etéreos sin materia conocida. Otro componente es su

metodología; la ‘medicina occidental’ asume el método científico al realizar sus investigaciones; este método ayuda en su cometido de encontrar leyes, hechos comunes, generales, claramente extrapolables; por ello, desconfiamos de la anécdota, el relato o el ‘testimonio’ (muy usado en la medicina tradicional).
(Peña & Paco, 2007, p. 92)

Es así como, se puede observar que la naturaleza constitucional de las entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, tienen como componente esencial el limitar otros poderes que fluctúan en el área de salud; y permitir que las personas; como titulares innatos del derecho a la salud, establezcan vías no convencionales para ejercer prácticas relacionadas a la salud. Por ejemplo, personas que cultivan sus propios alimentos, preparan su propia medicina con vegetales o plantas; o a su vez, comunidades que se congregan para realizar ceremonias de sanación tradicionales, etc. El estado debe proteger este tipo de prácticas por mandato constitucional y su incidencia en las mismas, debe limitarse a la protección de otros derechos y de los bienes públicos.

Ilustración 1. 7. Entidades de atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud



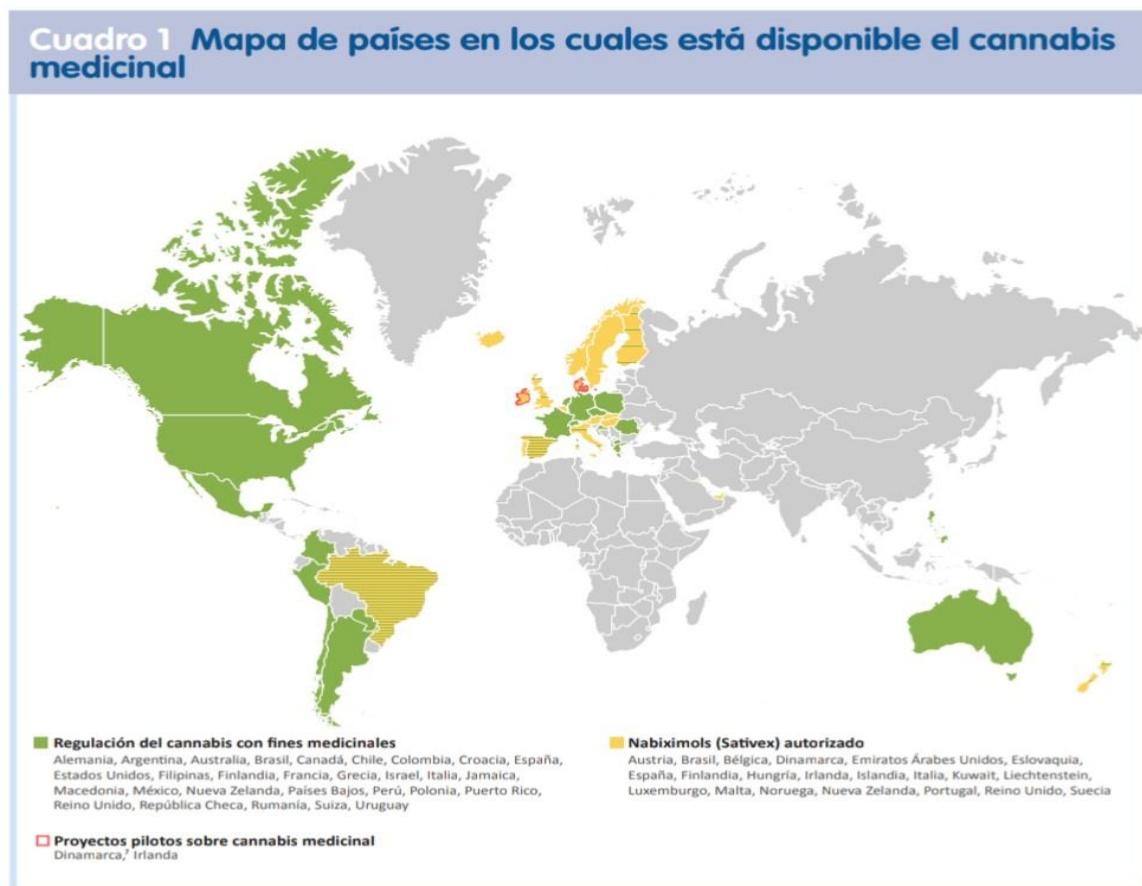
Fuente: LOS (2006)

Elaborado por: Mora (2018)

1.8.6 LA REGULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE CANNABIS TERAPÉUTICO EN LA LEGISLACIÓN COMPARADA

En el ámbito comparado, Canadá y Estados Unidos (29 estados), llevan la posta como los pioneros en la industria de la medicina cannábica. En Latinoamérica, países como Brasil, Bolivia, Perú, Chile, Uruguay y Argentina poseen normativa que regula la autorización de importar productos como el Sativex o Marinol, u otros fármacos disponibles en el mercado extranjero que contengan derivados sintéticos o naturales de la planta; cuyo acceso puede ser complicado debido a los trámites para la autorización de importación y los precios, que pueden resultar altos, considerando la dosis necesaria y el nivel socio económico de cada paciente (Aguilar et al, 2018).

Ilustración 1. 8. El cannabis medicinal en el mundo



Fuente: Aguilar et al (2018)

1.8.6.1 Argentina

El caso argentino sobresale al notarse ciertas dificultades relacionadas al acceso a la medicina a base de cannabis. Aquello, se ve reflejado en las sentencias de los Juzgados Federales argentinos de Salta y Viedma, donde a través de un amparo, se autorizó a familiares directos de niños con Neurofibromatosis y Síndrome de Tourette, respectivamente, realizar el cultivo domiciliario de una definida cantidad de plantas exclusivamente para uso medicinal; esto debido a que los accionantes demostraron que la sintomatología relacionada a sus patologías, no se remediaba con la medicación importada, ya que precisan consumir aceites provenientes de distintas de cepas para no generar un efecto de acostumbramiento. En tal sentido, los magistrados basaron su criterio en el artículo 19 de la Constitución Nacional:

“(…) la autorización para cultivar cannabis en su domicilio particular se solicita con el exclusivo fin de producir la única medicación que le calma los dolores al niño, la situación encuadraría dentro de aquellas conductas o acciones privadas que la Constitución ha querido proteger y garantizar dejándola exentas de la autoridad de los magistrados en virtud de que permanecen en el ámbito privado y no afectan los derechos de terceros” (Unknown & otro v. Estado Nacional, 2018, p. 15)

(…) existe un espacio dominado por la autonomía personal que por imperativo constitucional queda a resguardo de toda persecución de la ley penal por parte del Estado. (...) precisamente considerando que “...la situación encuadraría dentro de aquellas conductas o acciones privadas que la Constitución ha querido proteger y garantizar dejándolas exentas de la autoridad de los magistrados en virtud de que permanecen en el ámbito privado y no afectan los derechos de terceros”. (...) asumo que

las particularidades del supuesto en análisis dan cuenta de que la pretensión de autocultivo, basado en la falta de operatividad, de momento, en la ley 27.350 está fincada en un estricto uso medicinal, destino que impone poner en balance el derecho a la salud de un menor de edad portador de una enfermedad incapacitante y sujeto de una preferente tutela constitucional (...) (Navarro & otro v. Estado Nacional, p. 16)

Ilustración 1. 9. El cannabis medicinal en Argentina

Argentina	Ley	Ley 27,350 Investigación Médica y Científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados ⁹⁹
	Fecha	19 de abril de 2017
	Generalidades	Permite la investigación médica y científica
	Producción	Importación hasta que el Estado esté en condiciones de generar industria propia, permisos especiales para auto-cultivo (pero debe ser inscrito en el Registro Nacional Voluntario)
	Producto	Fármacos y aceites
	Contenido/Potencia	Próxima a emitirse su regulación
	Restricciones	Restricción de toda actividad relacionada con el consumo de cannabis sin autorización por parte del Estado
	Puntos de venta	No especificado
	Requisitos	El médico determina que el medicamento es el adecuado y entrega una prescripción médica
	Prohibición/Sanción	Prisión de 3 a 6 años para quien suministre cantidades no coincidentes con receta médicas; sanciones administrativas
	Agencia regulatoria	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria
	Otros	Obliga la creación de un programa que determine las reglas

Fuente: Aguilar et al (2018)

1.8.6.2 Uruguay

Del otro lado, Uruguay; además de la importación previo receta especial y autorización de la Autoridad Sanitaria, ha regulado el acceso a través de autocultivo, clubes cannábicos o compra en farmacias bajo supervisión del Instituto de Regulación y de

Control del Cannabis bajo el Decreto 46-01513 y la Ley 19172137. Aun así, Aguilar et al (2018) señalan:

(...) el sistema de regulación de cannabis para uso terapéutico continúa enfrentándose a varios desafíos, entre ellos el hecho de que el Ministerio de Salud Pública no autoriza la venta doméstica de cannabis medicinal. Por lo tanto, los pacientes que desean acceder a cannabis medicinal solo pueden comprarlo dentro del sistema creado para usos recreativos (es decir, producirlo ellos mismo, o acceder a/comprar un producto que no haya pasado por todas las pruebas científicas necesarias para un medicamento) (p. 7)

Ilustración 1. 10. El cannabis medicinal en Uruguay

Uruguay	Ley	Artículo 5 de la Ley 19172 ¹³⁷ y Decreto 46-015 ¹³⁸
	Fecha	7 de enero de 2014
	Generalidades	Autoriza el uso de cannabis para fines científicos y médicos, industrialización para uso farmacéutico
	Producción	A través de licencias por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis para fines de investigación o utilidades farmacéuticas. Se permite el auto-cultivo
	Producto	Todo medicamento simple o compuesto con base en cannabis con propiedades terapéuticas y especialidades vegetales
	Contenido/Potencia	THC inferior o igual al 9%, CBD superior o igual al 3%
	Restricciones	Máximo 40gr mensuales. Se prohíbe toda forma de publicidad directa o indirecta, promoción o auspicio en cualquier medio
	Puntos de venta	Expendios y farmacias, o a través del sistema recreativo (auto-cultivo y clubes sociales)
	Requisitos	Receta médica que indique cantidad y tipo de producto y forma de administrar Para Sativex o Marinol: receta naranja (prescripción más restringida) y autorización del Ministerio de Salud Pública para importar el producto desde el extranjero
	Prohibición/Sanción	Apercibimiento, multas, sanciones administrativas y posibles delitos
Agencia regulatoria	Instituto de Regulación y Control del Cannabis	
Otros	Precio aproximado: \$1.17 centavos (precio definido por la IRCA \$1.10 dólares).	

Fuente: Aguilar et al (2018)

1.8.6.2 Chile

En Chile, según el Decreto 84 del Instituto de Salud Pública, se puede acceder al cannabis a través de una prescripción médica; la cual además sirve como justificación ante un tribunal, esto dado que la medicación no está disponible en farmacias. En consecuencia, se ha descriminalizado el cultivo personal y en clubes colectivos regulados por la ley referente a la participación ciudadana sin fines de lucro. La importación excepcionalmente se puede autorizar mediante solicitud ante las autoridades sanitarias como la Agencia Nacional del Medicamento (ANAMED), sumado a esto, existen proyectos como el de la Fundación Daya que brindan asesoría a los pacientes y participa en proyectos de investigación que procuran desarrollar un fitofármaco económicamente accesible. (Aguilar et al, 2018)

En tal cuestión, Los criterios jurisprudenciales de la Corte Suprema Chilena se enmarcan en la materia penal, Fierro (2017) indica:

El objetivo de penar especialmente un acto preparatorio como el cultivo no autorizado de cannabis es, precisamente, combatir más eficazmente el comercio ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Ello, pues una difusión incontrolada de estas sustancias afecta la salud pública, lo que amerita anticipar la sanción penal a etapas anteriores a la comercialización de la droga.

En los tres casos decididos por la Corte se determinó que las plantas no estaban destinadas a su comercialización o distribución a terceros, sino al consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo de los acusados, de modo que la figura de cultivo ilegal no resultaba aplicable, al no visualizarse una cierta aptitud o posibilidad de que la conducta pudiera mínimamente contribuir a la propagación, puesta a disposición o

facilitación más o menos generalizada de las sustancias entre un número indeterminado de consumidores finales (p. 44)

(...) cuando el cultivo lo realizan varias personas plenamente identificadas y determinadas para consumir en un futuro próximo, no hay afectación al bien jurídico salud colectiva. De esta forma, la Corte ha dejado claro que el cultivo afecta la salud pública cuando existan elementos de juicio de que la cannabis incautada iba a ser distribuida a personas indeterminadas, a un segmento de la población que no son los que cultivan y que son receptores finales de la sustancia y que, como consumidores, puedan ver afectada su salud individual. (p. 45)

Para finalizar el análisis del contexto comparado, cabe decir que cada régimen contempla sanciones administrativas y penales en caso de incumplir la normatividad. (Aguilar et al, 2018) En ese contexto, se recomienda:

Toda medida legislativa deberá incluir la regulación doméstica de la producción y no limitarse a la importación de productos. Asimismo, los regímenes regulatorios resultantes deberán contemplar todas las medidas necesarias para promover la integración de los cultivadores existentes y, en la medida de lo posible, hacerlo en igualdad de condiciones o favoreciéndolos frente a los nuevos licenciatarios y/o la industria extranjera de gran capital. (Aguilar et al, 2018, p. 12)

Ilustración 1. 11. El cannabis medicinal en Chile

Chile

Ley	Ley 20,000 ¹⁰⁵ , Decreto 84 ¹⁰⁶
Fecha	7 de diciembre de 2015
Generalidades	Permite el uso terapéutico de cannabis durante un corto período de tiempo. Regulaciones especiales establecidas para otorgar licencias, para control y supervisión para el cultivo industrial y comercial, así como para la investigación científica o la elaboración de fitofármacos que contengan THC
Producción	El autocultivo está descriminalizado, los registros de productos farmacéuticos de cannabis, los clubes de cultivo colectivo y la producción industrial están autorizados para el uso medicinal y la investigación científica.
Producto	Flores, resinas, extractos, tinturas, aceites y cremas
Contenido/Potencia	Queda a disposición del Estado autorizar cannabis independientemente de los niveles de THC
Restricciones	No se recomienda su uso por menores, pero el acceso está permitido siempre que el cannabis no se fume y esto requiere un diagnóstico de un médico
Puntos de venta	Acceso a través del cultivo para uso personal y cultivo colectivo. No hay un número máximo establecido de plantas. La prescripción médica indica el consumo diario en gramos y tiene que justificar el uso medicinal
Requisitos	Receta médica retenida con control de existencia
Prohibición/Sanción	Sanciones administrativas y penales en caso de incumplir la normatividad
Agencia regulatoria	SENDA
Otros	

Fuente: Aguilar et al (2018)

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 Metodología de investigación

La investigación se desarrolló desde un paradigma crítico propositivo porque se partió de la teoría y normativa existente para realizar una reflexión, comprensión, interpretación y explicación de la realidad del fenómeno jurídico entorno de la producción de cannabis con fines terapéuticos y su incidencia en la tutela del derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa. El enfoque investigativo fue el cualitativo debido a que se identifica la naturaleza del fenómeno de estudio, sus realidades, su sistema de relaciones y estructura dinámica; obteniéndose datos que no son posibles de cuantificar. El alcance es de carácter exploratorio, habiéndose examinado e integrado en un marco teórico varias aristas sobre un tema poco estudiado. La modalidad empleada fue la bibliográfica-documental, dado que se realizó un análisis crítico de la información contenida en fuentes primarias como convenciones internacionales, cuerpos jurídicos nacionales e internacionales y sentencias; al igual que de fuentes secundarias como libros, revistas, artículos científicos, documentos confiables de internet, tesis de maestría y doctorado relacionados con el objeto de la investigación.

En adición, la modalidad de trabajo de campo realizado fue aplicada mediante entrevistas efectuadas a expertos en materia de derecho constitucional, política pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicina alternativa y personas

consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares; de lo cual se pudo determinar varios criterios referentes a la producción de Cannabis con fines terapéuticos y la tutela del derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa desde la doctrina y la práctica.

2.1.1 Método General

El método general aplicado fue el Analítico – Sintético, mediante el cual se desarrolló un proceso de estudio de la fragmentación teórico-normativa de la temática; profundizando en los semblantes jurídicos, propiedades del cannabis y sus usos terapéuticos, así como en el fundamento jurídico de la tutela del derecho al acceso a la salud y la atención sanitaria a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa; mediante un examen de la normativa, doctrina y jurisprudencia, nacional e internacional. A partir de los datos obtenidos se elaboró una síntesis de las interconexiones del proceso de análisis y los resultados de la investigación, habiéndose obtenido información actualizada sobre la problemática de acuerdo a la realidad jurídica ecuatoriana.

2.1.2 Método Específico

El método específico empleado fue el de derecho comparado, el cual permitió fundamentar, interpretar, determinar y cuestionar normas jurídicas, criterios legales y argumentos científicos respecto de la producción de Cannabis con fines terapéuticos y la tutela del derecho al acceso a la salud por medio de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

Asimismo, el método se usó para sistematizar la normativa internacional e interna vigente con respecto de la producción de cannabis con fines terapéuticos e inspeccionar la legislación de diferentes países, para identificar los aspectos regulados en los estados

que han desarrollado cuerpos legales relacionados al objeto de estudio. Mediante la revisión doctrinaria se plantearon las bases teóricas sobre la tutela del derecho al acceso a la salud.

2.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la aplicación de la técnica de la entrevista se empleó un cuestionario semiestructurado el cual fue desarrollado por expertos conocedores de los diferentes temas relacionados al objeto de investigación que fueron identificados a través de un muestreo no probabilístico intencional. Con lo cual se efectuó un diagnóstico del contexto socio jurídico de la producción de Cannabis con fines terapéuticos y la tutela del derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa.

2.1.4 Población y muestra

Para la realización del presente trabajo se realizaron entrevistas a expertos en materia de derecho constitucional, política pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicina alternativa y personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares, habiéndose aplicado un muestreo no probabilístico intencional.

Debido a que no existe una base de datos por medio de la cual se pueda verificar la población de cada segmento seleccionado, resulta oportuno resaltar que el universo es menor a treinta unidades, por lo cual no es necesario aplicar una fórmula estadística para determinar la muestra. Es por esto motivo que se aplicó la técnica de la entrevista.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Presentación de Resultados

3.1.1 Entrevistas dirigidas a expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas

Tabla 3.1. Expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas

	ENTREVISTADO	INFORMACIÓN
ENTREVISTA1	Dr. Jorge Paladines	Rechtswissenschaftler Universität Bremen Miembro del Colectivo de Estudios Drogas y Derechos (CEDD) y del Grupo sobre Política de Drogas de la Fundación Friedrich Ebert.
ENTREVISTA 2	Dr. Efrén Guerrero	Sub-decano Facultad Jurisprudencia PUCE. Doctor en Gobierno y Administración Pública. Línea de Especialización: Interacciones Política Pública - Derechos Humanos.

ENTREVISTA 3	Lcdo. Gabriel Buitrón	Licenciado en Comunicación Social. Maestrante en Políticas Públicas para la Prevención Integral de Drogas – IAEN.
--------------	-----------------------	---

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mora (2018)

Tabla 3.2. Análisis de los resultados de entrevistas dirigidas a expertos en Política Pública sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas				
Preguntas	Jorge Paladines	Efrén Guerrero	Gabriel Buitrón	Análisis
¿Considera qué es social y económicamente rentable para el Estado tener una política abstencionista y punitiva con respecto al fenómeno de la siembra cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos?	Está sobre-diagnosticado que la prohibición conjuntamente con el sistema que ello implica (policía, ministerios de justicia, fiscales, jueces, cárceles) resultan costosos para el estado en términos sociales y económicos. Sin embargo, económicamente es más rentable para el estado la represión que mantener una prevención seria en materia de drogas ya que la segunda sería mucho más costosa monetariamente. La cárcel y represión en materia de drogas socialmente es más costoso que mantener políticas sociales, pero es más rentable políticamente, porque la sociedad tiene la necesidad de establecer esa institución. En materia de cannabis las políticas sociales son muchas, en el tema terapéutico implicarían una inversión del estado en construir investigación, tecnología, regulación de cadenas de producción es costoso en términos monetarios pero rentable en políticamente, en el Ecuador no se sabe cómo va a	Si, para el estado le sale carísimo, al tener doce verbos rectores en cuanto al tráfico de drogas se genera un espectro muy amplio que llega a invadir en la conducta de los usuarios de drogas, por ende, se debe considerar despenalizar el uso terapéutico de esta planta.	No es social ni económicamente rentable para el estado mantener una prohibición, en 1916 se da la primera ley de drogas en Ecuador relacionada al opio, a partir de ello se generan alrededor de 23 leyes que no han dado buenos resultados al país, los gastos son gigantescos desde la detención judicialización y encarcelamiento de los ciudadanos que representan costos sumamente onerosos para el Estado y es triste ver que este dinero no se invierta en prevención para menores de edad o reducción de riesgos y daños a personas que han decidido como adultos ser consumidoras. En el mundo aproximadamente hay 80 millones de personas que usan drogas representan un 10-12% de la población global y solamente el 8% realmente necesita rehabilitación o ayuda del estado por su situación con las drogas. Lo cual es una porción más pequeña de lo que imaginamos y estamos dando inmensos recursos económicos y humanos a la lucha contra las sustancias por más de 40 años desde que se plantea el paradigma de la guerra contra las drogas y ha dejado pésimos resultados no sólo para el país sino Latinoamérica,	Todos los expertos consideran que no es social ni económicamente rentable para el Estado tener políticas abstencionistas con respecto a la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos; ya que las mismas derivan en un desmedido e innecesario punitivismo. Además, instan a que se apliquen otras alternativas para regular este fenómeno, las cuales incluyen despenalizar el uso terapéutico del cannabis y explorar diferentes ámbitos dentro de la política social los cuales implican gran inversión económica, pero servirían para disminuir los costos sociales de la represión.

	<p>regar el Estado.</p>		<p>donde de las 50 ciudades más peligrosas del mundo están situadas 45 y la única guerra que se libra en este territorio es contra las drogas y la mayoría de muertes se da por la delincuencia que maneja las drogas, no por los usuarios ni por las propias drogas. No son las personas ni las drogas es el Estado debería tomar control de las sustancias para mejorar socialmente lo que se ha dado hasta el momento y cambiar la visión cerrada de tener números sobre incautación de sustancias creyendo que con eso y las detenciones se solucionan los problemas, sin existir alternativas de tratamiento.</p>	
<p>¿Qué problemas se generan en el ámbito social y jurídico cuando actividades como la siembra, cultivo y cosecha del cannabis con fines terapéuticos no cuentan con una regulación?</p>	<p>Por una parte, hay una autorización por la LOPFSED para regular lo que es el cannabis terapéutico que se encuentra conectado con los tratados internacionales de drogas. Francisco Thoumi, agrega que los fines medicinales o estudios científicos no debe tener una lectura a rajatabla, ya que no se reducen a una cuestión de monopolio de ciertas ciencias o de la medicina ortodoxa y genera privilegio de farmacéuticas a nivel internacional, en Europa por ejemplo el problema es que se</p>	<p>Falta de seguridad jurídica ya que la gente no sabe a qué atenerse.</p>	<p>Al momento ningún tipo de siembra de sustancias tiene una regulación adecuada en el país, se han hecho esfuerzos cambiando ciertas leyes, pero el sistema jurídico se enfoca en el control de precursores químicos por ser Ecuador un país de tránsito y proveedor de los mismos relacionados al lavado de activos, cosas que parecen estar muy alejadas de un paciente que necesita sembrar plantas para su medicina. Y al no tener regulación se tiende a pensar que las personas que tiene 3 o 4 plantas son los mismo que quienes pueden tener 200 hectáreas de siembra donde se puede extraer sustancias sujetas a</p>	<p>En materia legal el principal problema es la falta de seguridad jurídica, que deriva en la parte social en casos de violaciones de derechos constitucionales y criminalización de personas que usan el cannabis con fines terapéuticos. Dado que los sujetos no saben a qué reglas atenerse para realizar esta actividad y al tratarse de una sustancia desregulada y sujeta a fiscalización; su tenencia, posesión, siembra, cultivo o cosecha es concebida como delito <i>per se</i> por los agentes de control; provocando que en algunos casos no se compruebe la finalidad de</p>

	<p>disputan varios cupos para acceder a aceites importados que resultan caros como el Sativex.</p> <p>A pesar de que el COIP penaliza la siembra y cultivo con fines de tráfico me parece que no siempre se prueba eso a través del fiscal. Eso no quiere ser interpretado por los organismos de seguridad y puedan que toda siembra o cultivo es un delito per se.</p>		<p>fiscalización, eso no significa que se trabaje en derechos y haya posibilidad de defenderse, por lo menos existe vulneración al derecho de presunción de inocencia. El encarcelamiento por siembra de cannabis no es un fenómeno abundante, la dirección nacional de antinarcóticos no cuenta con cifras información acerca de incautaciones de plantas de cannabis, el enfoque ha ido más perseguir abiertamente a los consumidores sean terapéuticos o no. La ONU hizo un llamado para que lo que sea penado es el tráfico y no la tenencia. Eh visto casos de personas que compran sustancias para hacer medicina para ellos o sus familiares y en el tránsito han sido detenidos, la policía y sistema judicial al sobrepasar la dosis de consumo presumen que pueden ser traficantes. Los problemas principalmente están relacionados al encarcelamiento y violación de derechos constitucionales que no son tomados en cuenta en el momento de la detención, audiencia de flagrancia y juicio.</p>	<p>tráfico o comercialización por parte de fiscalía.</p>
<p>¿Deberían los Estados partes de las convenciones del régimen internacional de fiscalización de drogas considerar</p>	<p>El régimen internacional de drogas es más de seguridad que social y en ese contexto la OMS ha cumplido un rol marginal. En ese sentido no ha reconocido el cannabis medicinal, hay usos</p>	<p>Hay que tener claro que las recomendaciones de la OMS solo sirven como referencia para establecer el contenido del derecho y no obligaciones para los Estados. Estos deberían pensar en regular</p>	<p>Los estados no deberían considerar solamente regular el cannabidiol sino liberalizar la planta, no solamente una molécula. En base a que en relación a las otras sustancias que se encuentran</p>	<p>Se debe tener en claro que los criterios de la OMS son meramente referenciales y los estados no se encuentran obligados a enmendar las convenciones del régimen</p>

<p>enmendar y reclasificar el estatus del cannabis, en base a lo señalado por la OMS en cuanto al potencial terapéutico de uno de los principales componentes de la planta como es el cannabidiol (cbd)?</p>	<p>terapéuticos reconocidos y por reconocer. Además, existe la cuestión fitoterapéutica donde entra el autocultivo en relación con la cantidad que de sustancia requiere cada paciente. Hay otro debate entre el THC y CBD que no debería, existe un error de la medicina ortodoxa en considerar que el uno es droga y otro no.</p>	<p>estas cuestiones, pero tomando en cuenta aspectos de legislación interna. En el contexto latinoamericano va a ser más difícil que se den este tipo de regulaciones por varias cuestiones incluyendo que somos países productores de droga.</p>	<p>reguladas y dentro del libre mercado como alcohol y tabaco sin hablar de los psicofármacos que son más complejos se podría hacer un estudio comparativo desde la OMS desde la ONU en los países miembros que han ratificado los convenios sobre drogas, acerca del potencial adictivo, nivel de dependencia, letalidad y dosis sobre la planta en comparación con el alcohol y tabaco los resultados hablan por sí solos. Existe evidencia de que el potencial tóxico del cannabis es bajo, no habido una persona muerta por sobredosis en la historia de la humanidad, el nivel de dependencia y tolerancia que genera no es determinante en cuanto a la posibilidad de dependencia fisiológica. Se debería considerar que las personas puedan tener en sus jardines plantas tan útiles y versátiles en medicina y tratamiento con tan pocas posibilidades de causar daño a la gente.</p>	<p>internacional de drogas. Sin embargo, el criterio acerca del CBD genera una contradicción en las mismas, al mantener al cannabis dentro de las Listas I y IV de la Convención única de 1961 y además daría paso a otro debate con respecto a si son únicamente algunos componentes del cannabis los que contienen propiedades medicas; dado que algunos usos terapéuticos involucran el consumo de concentrados de THC, CBN o a su vez de elementos contenidos en la planta en su conjunto. Es de resaltar la influencia de la coyuntura política nacional e internacional, legislación interna de cada estado y el papel de la ciencia médica ortodoxa como talantes que confluyen en la toma de decisiones con respecto a la enmienda o reclasificación del estatus de cannabis en las convenciones internacionales de fiscalización de drogas.</p>
<p>¿Cuáles son los efectos en la tutela del derecho al acceso a la salud cuando la producción y dispensación de medicina a base de cannabis se regula únicamente a través de</p>	<p>Se privatiza la salud. Hay una diferencia entre farmacéutica pública o privada, en Ecuador pública ya no existe. En cuanto a la privada la discusión se da sobre las patentes, que es lo que puede o no tener derecho a una. El grave riesgo es caer en manos de corporaciones</p>	<p>Hay dos opciones si se centraliza todo está el problema del Estado en cuanto a su capacidad para realizar esta actividad. Si se lo deja al libre mercado se genera un problema de competencia, empezando a que se afecten cuestiones de la producción para generar más utilidad. Hay que pensar en la legalidad y calidad del</p>	<p>Carranco habla sobre la economía del cuidado, muchas veces las madres y padres de familia con niños que padecen problemas neurológicos se ven frustradas en la manera de adquirir sus recursos y pasan a vivir en un nivel de vulnerabilidad económica y social teniendo que acceder a medicina</p>	<p>A criterio de dos expertos se estaría privatizando la salud, debido a que se vuelve una cuestión neta de control de precios manejada únicamente en la esfera del libre mercado donde confluyen intereses corporativos, económicos, de derechos patentarios, entre otros; los cuales</p>

entidades farmacéuticas privadas o públicas?	internacionales y el juego del libre mercado que privatiza el derecho a la salud y lo vuelve selectivo, solo el que tiene plata.	producto.	importada y cara. Organizaciones Sociales alrededor del mundo como Mamá Cultiva de Latinoamérica han demostrado que desarrollar medicina a partir de la planta de cannabis es sencillo y económico.	vendrían a intersectarse con la situación de personas titulares del derecho al acceso a la salud que optan por consumir cannabis con fines terapéuticos y no tienen un posicionamiento social y económico que les permita acceder a derivados de la planta por medio del ente privado o público. De tal forma emerge una especie de selectividad del derecho a la salud, dado que solo la persona que tiene los recursos suficientes podrá acceder a la medicina a base de cannabis. El otro entrevistado enfoca el análisis en dos perspectivas, primero la capacidad del estado para centralizar y hacerse del monopolio de la medicina cannábica en el sentido de cuánta capacidad tendría para efectuarlo; y, segundo, si va al ente privado regular el sistema de competencia que emergería. Es de destacar que estos dos elementos implican que el Estado ejerza un control de la legalidad y calidad de la producción.
¿Es necesario regular la producción de Cannabis con fines terapéuticos y el acceso a sus derivados a través de entidades autónomas,	Claro, debe haber enfoques de economía popular y solidaria. Si el libre mercado es una forma para que ciertas personas accedan al cannabis medicinal está bien, pero el precio debe ser controlado por la economía	No, porque la gran mayoría de organismos no tienen la competencia para hacerlo ni niveles de regulación adecuados. Se necesitan herramientas mucho más técnicas para esa regulación que en el Estado no la tenemos.	Sí, pero caer en una regulación excesiva puede ser dañino. Es deber de la sociedad civil pelear por sus derechos, actualmente existen marcos legales como para sembrar y luchar por ello colectiva e individualmente mediante	A juzgar de dos entrevistados, es importante implementar modelos de regulación para una producción de cannabis con fines terapéuticos por medio de las entidades planteadas, ya que, el espectro de acceso a la medicina a

<p>comunitarias y de medicina alternativa, a más de las farmacéuticas privadas y públicas?</p>	<p>popular y solidaria que permita organizaciones de pacientes y formas de asociatividad a fin de que el precio del mercado no sea el que regule el derecho a la salud y el Estado tiene que fomentar eso.</p>		<p>asociaciones que reclamen tal derecho ante el Estado, en este caso por el acceso a la planta hay que evitar que todos los marcos regulatorios provengan del estado, la sociedad civil tiene que proponer otros modelos.</p>	<p>base de cannabis no debe limitarse únicamente a un segmento del sector productivo debido a que ello podría encarecer el producto y limitar el derecho a la salud de varias personas que optan por esta alternativa para el tratamiento de sus patologías. Así pues, sugieren que estas entidades se compactan con modelos productivos como el de la economía popular y solidaria, en conjunto con otras formas organizativas y de asociatividad que deben ser fomentadas tanto por el Estado como por la sociedad civil dado que existe el marco jurídico que lo posibilita. En oposición el otro experto señala que se precisan herramientas jurídicas mucho más tecnificadas las cuales Ecuador no dispone y por lo tanto no se podría generar esa regulación.</p>
<p>¿En el caso de que se establezca una regulación que permita la producción de cannabis para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo para tutelar el acceso a la salud, se fomentaría el</p>	<p>Una buena regulación evitaría esos riesgos, una mala regulación podría generar un mercado negro y otros problemas. Por ejemplo, el registro únicamente en ciertas dependencias para el uso de cannabis haría que las personas recurran a formas ilegales de obtención del medicamento para no ser estigmatizados. Las políticas de drogas no</p>	<p>La cuestión está en considerar los debidos elementos para evitar que esto llegue a los menores, manteniéndose una regulación donde sujetos calificados puedan acceder al cannabis.</p>	<p>Lo de los menores de edad es un tema sensible, se ha demostrado que en los países que no tienen regulación de sustancias ni acceso adecuado para quien la usa, existe mayor accesibilidad para los menores de edad. Si el estado toma el control de esas sustancias o las organizaciones de la sociedad civil bajo supervisión del estado existen menos probabilidades de que las sustancias llegue a menores y no se</p>	<p>Los expertos coinciden en que no es posible determinar una respuesta concreta afirmativa o negativa con respecto al tema de los menores de edad, sino posibles escenarios los cuales parten del criterio: una buena regulación evitaría este tipo de problemas; una mala regulación generaría mercados paralelos. No obstante, se debe analizar la evidencia de experiencias de otros</p>

<p>tráfico ilícito de la sustancia y su consumo en menores de edad?</p>	<p>deben dar respuestas apresuradas, nadie puede asegurar que ello no ocurra. Puede partirse de experiencias seguras de otros países que son interesantes y han llegado a reducir el consumo y se apoyan mucho en el marketing social que sean bien sostenidos.</p>		<p>las deja al narco puede regular de manera mejor. Si hace lo contrario el narco tiene una oportunidad con mejores condiciones para ganar dinero.</p>	<p>Estados que han desarrollado este tipo de regulación y considerar los debidos elementos jurídicos para que se limite el acceso para sujetos calificados, de tal manera bajo un control estricto del estado sobre la sustancia se tiene más probabilidades de que la sustancia no llegue a menores de edad, de lo contrario se presenta un escenario ideal para que fluctué un mercado negro que no estaría sujeto a respetar ninguna normativa y por ende la sustancia llegue afectar a la salud pública y los menores de edad.</p>
<p>¿Cuáles son los aspectos fundamentales a observar en una regulación del cannabis para uso terapéutico con el fin de evitar un aumento de los delitos relacionados al tráfico de drogas?</p>	<p>La relación entre regulación de cannabis terapéutico política tradicional y emergente es que cada una se ata a la coyuntura de política de drogas de cada país. Una de las estrategias debe ser capacitar a la policía para que ellos sean quienes están previamente informados sobre reconocimiento de uso de cannabis medicinal para que no chantajeen ni metan preso a nadie. Un asunto de pedagogía institucional que debe hacerse con la cuestión del cannabis medicinal, que los policías, fiscales no vaya a meter preso a un médico o paciente que sepan cuáles son las reglas claras de</p>	<p>Todo el ciclo económico, comprar semillas de proveedores aprobados por el estado, cultivarse en lugares donde se informe al estado que se lo está haciendo, transporte a través de mecanismos autorizados por el estado porque si no se pueden generar tapaderas para el narcotráfico lo cual no es el objetivo; el fin es controlar todo para disuadir la oferta ilegal.</p>	<p>Que el estado tome en control las cosas y deje de pelear contra las drogas y darse cuenta de que quienes pierden son las personas y el estado y no las drogas. El estado debe tomar el control de las sustancias, quitárselas al narco y permitir que las organizaciones de la sociedad civil puedan abastecerse bajo una regulación y control.</p>	<p>El Estado debe ofrecer una regulación clara y con aspectos fundamentales bien determinaos de manera que los sujetos se amparen en ella para ejercer la producción del cannabis con fines terapéuticos de manera lícita y legal que involucra: Un control estricto del estado de todo el ciclo productivo del cannabis y sus derivados, implementación de un banco de semillas certificadas con proveedores calificados y registrados por el estado, información acerca del lugar donde se realiza la producción y si se va a transportarla; el objetivo es disuadir la oferta ilegal y tener certeza de que la el cannabis que</p>

	<p>juego que se atiene un ciudadano que está protegido por la regulación del cannabis medicinal frente a la frontera en deble del tráfico de drogas. Si eso no está claro corremos riesgo de la criminalización, el núcleo del problema es creer que el problema de drogas es solo de seguridad y se mantengan los mismos esquemas represivos en una cuestión de salud. No sirve de nada que personas puedan tener acceso al cannabis medicinal cuando su tenencia, posesión o prescripción sigue siendo un delito; aún más si se genera una mala regulación van a preferir el mercado negro y si no son claras en cuanto el abastecimiento va a ser peor.</p>			<p>se esta es seguro, legal y con calidad efectiva. Además, es imprescindible generar una pedagogía público-institucional por medio de la cual se capacite a los agentes de control de seguridad (policía, fiscales, jueces) acerca de la protección jurídica otorgada hacia los usuarios de cannabis terapéutico para evitar su estigmatización y criminalización dado que es inocuo mantener los mismos esquemas represivos que están englobados en el tráfico ilícito de sustancias en un ámbito donde está en juego el derecho a la salud. Eh ahí que el problema surge al tener tipificados delitos relacionados al fenómeno en cuestión (tenencia, posesión, prescripción, siembra, cultivo y cosecha de cannabis), Así, cabe resaltar que si el Estado no cubre normativamente y de manera correcta los ámbitos donde se ejerce una producción de cannabis medicinal y limita su intervención dentro de la salud de las personas, están no se verán abocadas a obtener los derivados de la planta a través de mercados irregulares y corran el riesgo de ser criminalizados debido a que se convierte en una cuestión de costos que estos deben afrontar y</p>
--	--	--	--	---

				<p>su facultad de decidir cuál escoger; el rol del Estado ahí es salvaguardar la legalidad, licitud y calidad del producto en pro de los titulares del derecho a la salud.</p>
<p>¿Qué entidades son idóneas para ejercer el control de la producción de cannabis con fines terapéuticos tomando en cuenta el deber del estado de tutelar el derecho al acceso a la salud?</p>	<p>Hay que pensar bien en la cuestión del control porque parece generar un miedo del cannabis medicinal o un criterio sesgado de reconocer el uso del cannabis que este solo sirve para el paciente que está vomitando sangre y se corren riesgos de perder ciertos reconocimientos. Por ello es mejor la cuestión de la regulación. Las instituciones sociales son importantes como el Ministerio de Salud, por una parte; y otros como el de Economía Popular y Solidaria, inclusión económica y social. La política de drogas no es</p>	<p>El Ministerio de Salud, Ministerio de Salud con una coordinación para generar cannabis vendible, seguro (que no es amenaza para la salud pública), legal (cumpla requerimientos del Estado para que no provenga del crimen organizado) y que sea entregado a adultos y en el caso que menores necesiten la medicina a través de su representante legal.</p>	<p>Es indispensable que el ministerio de salud pública tome control de la mayoría de lo relacionado a las drogas, tiene un fundamento constitucional.</p>	<p>En perspectiva de los entrevistados, al tratarse de un fenómeno multidisciplinario, son varias las entidades que ejercerían el control del mismo, teniendo en cuentas las aristas de salud, seguridad, inclusión social, control de precios y calidad. Por ello, se precisa asignar las competencias de todas las instituciones conforme a sus capacidades operativas y prerrogativas constitucionales que dan su razón de ser. Así, tendríamos que crear un trabajo interinstitucional entre entidades como el Ministerio de Salud, Agricultura, Inclusión Económica</p>

	exclusiva de la salud y entran en juego otros tipos de cuestiones como las mencionadas que van a la parte social.			y Social, Interior; y, Superintendencia de Economía Popular y Solidaria.
--	---	--	--	--

Fuente: Entrevista

Elaboración: Jhon Mora

3.1.2 Entrevistas dirigidas a expertos en Derecho Constitucional

Tabla 3.3. Expertos en Derecho Constitucional

	ENTREVISTADO	INFORMACIÓN
ENTREVISTA 1	Dr. Luis Ávila Linzán	Asesor de despacho de la Defensoría Pública del Ecuador, Máster en Derecho Constitucional por la UASB, Máster en Estudios Políticos por la FLACSO (c), Diplomado en Derechos Humanos por el Instituto Wallember-Instituto Interamericano Suecia-Costa Rica.
ENTREVISTA 2	Dr. Luis Fernando Suárez	Catedrático PUCE Ambato, Especialista en Derecho Constitucional y Procesal. Asambleísta alterno por la provincia de Tungurahua.
ENTREVISTA 3	Dr. Edgar Fiallos Paredes	Catedrático PUCE Ambato, Máster en Derecho Constitucional.

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mora (2018)

Tabla 3.4. Análisis de los resultados de entrevistas dirigidas a expertos en Derecho Constitucional				
Preguntas	Luis Ávila	Luis Suárez	Edgar Fiallos	Análisis
¿Cuáles son los deberes primordiales del Estado para tutelar el derecho al acceso universal a la salud?	El deber del Estado sería ampliar la cobertura de salud desde una visión de derechos y no sobre una base de priorización. Lastimosamente la atención ordinaria de salud se encuentra privatizada, los otros eslabones es el de las enfermedades graves o catastróficas que si no se diagnostican y tratan a tiempo afectan a las personas, ahí el Estado trata de dar una cobertura. Dentro de esa visión privatizadora de la salud el Estado prioriza sobre una base mezquina ya que da atención a ciertas partes de esos eslabones para aparentemente legitimarse.	En general, y de conformidad con lo que dispone el Artículo 11 de la Constitución, conjuntamente con el Art. 75, 76 y 82 el Estado tiene la obligación de tutelar todos los derechos fundamentales que el mismo texto constitucional consagra. Puntalmente en cuanto a la salud, es el artículo 32 del texto fundamental que garantiza este derecho, esto en concordancia con lo que dispone el Art. 358 del mismo texto, que habla del sistema integral de salud.	El art. 32 de la Constitución, recoge el derecho a la protección de la salud; tutela que el corresponde al estado por doble vía: Por un lado, como mecanismo de protección de derechos fundamentales, cuando como consecuencia de la no protección del derecho a la salud, se afecta el derecho a la vida; pero también como un proceso que deben utilizar los usuarios para acceder a una atención médica oportuna, eficaz y con calidad.	Los deberes primordiales del estado se engloban en la creación de mecanismos adecuados para garantizar la universalización de los sistemas de salud, con un enfoque integral de inclusión social y equidad. En consecuencia, debe desarrollar la regulación y control de las diferentes entidades por las cuales se brinda atención sanitaria como servicio público, en virtud de procurar un acceso oportuno a estas y a los medicamentos, promoviendo el goce y ejercicio de este derecho donde debe prevalecer el interés de la salud pública por sobre los económicos y comerciales.
¿Cuál es el deber del estado en cuanto a la atención de salud para tutelar los derechos que tiene una persona que sufre cierto tipo de enfermedad?	El deber del Estado sería ampliar la cobertura de salud desde una visión de derechos y no sobre una base de priorización.	Del mismo modo, en forma general y no solo del derecho a la salud, el Estado constitucional por lo dispuesto en el Artículo 3.1 de la CRE tiene la obligación de garantizar el cumplimiento y protección de los derechos que ella mismo consagra, esto en concordancia con lo que dispone el Artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, texto que está próximo a ser derogado por la	Los principios de progresividad incentivan la garantía del derecho a la salud, hacia una plena efectividad con miras a garantizar la justicia social y por consiguiente la dignidad humana; en tal virtud el estado está facultado a imponer obligaciones en materia de cobertura de tratamientos de salud, en cumplimiento de sus	El deber del estado con una persona que sufre un padecimiento en su salud, consiste esencialmente en la atención y acceso a medicamentos, de carácter oportuno y adecuado. Asimismo, garantizar que se brinde oportunamente información sobre las alternativas de tratamiento, productos y

		entrada en vigencia del Código Orgánico de Salud.	obligaciones, en especial en lo relacionado a las enfermedades catastróficas.	servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad.
¿Qué efectos se generan en el derecho a la salud cuando el Estado no garantiza un acceso oportuno a medicamentos?	Este se ve afectado ya que hay una cantidad de enfermos que al encontrarse la salud privatizada no cuentan con recursos o herramientas suficientes para obtener su medicina y por ende su estado de salud va empeorando.	Cuando el Estado, a través de sus autoridades sean estas del nivel central o de los gobiernos autónomos descentralizados pone en riesgo el principio de garantía de cumplimiento de los derechos fundamentales de los ecuatorianos –y entre ellos el de salud- sin duda los efectos son graves por cuanto no se estaría cumpliendo con uno de los pilares del Estado Constitucional que precisamente esta la garantía estadual de cumplimiento de derechos constitucionales. Ahora en el caso de que ese incumplimiento o violación del derecho se materialice, se activarían los mecanismos procesales constitucionales y legales de protección de derechos, que en el texto constitucional los conocemos como Tutela Efectiva (Art. 75) y Debido Proceso (Art. 76)	El acceso oportuno a los medicamentos, es una responsabilidad que deben velar los estados, con miras a ofrecer una atención de salud adecuada y eficaz, “el estado garantizará este derecho mediante políticas...” CRE; en pocas palabras se deberá no solo garantizar que los medicamentos existentes estén disponibles, sino también tienen una responsabilidad de garantizar que nuevos medicamentos sean desarrollados y estén disponibles.	Se pone en riesgo el principio de garantía de cumplimiento de los derechos fundamentales, y en tal caso el estado incumple con uno de sus deberes relacionados a la tutela del derecho a la salud en cuanto a garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces. Lo cual permite que, al haberse materializado una vulneración de este derecho, un legitimado activo ejerza su derecho de acción a través de mecanismos procesales constitucionales por medio de los cuales haga justiciable su derecho.
¿Con qué finalidad la constitución del 2008 en su art. 362 establece que el acceso o atención a la salud se debe prestar a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, a más de las estatales y	La finalidad es reconocer otras formas alternativas de salud, estos sectores son una suerte de privados, pero más baratos; fortaleciendo redes colectivas de salud y garantizando el acceso a alternativas que impliquen menores costos.	Sin ser especialista en materia de salud, considero que el espíritu de esta norma constitucional va de la mano de garantizar el principio de Buen Vivir desarrollado en el Título II, Capítulo II del texto constitucional; y el considerar que las entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa podrían ser los entes administrativos adecuados	La CRE 2008 contiene diversos elementos normativos que no solo reconocen a los sistemas de medicina estatal y privada, sino también se reconocen a los sistemas de medicina indígena ancestral, tradicional y alternativa. Según la Organización Panamericana de Salud, este tipo de medicina es	Los expertos coinciden en que la finalidad el artículo es el reconocimiento y promoción de entes por medio de los cuales se cumpla con al fin de universalización de los sistemas de salud en garantía del buen vivir y de que existan alternativas complementarias y menos costosas para obtener un

privadas?		para el cumplimiento del objetivo de la tesis, puede ser una política pública de lograr el mayor alcance posible a la mayor cantidad de población posible. Ahora, aquí hay que aclarar que en la actualidad las entidades autónomas y comunitarias, que forman parte de los gobiernos autónomos descentralizados no tienen competencia en materia de salud.	parte de la cultura de un pueblo, es decir constituye un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, la manera de diagnosticarlas y el procedimiento para aliviar, curar o prevenir las enfermedades.	tratamiento y atención de salud.
¿Considera que constitucionalmente una persona está facultada para elegir alternativas no convencionales para el tratamiento y prevención de enfermedades como parte de su derecho a la salud?	Totalmente, dado lo establecido en el mismo art. 362.	Por supuesto, esto sería parte del ejercicio de su derecho a la libertad a escoger su plan de vida.	Los arts. 32, 57.12, 358, 360, 362 y 363.4, de la CRE establecen preceptos basados en valores y principios que nos permite acceder al uso de medicina alternativa no convencional.	El criterio de los expertos refleja claramente que una persona está facultada a elegir varias alternativas para un tratamiento y atención de su salud. De tal manera podemos analizar que el mismo art. 362 de la CRE en conjunto con el art. 363.4 ibídem y lo dispuesto en los arts. 7 y el cap. II de la LOS.

<p>¿Considera que la no regulación de la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos como alternativa para el tratamiento de ciertas enfermedades afecta la tutela del derecho al acceso a la salud?</p>	<p>Si debido a que quienes optan por esta alternativa se ven afectados totalmente por no poder acceder a ella sin poner en riesgo sus derechos constitucionales, en ese sentido podrían ser criminalizados. Es decir, a más de que recurren a prácticas para obtener su medicina que desde la perspectiva del Estado son ilegales, se llegaría a aplicar sobre ellas un poder punitivo; lo cual sería absurdo.</p>	<p>Por supuesto por cuanto, en la actualidad, el cultivo de esta planta puede ser considerada inclusive como un delito, por lo tanto, la siembra y otras actividades ponen en riesgo el derecho a la salud de aquella persona que desee tomar este tratamiento.</p>	<p>Efectivamente en el Ecuador no se ha regulado aún el uso de la marihuana con fines terapéuticos, esto atenta a la tutela del derecho a la salud. El autocultivo, el cultivo solidario y cooperativo del cannabis con fines medicinales, garantiza la existencia de una red de salud pública que no dependa de la concepción mercantilista de la medicina</p>	<p>La postura de los expertos coincide en que la tutela del derecho a la salud se vería gravemente afectada. Esto es evidente, ya que la posesión, tenencia, prescripción, siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos se encuentran como verbos rectores en delitos tipificados en el COIP, esto pone en riesgo sus derechos constitucionales ya que se le dificulta acceder a la planta o sus derivados y por ende el derecho del paciente a elegir su tratamiento, en conjunto con el deber del Estado de universalizar la salud y garantizar calidad y efectividad de medicamentos.</p>
<p>¿Desde la perspectiva del derecho al acceso a la salud, la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos debería ser regulada después de un pronunciamiento ciudadano a través de consulta popular?</p>	<p>Yo discreparía sobre esa posibilidad de la Consulta Popular, ya que no es una alternativa política viable. Existe un discrimen social sobre la marihuana que conllevaría una respuesta negativa. La Constitución genera varios mecanismos para el avance en derechos, una alternativa viable sería que las altas Cortes del Estado sean quienes garanticen el derecho al acceso al cannabis medicinal, antes que el legislativo que tiene</p>	<p>La consulta popular podría ser un mecanismo o una vía para lograr la regularización de la siembra y uso terapéutico de cannabis; pero personalmente considero que se podría primero intentar una vía legislativa, por cuanto la madurez de la sociedad ecuatoriana si nos permitiría debatir este tema en el seno de la Asamblea.</p>	<p>La ambigüedad normativa que se presenta en el ordenamiento jurídico entre normas que garantizan el derecho a la salud y el acceso a medicamentos, y otras que obstaculizan el ejercicio de tal derecho, ha generado un vacío respecto a la legalidad o no del uso medicinal del cannabis, a la vez que coloca en un limbo jurídico a miles de personas que necesitan la sustancia para ejercer su derecho a la salud. Si bien el estado tiene la potestad de adoptar discrecionalmente un determinado régimen legal en</p>	<p>Los dos expertos consideran que en efecto la consulta popular es un mecanismo, sin embargo, sugieren que no es la más idónea. De este modo sugiere uno que la vía legislativa sería la más adecuada; por su parte del otro experto señala que debido a la falta de información y la existencia de un discrimen social con respecto del cannabis el resultado de una posible consulta sería negativo y en adición a ello las presiones políticas y sociales afectan al ente legislativo; es así como las altas cortes podrían ser los entes estadales quienes se</p>

	presiones políticas y sociales.		materia de drogas, no puede nunca esa discrecionalidad ir en menoscabo de derechos fundamentales, como es el derecho a la salud. Más allá de hablar de consulta popular, la decisión se encuentra en manos del ejecutivo y legislativo, que deben crear el marco legal que regule, ampare y proteja el uso del cannabis con fines terapéuticos.	pronuncien.
¿Cuáles son los efectos en la tutela del derecho al acceso a la salud cuando la producción y dispensación de medicina a base de cannabis se regula únicamente a través de entidades farmacéuticas privadas o públicas?	Nos encontraríamos ante una no regulación, por ende, se generarían mercados paralelos o irregulares los cuales no son del todo beneficiosos y no necesariamente están relacionados al crimen organizado, pero podrían estarlo y así podrían emerger los problemas relacionados al tráfico de drogas. Del otro lado quienes realizan este tipo de producción sean o no consumidores tal vez serían criminalizados.	Considero que el principal efecto sería el de no permitir el acceso a este tipo de medicina a la mayor cantidad de población, o en su defecto aquellas personas que no puedan pagar una receta podrían quedar por fuera de estos beneficios, lo cual estaría en contra de lo que busca los principios constitucionales en cuanto se refiere a universalidad de derechos constitucionales.	Se generaría un monopolio de la producción de cannabis con fines terapéuticos para las grandes corporaciones farmacéuticas.	A juzgar de los expertos los efectos son netamente perjudiciales en el derecho a la salud y el deber del Estado de tutelarlos; ya que no se estaría garantizando el acceso a la medicina a base de cannabis a la mayoría de población que podría necesitar esta alternativa y sobre todo se estaría coartando la adquisición de los derivados medicinales de la planta a quienes no cuentan con los suficientes recursos económicos para comprarlos. Además, esto daría camino a que emerjan mercados paralelos de carácter irregular que pueden estar involucrados al crimen organizado lo que sería mucho peor porque podrían surgir nuevos problemas relacionados al tráfico ilícito de sustancias; o

				a su vez, es probable que quienes ejercen este tipo de producción, a pesar de no estar involucrados al crimen organizado, sean criminalizados y lo sigan haciendo bajo ningún control ni regulación del estado, por ende no se tiene además la certeza de la calidad y efectividad de los productos. Es decir, el estado estaría incumpliendo el deber de garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces. (CRE art. 363.7 – LOS art. 9, f).
¿Es necesario regular la producción de Cannabis con fines terapéuticos y el acceso a sus derivados a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, a más de las farmacéuticas privadas y públicas?	Si, hay que planificarlo bien y debe ser eventualmente un tema de estado. Cuando se privatiza de facto, se encarece el producto, la gente no tiene acceso barato a esos medicamentos, generándose un problema en la política pública.	Totalmente de acuerdo. Si.	Creo en un mercado flexible, ya que nos permitiría convivir con formas muy diversas de entender el cultivo y el consumo del cannabis con fines terapéuticos, y se impediría el monopolio de las grandes corporaciones farmacéuticas en la comercialización, permitiéndose otro tipo de circuito comercial, más local y a pequeña escala.	Los letrados coinciden en la existencia de la necesidad de establecer este tipo de regulación, debido a que de lo contrario el derecho a la salud y el acceso al medicamento se vería afectad. En el sentido de que se puede encarecer el producto y no existirían alternativas que impliquen menos costos para el tratamiento y atención sanitaria. Como resultado nace una insuficiencia en la política pública que afecta el ejercicio y goce del derecho a la salud y conexos.
¿Qué derechos constitucionales individuales o	Si, el derecho a la libertad de asociación, a la libre opción de medicina, a la integridad	Como se manifestó antes: derecho a la salud, buen vivir, tutela judicial efectiva, discriminación, igualdad	El derecho a la vida con carácter superior, la garantía de protección determinada en el	A criterio de los expertos, la CRE establece derechos colectivos e individuales por

<p>colectivos inciden en la actividad de la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos a través de entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa por medio del autocultivo y cultivo comunitario?</p>	<p>personal. El tema de fondo es que se debe estudiar de una manera sería los efectos de estos medicamentos en el Ecuador los cuales permitan desmitificar la posibilidad del uso terapéutico del cannabis.</p>	<p>formal y material.</p>	<p>artículo 50 de la CRE, el derecho al buen vivir que implica, el derecho a la salud y la seguridad social, los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, el derecho a la igualdad y el principio de equidad.</p>	<p>medio de los cuales las personas se encuentran facultadas para ejercer la producción de cannabis con fines terapéuticos por medio de las entidades establecidas en al art. 362 de la CRE; lo cual indica que existen prerrogativas suficientes para ampliar el ejercicio de varios de estos derechos y fundamentalmente la salud. Entre los cuales están el derecho a la salud, bien vivir, igualdad, no discriminación, tutela judicial efectiva, libertad de asociación, libre opción de medicina, integridad personal; entre otros.</p>
---	---	---------------------------	---	---

Fuente: Entrevista

Elaboración: Jhon Mora

3.1.3 Entrevistas dirigidas a expertos en Medicina Alternativa.

Tabla 3.5. Expertos en Medicina Alternativa.

	ENTREVISTADO	INFORMACIÓN
ENTREVISTA 1	Luis Fernando Pozo Ávalos	Homeópata, Terapeuta, Naturópata. Especialista en Bioenergética y medicina alternativa.
ENTREVISTA 2	Alejandro Fabara	Ponente en varios seminarios acerca de cannabis medicinal: historia usos y beneficios; especialista en extracciones de cannabis y tratante.
ENTREVISTA 3	Cristina Martínez	Médico General, tratante de pacientes que consumen cannabis medicinal y expositora en varios seminarios.

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mora (2018)

Tabla 3.6. Análisis de resultados de entrevistas dirigidas a expertos en medicina alternativa.				
Preguntas	Luis Pozo	Alejandro Fabara	Cristina Martínez	Análisis
¿Qué ha demostrado la evidencia científica sobre el consumo de cannabis con fines terapéuticos en cuanto a sus efectos en ciertas enfermedades y la calidad de vida de quien opta por esta alternativa de tratamiento?	Evidencias y estudios con comprobación científica hay muchos, falta un marco jurídico que viabilice la utilización de los extractos de cannabis con fines terapéuticos.	Los resultados son concretos acerca de los sistemas del cuerpo humano en que actúan los cannabinoides. Habido una suerte de revelación del aporte en ciertas enfermedades, donde el cannabis por tener un efecto holístico que contribuye en la persona.	Las investigaciones científicas no realizadas en el país, pero si en Chile con organizaciones como Mamá Cultiva; han demostrado que el cannabis actúa a nivel de las uniones de los neurotransmisores y controla los problemas a nivel cerebral porque existen receptores a ese nivel y el efecto es anticonvulsivante y antiinflamatorio. También existen experiencias en Israel donde se trata a personas en hospitales públicos, en general hay varios tipos de enfermedades donde contribuye el cannabis.	En el país no se ha levantado evidencia científica, sin embargo, estudios de otros países han demostrado los efectos terapéuticos del cannabis en varios tipos de enfermedades y en el cuerpo humano. Estos estudios han contribuido con la comunidad médico-científica de varios niveles para atreverse a seguir estudiando el tema y aplicarlo empíricamente con resultados positivos.
¿Cuál es el rol del sistema endocannabinoide en el cuerpo humano con y sin consumo de cannabis?	El efecto se da en la parte inmunológica del cuerpo ya que el uso del extracto de cannabis se da en cuestiones específicas y su conducción en el cuerpo humano permite atenuar sintomatologías que afectan a personas con determinadas enfermedades.	Este sistema siempre está activo sin necesidad de consumir cannabis, y lo que hace es regular varias cuestiones fisiológicas como sueño, dolor, apetito, etc. El cannabis lo que hace es activar receptores de ese sistema y por ende funciones que pueden encontrarse desequilibradas para devolver el equilibrio necesario.	Son estructuras que tenemos los seres humanos y nos ayudan en varias funciones como mantener el equilibrio homeostático a nivel del cuerpo, control de temperatura, dolor, metabolismo.	El sistema endocannabinoide es un elemento fundamental del cuerpo humano que permite comprender los efectos del cannabis, de tal manera los expertos dan cuenta que el cannabis actúa generando un equilibrio dentro de este sistema que controla varias funciones fisiológicas las cuales pueden estar afectadas, de ahí que pueda ser aplicado en

				varias patologías.
¿Qué función terapéutica cumplen los cannabinoides y en qué tipo de enfermedades?	Está comprobado su función terapéutica en enfermedades reumáticas, dolores fuertes de articulaciones, enfermedades degenerativas, en personas con cáncer, dolores sumamente fuertes, enfermedades neurológicas.	Tienen la característica de devolverle a la célula el principio de la homeostasis, es decir darle un equilibrio y función original para activar una curación desde el interior. La salud es el estado armónico del cuerpo en todas sus funciones y se manifiesta negativamente por carencias o excesos, lo que hace el cannabis no es cubrir el síntoma como la medicina convencional, sino trabaja en varios espectros dentro del cuerpo humano a nivel integral.	Los cannabinoides que se encuentran en la planta como el THC y CBD actúan en muchas enfermedades juntos a pesar de que al uno se lo ubique como psicoactivo y el otro medicinal por ejemplo las enfermedades neuro-degenerativas, cáncer (útero, seno, próstata), alzhéimer, párkinson, tumores, diabetes, epilepsias en general, vitíligo, control del hígado graso, dolores articulares crónicos, fibromialgia, problemas gastrointestinales.	Son varios los tipos de enfermedades donde el cannabis genera contribuciones positivas, esto gracias a que sus componentes (cannabinoides) confluyen y activan receptores dentro del sistema endocannabinoide, generando un efecto terapéutico integral. Cabe matizar que uno de los expertos sugiere que extractos de cannabis con ratios concretas de THC y CBD contribuyen con cierto tipo de enfermedades, a pesar de las consideraciones existentes de concebir únicamente al cannabidiol como el componente beneficioso de la planta.
¿Qué riesgos y efectos secundarios tiene el paciente cuando opta por consumir cannabis?	Una de las ventajas de los extractos que estén garantizada su producción es que los riesgos de efectos secundarios son mínimos.	En la parte medicinal no hay efectos secundarios negativos como para preocuparse, más allá de los comunes como relajación sedación que incluso son los que se buscan terapéuticamente. Pueden existir complicaciones por exceso de THC como alteración de la percepción del tiempo, pérdida de la memoria a corto plazo, ansiedad o paranoia. En dosis bajas y con los	De acuerdo a la OMS no existen efectos tóxicos, adictivos, o indeseables. Lo que si hay que tomar en cuenta es la historia clínica del paciente y el grado de concentración no tenga exceso de THC; asimismo la dosificación ya que este es individual, empezando por micro dosis.	De los resultados, cabe analizar que en el campo terapéutico los efectos perjudiciales o secundarios son casi nulos, siempre y cuando se establezca una correcta concentración, dosificación y adecuadas formas de aplicación. Sin embargo, hay que tener especial cuidado en la

		efectivos concentrados de CBD y THC no existirían efectos secundarios.		cuestión del THC que sin el debido cuidado podría generar complicaciones, a pesar de que estas no son letales y se dan la mayoría de veces en la esfera del consumo recreativo.
¿El consumo de cannabis con fines terapéuticos genera niveles de adicción, dependencia o conlleva al paciente a ingerir otras sustancias?	La verdad no, el propósito es terapéutico, médico, clínico que de ninguna manera produce dependencia o adicción al medicamento.	No desde el enfoque terapéutico. Se debe tener clara la intención del uso del cannabis para evitar generar complicaciones. Puede generarse dependencia psicológica, pero con métodos y variables de consumo que distan de la parte terapéutica.	Si se habla del CBD en el campo medicinal no, pero debemos tener cuidado que es a nivel individual y empezar por micro dosis. En el THC se habla de una dependencia más psicológica que fisiológica, pero esto se relaciona a la parte recreativa. Esto ya que existen extractos con concentrados de las dos sustancias que contribuyen a la salud de ciertos pacientes.	De los resultados, cabe analizar que en el campo terapéutico las probabilidades de que se genere adicción, dependencia o consumo de sustancias nocivas en el paciente son casi nulas, siempre y cuando se establezca una correcta concentración, dosificación y adecuadas formas de aplicación. Sin embargo, hay que tener especial cuidado en la cuestión del THC que sin el debido cuidado podría generar dependencia psicológica, a pesar de que estas no son letales y se dan la mayoría de veces en la esfera del consumo recreativo.
¿Desde su perspectiva médica, cuáles son las entidades idóneas para producir cannabis con fines terapéuticos en pro de	Se debe reglamentar ciertas condiciones básicas de producción ya que al tratarse de un medicamento que va a ser consumido por humanos para que guarde las garantías necesarias	Lo ideal sería una producción orgánica a partir de entornos autónomos con el autocultivo, pero no todos podrían hacerlo. Es ahí donde pueden entrar el sector campesino que está conectado con la	Estoy de acuerdo con que el nuevo COS determine que quien deba regular esta cuestión sea el Ministerio de Salud, pero desde mi punto de vista con otras organizaciones vamos a	Lo idóneo para los expertos sería que existan entidades privadas y públicas, pero también entidades no necesariamente conectadas

<p>salvaguardar la salud de los pacientes y garantizar el acceso a sus medicamentos?</p>	<p>para la salud del paciente.</p>	<p>agricultura de una manera sana y natural. Si se lo deriva únicamente a entidades públicas y privadas se puede desvirtuar la visión terapéutica a una cuestión de negocio.</p>	<p>proponer que sea en coordinación con gremios que practican la medicina ancestral, alternativa o complementaria. Ya que esto está enfocado únicamente en la producción de medicamentos, con las sustancias activas del cannabis como fármaco. Esto ya que se ha visto como los cannabinoides sintéticos produce efectos indeseables como es típico de cualquier fármaco. Se pretende que sea posible el autocultivo y no para cualquier persona sino procurando que pacientes mejoren su estado de salud y hagan su propia medicina, evitando gastos para el estado. Hay intereses económicos, políticos, farmacéuticos que impiden esto y producen una satanización del cannabis ya que estos priman más que la salud de la población.</p>	<p>a la medicina ortodoxa como son las autónomas, comunitarias y de medicina alternativa. En consecuencia, debe existir una rectoría y regulación de entidades del Estado que garanticen la calidad y efectividad del cannabis para el paciente quien debería tener la oportunidad de acceder a su tratamiento de manera directa o por otros medios que impidan lo altos costos y encarecimiento del producto; protegiendo el acceso a medicamentos y la salud, de los intereses económicos o comerciales en cumplimiento de lo establecido en la CRE (art. 363.7).</p>
<p>¿Cuáles son los elementos fundamentales a considerar desde el punto de vista médico para la producción de cannabis con fines terapéuticos con el fin de salvaguardar el derecho a la salud y acceso a medicamentos de los</p>	<p>El propósito fundamental es considerar la necesidad de contar en la lista de medicamentos de acceso legal, la posibilidad de que pacientes puedan obtener este tipo de medicamento no deban hacerlo a través de métodos costosos, sino un fácil acceso al medicamento.</p>	<p>El control de la semilla es el más importante se debe tener claro que propiedades tiene y en ese sentido cual va a ser su contribución, no se pueden modificar genéticamente. Se debe apuntar a una red orgánica de semillas con procesos armónicos con la naturaleza y permaculturales para garantizar una medicina de calidad.</p>	<p>Lo más importante es el derecho de lección que tiene el paciente, la información que se le debe dar al paciente (dosis pequeñas, formas de administración, bajo nivel de efectos secundarios o toxicidad) y no solo prescribirlo en casos de pacientes en estado terminal sino como algo preventivo. Hay que ubicar el tipo de semilla, terrenos</p>	<p>Los criterios obtenidos se enfocan en la necesidad de contar con un control de la calidad y legalidad de la cual se obtienen los derivados del cannabis que van a ser usados terapéuticamente. En ese sentido se debe abogar por una producción orgánica con las garantías de que no</p>

pacientes?			orgánicos no contaminados sin pesticidas, garantizando la calidad del THC y CBD.	haya contaminación. Así, también, hay que observar el derecho del paciente a ser informado acerca de esta alternativa y obtener este tipo de medicina a partir de mecanismos efectivos y que no impliquen un alto costo, todo esto bajo regulación, control y registro ante el estado.
¿Es posible producir medicina a base de cannabis a través de entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa por medio del autocultivo o cultivo colectivo de manera segura y efectiva para la salud de los pacientes?	Al tratarse de un elemento natural y vegetal hay la posibilidad de que exista producción en varios niveles, en nuestras leyes se reconoce la medicina natural y alternativa. No debe ser un producto solo producido por transnacionales ya que puede encarecerse.	Totalmente, garantizando una producción orgánica, dejando por fuera los agroquímicos, con conocimiento herbolario y Fito terapéutico a partir de entidades que favorezcan un acceso directo del paciente y a través de comunidades con el debido conocimiento.	Es muy posible, pero se debe tener un ente rector de esta actividad para garantizar la calidad y beneficio en la salud del paciente.	Los entrevistados coinciden en que es posible realizar una producción en varios niveles, donde debe actuar el Estado como ente regulador de formas alternativas de atención de salud, que favorecen el acceso directo y de bajo costo a este tipo de medicina; la cual deba guardar los elementos necesarios para ser de calidad y efectiva. Así, se evitaría el encarecimiento del producto que se hace probable al ceder su producción a otros entes donde confluyen varios tipos de intereses que no necesariamente tienen que ver con la salud de las personas.

<p>¿Desde su punto de vista, una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo facilitarían el ejercicio del derecho al acceso a la salud del paciente en términos de costos y adquisición de medicina?</p>	<p>Si debido a que hay pacientes que no todos pueden acceder al servicio público de atención médica y son tratados de una manera comunitaria o no tradicional con la finalidad de ofrecer un acceso de todo nivel de público a la utilización del producto.</p>	<p>Si la regulación debe ir por el libre acceso que se relaciona directamente con el libre cultivo, hay que tomar en cuenta que debido a que, si la regulación se limita a entes privados, no existiría libre acceso sino una suerte de monopolio para las empresas.</p>	<p>Por supuesto, de existir se aliviaría el bolsillo del paciente y su familia, además de las contribuciones de la salud; e inclusive le ayuda al Estado en cuanto a la inversión que debe hacer en la salud, ya que el paciente tendría acceso a una medicina barata y de calidad. Eso si hay que controlar por medio de entidades del Estado como Ministerio de Salud y Agricultura; que garanticen un cannabis de calidad.</p>	<p>Las respuestas son totalmente afirmativas ya que está el paciente y sus condiciones socio económicas, que pueden o no permitirle un acceso al tratamiento con cannabis por medio de entes públicos o privados, los cuales al ser los únicos facultados para el licenciamiento de productores de cannabis con fines terapéuticos estarían una especie de monopolio, el cual deriva en una afectación directa a la persona que no puede comprar los medicamentos y le resulta más accesible producir autónomamente el cannabis para extraer sus componentes, dependiendo del tipo de enfermedad que este tenga; o a su vez, adquirirla por medio de entes que ejerzan una producción comunitaria artesanal pero garantizada, a partir de una regulación que asegure la efectividad y calidad de los derivados del cannabis, con sujetos inscritos y calificados previamente.</p>
--	---	--	---	---

Elaboración: Jhon Mora

Fuente: Entrevista

3.1.4 Entrevistas dirigidas a personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.

Tabla 3.7. Personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.

	ENTREVISTADO	INFORMACIÓN
ENTREVISTA 1	Anónimo	Hombre de 39 años, Psicólogo, residente en la ciudad de Quito.
ENTREVISTA 2	Inés	Mujer de 70 años, residente en la ciudad de Ambato.
ENTREVISTA 3	David Barona	Médico General, padre de un niño de 6 años, tratado con extractos de cannabis
ENTREVISTA 4	Alexis Ponce	Padre de Thais y esposo de Nelly, mujeres tratadas con extractos de cannabis. Fundador de la Liga contra el cáncer de seno y de la Agrupación Nacional de pacientes y familias con cánceres, discapacidades graves y enfermedades raras catastróficas o poco frecuentes para que se legalice el uso terapéutico del cannabis en el Ecuador.

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mora (2018)

Tabla 3.8. Análisis de resultados de entrevistas dirigidas a personas consumidoras de cannabis con fines terapéuticos o sus familiares.						
Preguntas	Caso 1 Anónimo	Caso 2 Inés	Caso 3 Niño	Caso 4 Thais	Caso 5 Nelly	Análisis
¿Qué enfermedad tiene, cuándo le fue diagnosticada y cómo ha sido tratada a raíz del dictamen médico?	Gastritis crónica. Duodenitis y colitis diagnosticada hace varios años. Se la trató con fármacos.	Insomnio desde hace casi un año. Se lo trató con fármacos.	Autismo atípico, trastorno del desarrollo neuronal dentro del espectro autista y trastorno de déficit de atención e hiperactividad de moderado a severo. Desde los dos años se diagnosticó y trató con fármacos.	Parálisis cerebral por sufrimiento fetal con 17 años de edad posee 82% de discapacidad, la cual le impide el habla y dificulta la comunicación de sus malestares. Es tratada con medicamentos como rivotril y otros fármacos.	Cáncer de seno con metástasis en páncreas, hígado y huesos; diagnosticado hace 6 años tratada con quimioterapia, radioterapia y aplicación de parches de morfina para manejo del dolor.	Se denota que la gama de enfermedades es variada, en ese sentido se evidencia que el cannabis contribuye tanto en enfermedades catastróficas
¿Cuándo y por qué tomó la decisión de optar por el cannabis terapéutico como alternativa de tratamiento?	En el año 2012. Después de 2 años de 4 pastillas diarias.	Hace 4 meses debido a que no me sentaban bien las pastillas para dormir.	Hace 4 meses debido a la falta de efectividad de los fármacos para el tratamiento del niño y la gran cantidad de efectos secundarios provocados por los mismos, los cuales fueron consumidos durante tres años.	Hace un año aproximadamente debido a un incidente en el que se le dosifico indebidamente una cantidad desmedida del fármaco la cual estuvo a punto de afectar gravemente a la niña e incluso provocarle la muerte.	En el año 2015 debido a la falta de stock de parches de morfina en el Hospital del Seguro los cuales utilizaba para controlar y mitigar el dolor.	Se puede notar que todos los pacientes optan por la alternativa del cannabis debido a las complicaciones que se generan por el consumo de fármacos.
¿Cuál ha sido la contribución del uso del cannabis en el tratamiento de su enfermedad en comparación con la medicina que tomaba	Mejoramiento instantáneo y poder comer todo lo prohibido por el gastroenterólogo.	Puedo descansar de manera tranquila y tengo un sueño reparador. Con las pastillas para dormir no sabía dónde estaba y me sentía ida, mal, no sabía qué hora	Está desintoxicado, la autoestimulación desapareció al 100 %, la ansiedad se encuentra controlada, ya no existe distensión abdominal ni subida de peso por exceso de alimentación debido a la	La medicina anterior tenía varios riesgos y efectos secundarios como lo que se suscitó con el exceso de medicamento que se le dio, en cuanto al cannabis este logra	Al igual que los parches de morfina, el extracto de cannabis permite un alivio del dolor, pero no genera los efectos secundarios de vómito, mareo y	Se debe destacar que son evidente los efectos positivos del cannabis y que el mismo resulta incluso más efectivo que la medicina convencional.

anteriormente?		era.	<p>ansiedad. Anteriormente tomaba resperidona la que controlo la enfermedad por un tiempo, sin embargo, se tuvo que añadir clonazepam y otros fármacos que le dejaban secuelas como aumento de ansiedad, o de la hormona de prolactina con riesgo de ginecomastia. Además, después de un tiempo la medicación dejó de funcionar y cuando subieron las dosis empeoraron los síntomas, con otros medicamentos como concerta y olanzapina emergió la distensión abdominal y el niño pasaba somnoliento cuando estaba medicado hasta que el efecto pasaba y se desataban los síntomas de peor manera.</p>	<p>detener los ataques y permite que ella pueda estar tranquila y no desesperarse al omento que le dan los síntomas relacionados a su trastorno que muchas veces le provocaban autoagresión.</p>	<p>permite dormir y comer bien.</p>	
¿Qué efectos secundarios se han generado por el uso del cannabis para el tratamiento de su enfermedad?	Ninguno.	Ninguno.	<p>Ninguno. Se podría tomar el frasco entero del extracto de cannabis que dormiría y pasarían los efectos sin problema. A diferencia de si sucedería lo mismo con el clonazepam ya que moriría o quedaría con lesiones cerebrales graves.</p>	Ninguno.	Ninguno.	<p>No existen efectos secundarios por el uso del cannabis para el tratamiento de enfermedades.</p>

¿El uso del cannabis para el tratamiento de su enfermedad ha generado niveles de adicción, dependencia o lo ha abocado a consumir otras sustancias?	Para nada.	Para nada, tanto que no tomo el extracto todos los días sino solo cuando necesito, pasando dos o tres días.	No, la base científica establece que el cannabis no causa adicción o dependencia física como lo hacen los otros fármacos (clonazepam, ritalina, morfina). Hay que diferenciar la cuestión medicinal de la lúdica. En mi caso yo lo uso como medicina, en otros casos la persona es la que hace de la sustancia una droga por no manejarlo de una manera idónea.	No, tanto que el uso se limita a cuando no interviene con otros tratamientos o medicamentos y solo cuando se presentan ataques para que estos se calmen.	No, tanto que el uso se limita a cuando no interviene con otros tratamientos o medicamentos y solo cuando es necesario y ya casi ni toma los extractos.	No existen niveles de adicción, dependencia o consumo de sustancias nocivas en los pacientes.
¿Cuál es el costo y nivel de accesibilidad a su anterior tratamiento en comparación a la medicina a base de cannabis?	Con las pastillas, 70 USD al mes. Actualmente 30 USD, 1 oz de cannabis al mes.	El extracto me cuesta \$20 dólares y tengo el contacto que me lo facilita. Las pastillas cuestan casi lo mismo, pero no me sientan bien.	La adquisición para los fármacos especiales que consumía anteriormente en las farmacias de Ambato así presente la receta especial le quedan viendo como si fuera a traficar. En cuanto al costo todo depende del fármaco por ejemplo la olanzapina cuesta 110 USD. El gotero de cbd cuesta 40 USD, sin embargo, solo se puede encontrar si es que se tiene los contactos que fabrican estos extractos, de lo contrario le pueden vender agua sucia.	Todo depende de la cantidad de fármacos que precise obtener y consumir por el tratamiento, el costo del aceite es menor al de los parches, si hablamos de disponibilidad el cannabis se consigue si tienes el contacto y los parches muchas veces son escasos.	El costo del aceite es menor al de los parches, si hablamos de disponibilidad el cannabis se consigue si tienes el contacto y los parches muchas veces son escasos.	Las respuestas coinciden en que los costos para acceder al cannabis son relativamente menores al de la medicina convencional. Sin embargo, los dos resultan de difícil acceso por la falta de stock o en el caso de la planta debido a que no está regulada.
¿Considera que enfrenta barreras socioeconómicas o	Barreras no, ya que no cultivo. Criminalización si	Si porque es ilegal.	Si, ya que si yo me pusiera a sembrar debería hacerlo a escondidas y si mis vecinos	Si	Si	Todos los entrevistados coinciden en que podrían ser criminalizados y

corre riesgo de ser criminalizado dado que la siembra cultivo y cosecha del cannabis para consumo con fines terapéuticos no está regulado?	ya que compro en el mercado negro, es decir ilegal.		llegaran a ver me dirían que estoy traficando. Además, si quiero acceder al aceite actualmente debo tener un contacto y hacerlo con total sigilo, si me quedo sin ese contacto se me acaba la medicina.			enfrentan varios tipos de dificultades para conseguir su medicina a base de cannabis por cuanto no está regulada.
¿Siente que el Estado está protegiendo de manera efectiva su derecho al acceso al cannabis como una opción al tratamiento de su enfermedad?	No. El Estado penaliza porque desconoce sus propiedades curativas.	No, el Estado debería apoyar este tipo e prácticas con la medicina natural para que la gente conozca ya que los químicos a la larga hacen daño.	No se ha llegado a tener ningún contacto con el Estado. No hay garantía del Estado para el acceso, no existen convenios con farmacias que produzcan esta medicina. Además, tampoco garantiza la calidad de los extractos artesanales que fluctúan en el mercado negro, se confía en el contacto y ya.	No, ya que no brinda ningún tipo de información y por ende la posibilidad de optar por esta alternativa de manera segura.	No, ya que no brinda ningún tipo de información y por ende la posibilidad de optar por esta alternativa de manera segura.	Ninguno de los entrevistados considera que el estado tutela efectivamente su derecho a la salud.
¿Cree usted que es necesaria una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo para tutelar su derecho al acceso a	Con la regulación se beneficiarían muchas personas de bajos recursos con enfermedades graves o terminales.	Estoy de acuerdo, el gobierno debería apoyar la medicina natural.	Debería hacerse un trabajo mancomunado, entre farmacéuticas porque tienen toda la tecnología y herramientas de las cuales no se dispondría en la parte comunitaria. Se debe empezar de algo rústico para hacer algo tecnificado y aquí no tenemos lo uno ni lo otro. Incluso el estado podría proveer la tecnología para quienes tienen el conocimiento para realizar este tipo de producción.	Si, totalmente.	Si, totalmente.	Todos los entrevistados coinciden en que debería existir una regulación que los proteja y ampare su acceso a los derivados del cannabis para el tratamiento de sus patologías.

la salud?			Con las farmacéuticas se podría garantizar la calidad, pero deberíamos ver cuánto subirían los costos.			
¿Desde su punto de vista una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo facilitaría el ejercicio de su derecho al acceso a la salud?	Si, farmacias cannábicas que expendan el producto bajo receta.	Si debido a que se podría comprar con más facilidad y si se cuenta con un registro de esto es más seguro sobre la calidad para comprar y consumir.	Si, facilitaría bastante el acceso y la reducción de costos. El nuevo modelo de atención integral de salud habla de a cuestión intercultural o alternativa el cannabis debería entrar por ese lado.	Sí	Sí	Todos los pacientes consideran que una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo facilitaría el ejercicio de su derecho al acceso a la salud.

Fuente: Entrevista

Elaboración: Jhon Mora

3.2 Análisis Resultados de Derecho Comparado

Indicador/País	Argentina	Chile	Uruguay	Análisis
Ley	Ley 27.350	Lay 20.000 y Decreto 84	Ley. 19.172 y Decreto 46-015	
Producción	No, importación de fármacos, hasta que el Estado esté en condiciones de generar industria propia.	El autocultivo, clubes de cultivo colectivo y la producción industrial para el uso medicinal y la investigación científica.	A través de licencias por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis para fines de investigación o utilidades farmacéuticas. Se permite el autocultivo	Es de destacar que los 3 países coinciden en contemplar la vía de la importación, pero, además, dos de ellos consideran que es necesario ir más allá y regular otras formas de producción de derivados de la planta garantizando un acceso a los mismos.
Puntos de dispensación	No, acceso a través de importación, o excepcionalmente autocultivo.	No, acceso a través de importación, cultivo para uso personal o cultivo colectivo. No hay un número máximo establecido de plantas.	Expendios y farmacias, o a través del autocultivo y clubes sociales.	Únicamente, Uruguay cuenta con entes autorizados para realizar el expendio de los productos, en las otras legislaciones la dispensación, por defecto se genera a través de las formas alternativas de producción como el autocultivo y cultivo colectivo.
Ente Regulador	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria	Autoridad Sanitaria y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.	Instituto de Regulación y Control del Cannabis	Los tres sistemas jurídicos, cuentan con un organismo nacional competente para controlar y regular las aristas del cannabis medicinal.
Requisitos	El médico determina que el medicamento es el adecuado y entrega una prescripción médica	La prescripción médica indica el consumo diario en gramos y tiene que justificar el uso medicinal	Receta médica que indique cantidad y tipo de producto y forma de administrar Para Sativex o Marinol: receta naranja (prescripción más restringida) y autorización del Ministerio de	El requisito primordial, como es lógico, es la receta médica; elemento que debe contener ciertas especificaciones y sirve como justificación del consumo

			Salud Pública para importar el producto desde el extranjero	medicinal de cannabis.
Restricciones y Sanciones	Prisión de 3 a 6 años para quien suministre cantidades no coincidentes con receta médicas; sanciones administrativas. Restricción de toda actividad relacionada con el consumo de cannabis sin autorización por parte del Estado	Sanciones administrativas y penales en caso de incumplir la normatividad. No se recomienda su uso por menores, pero el acceso está permitido siempre que el cannabis no se fume y esto requiere un diagnóstico de un médico	Apercibimiento, multas, sanciones administrativas y posibles delitos. Máximo 40gr mensuales. Se prohíbe toda forma de publicidad directa o indirecta, promoción o auspicio en cualquier medio	Todas las legislaciones establecen medidas para reprochar conductas tendientes a la desviación de la sustancia, las cuales se encuentran en el campo administrativo y penal.
Jurisprudencia	En dos fallos federales en casos de amparo, se ha permitido el cultivo domiciliario de cannabis como medida para garantizar el derecho a la salud, Bajo el supuesto de que "...la situación encuadraría dentro de aquellas conductas o acciones privadas que la Constitución ha querido proteger y garantizar dejándolas exentas de la autoridad de los magistrados en virtud de que permanecen en el ámbito privado y no afectan los derechos de terceros"	La Corte Suprema ha descriminalizado, el cultivo domiciliario y colectivo de cannabis con fines terapéuticos, considerando que: "las plantas no estaban destinadas a su comercialización o distribución a terceros, sino al consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo" cuando el cultivo lo realizan varias personas plenamente identificadas y determinadas para consumir en un futuro próximo, no hay afectación al bien jurídico salud colectiva	No	Se observa que, la naturaleza ideológica de la ratio decidendi en los dos fallos, coincide en tomar en cuenta que las acciones que por un lado en el caso Argentino autorizaron los magistrados y del otro en Chile no fueron reprochados por la Corte Suprema; no afectan algún bien público tutelado por el estado en particular, la salud, ni el derecho de terceros, y, por tanto, quienes las realizan se envisten de total licitud y legitimidad para el efecto, quedando el estado eximido de intervención alguna..

Fuente: Aguilar et al (2018)

Elaborado por: Mora (2018)

3.3 Análisis General de los Resultados

En el presente acápite se presenta un análisis global de carácter interpretativo sobre los resultados obtenidos, por medio del cual se efectuó un diagnóstico del contexto socio jurídico de la producción de Cannabis con fines terapéuticos y la tutela del derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa. De tal manera, los criterios de los expertos han sido examinados de manera lógica y en consonancia con los elementos jurídicos del caso, además, al tratarse de diferentes perspectivas que parten de ámbitos multidisciplinarios relacionados al objeto de estudio, estos fueron debidamente interpretados en su conjunto, lo mencionado permite dilucidar la situación legal de un fenómeno social como es el de la producción de cannabis con fines terapéuticos adyacente a la obligación de tutela del derecho a la salud del estado.

La desregulación de la siembra, cultivo y cosecha de cannabis para fines terapéuticos causa graves defectos en la política pública relacionada a la atención sanitaria y en el deber de tutelar del derecho a la salud del estado, ya que trae como consecuencia una falta de seguridad jurídica y atención de salud oportuna. Esto se refleja de diferentes maneras:

Un médico no está facultado para otorgar formalmente una prescripción de cannabis o sus derivados para uso terapéutico ya que incurriría en un delito. Es así como, al momento de que una persona pretende optar por esta alternativa para el tratamiento de sus patologías debe hacerlo de manera clandestina y por lo tanto riesgosa, pues no cuenta con una protección jurídica y reglas claras que le impidan incurrir en delitos relacionados al tráfico de drogas. Por ende, tanto si compra o produce el cannabis o sus derivados corre el riesgo de ser criminalizado, esto puede acarrear la decisión de no optar por el tratamiento o de acceder al mismo a través de sujetos que realizan una

producción en varios niveles, la que a pesar de tener resultados fructíferos; debería contar con una regulación que sirva de garantía al paciente en cuanto a la calidad y factibilidad de los productos para uso terapéutico a base de cannabis.

Ahora bien, si el estado limita la dispensación y producción de medicamentos a partir de los componentes de la planta, únicamente a entidades farmacéuticas públicas o privadas; se origina una privatización y selectividad del derecho a la salud, por cuanto no todas las personas cuentan con medios económicos suficientes para comprarlos. Lo cual ha resultado en la activación de mecanismos judiciales como los casos de amparo resueltos por el sistema judicial de argentina, donde bajo la misma *ratio decidendi*, se otorgó el permiso para cultivo domiciliario y se hizo justiciable el derecho humano al acceso al medicamento. Además, en el contexto donde fluctúan los intereses económicos y comerciales de las industrias relacionadas a la salud, intersecan con los inmersos en la salud pública que el Estado debe precautelar. De tal manera, los productos podrían encarecerse y se daría apertura a mercados irregulares que cubran las necesidades de quienes optan por esta alternativa de tratamiento, persistiendo la desregulación y los riesgos ya descritos. De ahí que, otros sistemas jurídicos, como Uruguay y Chile, hayan habilitado alternativas para impedir que el canal de importación sea el único por el cual los pacientes puedan obtener los derivados medicinales del cannabis; con el fin de dar cobertura normativa al fenómeno en su totalidad y evitar poner en riesgo a quienes, principalmente por cuestiones clínicas o socioeconómicas, obtienen su medicación por canales que distan de la comercialización.

Por consiguiente, la inexistencia de una regulación de la producción de Cannabis con fines terapéuticos a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa deriva en un incumplimiento del estado de tutelar del derecho al acceso a la salud y el deber de garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos

de calidad, a bajo costo, seguros y eficaces. Puesto que, se estaría coartando la adquisición de los derivados medicinales de la planta a quienes no cuentan con los suficientes recursos económicos para comprarlos, y la falta de regulación de otros modos de producción y acceso, provoca inseguridad jurídica, ya que no existen medidas de protección que les permita hacerlo legítimamente; dando apertura a posibles mercados irregulares por medio de los cuales se accede a los derivados de bajo ningún control del estado, o a que se realice una fabricación casera o artesanal de derivados medicinales, de la cual su calidad y efectividad, no se encuentra avalada.

Para contrastar lo mencionado, hay que resaltar en primer punto la existencia de evidencia científica y empírica que corrobora la factibilidad del uso médico de la planta, el cual no generaría efectos secundarios graves, dependencia o adicción, es decir no es una amenaza para la salud pública. Asimismo, la existencia de derechos constitucionales que amparan el autocultivo o cultivo colectivo de cannabis como parte del amplio espectro del derecho a la salud, los cuales priman por sobre las posibilidades no comprobadas de proliferar delitos conexos a la sustancia o su consumo en menores de edad, y es ahí donde la intervención del estado debe limitarse a generar mecanismos que regulen la legalidad y calidad de estos niveles de producción, en virtud de contar con marcos normativos que contribuyan al ejercicio del derecho a la salud e impidan la gestación de otros problemas relacionados a las drogas.

CONCLUSIONES

1. El derecho a la salud y al acceso al medicamento, son condiciones instrumentales fundamentales para la realización de cada persona, interrelacionadas al derecho al acceso a la salud, elevados al carácter de derechos humanos e imbuidos en un contexto económico, social y cultural; específico y propio de sus titulares, lo cual permite establecer que hay esferas dentro del derecho a la salud que involucran la gestión individual o colectiva de este, a partir de convicciones no necesariamente acordes con la medicina ortodoxa y es por ello que la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 362 reconoce a las entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa como medios para la atención sanitaria.
2. Existe un nivel significativo de evidencia histórica, científica y empírica que fundamenta la factibilidad del uso del cannabis con fines terapéuticos, tal es así que son varios los países que han optado por desarrollar normativas que regulen el uso medicinal de la planta, incluyendo varios aspectos jurídicos contenidos en leyes, decretos o fallos judiciales; puesto que el Régimen Internacional de Fiscalización de drogas no limita a que los Estados puedan desarrollar este tipo de medidas, inclusive la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha determinado algunas medidas de fiscalización en razón de lo dispuesto por la Convención Única de 1961.
3. Hasta la actualidad, Ecuador no cuenta con una normativa que regule la producción de cannabis con fines terapéuticos, pues la Autoridad Sanitaria

Nacional no ha cumplido con lo establecido en el artículo 43 y la disposición transitoria segunda del Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización; adicionalmente el Proyecto de Reglamento para el Uso Terapéutico, Prescripción, Dispensación de Medicamentos y Productos Naturales Procesados de Uso Medicinal que Contienen Cannabinoides incumple lo estipulado en los artículos 362 y 363 numerales 1, 2, 4, 7 de la Constitución de la República del Ecuador; al contemplar únicamente a las entidades farmacéuticas públicas o privadas para el acceso a la licencia de producción y dispensación de derivados de la planta.

4. El Estado incumple sus deberes relativos a la tutela del derecho al acceso a la salud, puesto que la falta de regulación de la producción de cannabis con fines terapéuticos provoca inseguridad jurídica, tanto para el médico o terapeuta que prescribe o produce medicamentos a partir de los componentes de la planta, como para las personas que optan por esta alternativa de tratamiento; ya que no cuentan con una protección jurídica que les permita hacerlo legítimamente, dando apertura a mercados irregulares por medio de los cuales se accede a los derivados de la planta comercializados bajo ningún control del estado. y por ende se desencadena una vulneración de derechos constitucionales y criminalización de estos sujetos; tal como se ha evidenciado en las respuestas de los expertos y pacientes.
5. Es necesaria una regulación de la producción de cannabis con fines terapéuticos de manera autónoma o comunitaria, por medio del autocultivo y cultivo colectivo, fundada bajo el reconocimiento a la diversidad social y cultural, en amparo de derechos conexos al de la salud; tales como, proyecto de vida,

integridad personal, dignidad humana, buen vivir, libre desarrollo de la personalidad y autonomía de la voluntad del paciente, que permita al Estado cumplir con el fin de garantizar acceso oportuno, permanente y equitativo a tratamientos que permitan contribuir con el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades necesarias para una vida saludable e integral, tanto a nivel individual como colectivo.

CRITERIOS JURÍDICOS

- Se debe tener en claro que los discernimientos de la OMS con respecto del cannabidiol (CBD) son meramente referenciales y los estados no se encuentran obligados a enmendar las convenciones del régimen internacional de drogas. Sin embargo, el criterio acerca del CBD genera una contradicción en lo instituido por los tratados, al mantener al cannabis dentro de las Listas I y IV de la Convención única de 1961 y además, daría paso a otro debate sobre si son únicamente algunos componentes del cannabis los que contienen propiedades medicas; dado que algunos usos terapéuticos involucran el consumo de concentrados de THC, CBN o a su vez de elementos contenidos en la planta en su conjunto. Es de resaltar la influencia de la coyuntura política nacional e internacional, legislación interna de cada estado y el papel de la ciencia médica ortodoxa como talantes que confluyen en la toma de decisiones con respecto a la enmienda o reclasificación del estatus de cannabis en las convenciones internacionales de fiscalización de drogas.
- Al tratarse de un fenómeno multidisciplinario, son varias las entidades que ejercerían el control del mismo, teniendo en cuentas las aristas de salud,

seguridad, inclusión social, control de precios y calidad. Por ello, se precisa asignar las competencias de todas las instituciones conforme a sus capacidades operativas y prerrogativas constitucionales que dan su razón de ser. Así, tendríamos que crear un trabajo interinstitucional entre entidades como el Ministerio de Salud, Agricultura, Inclusión Económica y Social, Interior; y, Superintendencia de Economía Popular y Solidaria.

- Los efectos de la falta de regulación son netamente perjudiciales en el derecho a la salud y el deber del Estado de tutelarlos; ya que no se garantizaría el acceso a la medicina a base de cannabis a la mayoría de población que podría necesitar esta alternativa y sobre todo se estaría coartando la adquisición de los derivados medicinales de la planta a quienes no cuentan con los suficientes recursos económicos para comprarlos. Además, esto daría camino a que emerjan mercados paralelos de carácter irregular que pueden estar involucrados al crimen organizado lo que sería mucho peor porque podrían surgir nuevos problemas relacionados al tráfico ilícito de sustancias; o a su vez, es probable que quienes ejercen este tipo de producción, a pesar de no estar involucrados al crimen organizado, sean criminalizados y lo sigan haciendo bajo ningún control ni regulación del estado, por ende no se tiene además la certeza de la calidad y efectividad de los productos. Es decir, el estado estaría incumpliendo el deber de garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces. (CRE art. 363.7 – LOS art. 9, f).

RECOMENDACIONES

1. El Estado debe cumplir su rol de garante del derecho humano a la salud y de tal manera respetar el reconocimiento constitucional a las entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa como formas no convencionales de atención sanitaria, en el desarrollo de normativas y políticas públicas.
2. Ecuador a través de sus funciones ejecutiva y legislativa, debe desarrollar una normativa que regule la producción del cannabis con fines terapéuticos, en observancia de la evidencia acerca de la factibilidad del uso de la planta para dichos propósitos, los aspectos jurídicos regulados en otros países, las particularidades constitucionales, sociales y legales del contexto nacional e internacional; y las determinaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en conjunto con las obligaciones del Estado relativas a la tutela del derecho a la salud.
3. El Ministerio de Salud debe respetar las prerrogativas constitucionales establecidas en los artículos 362 y 363 numerales 1, 2, 4, 7 de la Constitución de la República del Ecuador y ampliar las posibilidades de acceso a la licencia de producción y dispensación de medicamentos a base de cannabis con fines terapéuticos para entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa, con la finalidad de garantizar un acceso universal a la atención de salud, medicamentos de calidad, eficaces, seguros, a bajo costo y permitir que los intereses de la salud pública prevalezcan sobre los económicos y comerciales.

4. El Estado, por medio de una iniciativa legislativa o ejecutiva, debe despenalizar la prescripción, producción, siembra, cultivo, cosecha, tenencia y posesión del cannabis o sus derivados con fines terapéuticos, de manera literal en un artículo independiente en el Código Orgánico Integral Penal, para evitar la criminalización de pacientes y médicos o terapeutas que fluctúan en los mercados irregulares donde se comercializa la medicina a base de la planta; y desarrollar una pedagogía social e institucional en diferentes niveles, para informar y educar a la población y funcionarios como policías, fiscales, jueces, entre otros.
5. Se recomienda a la función legislativa y ejecutiva, regular la producción de cannabis con fines terapéuticos de manera autónoma o comunitaria, por medio del autocultivo y cultivo colectivo, en virtud de evitar el monopolio de las empresas farmacéuticas públicas y privadas, el encarecimiento del producto y que quienes optan por este tratamiento no se enfrenten a barreras socio económicas; y de tal manera, garantizar un acceso universal a la atención de salud, medicamentos de calidad, eficaces, seguros, a bajo costo y permitir que los intereses de la salud pública prevalezcan sobre los económicos y comerciales.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, G. (2007) *Informe Características de la Cannabis Sativa y sus Efectos en el Organismo Humano*. Unidad de Adicciones, Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de http://www.fiscaliadechile.cl/observatoriodrogaschile/documentos/publicaciones/caracteristica_cannabis_sativa_GA.pdf

Arana, X. & Germán, I. (2005). *Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis*. (1ª ed.) País Vasco, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L. & Nougier, M. (2018). *Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo*. International Drug Policy Consortium. Recuperado el 05 de mayo de 2018, de http://fileserver.idpc.net/library/Medicinal%20cannabis%20briefing_SPA_FINAL.PDF

Argentina. Juzgado Federal de Salta I. Sentencia 21.814 de 2 de marzo de 2018. Recuperado de <https://www.diariojudicial.com/public/documentos/000/077/394/000077394.pdf>

Argentina. Juzgado Federal de Viedma, Sentencia 16.986 de 2 de julio de 2018.

Recuperado de

<http://www.diariojudicial.com/public/documentos/000/079/375/000079375.pdf>

Ávila, R. (2012). *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir. La Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho a la salud*. Recuperado de

<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2985/1/Ávila%2C%20R-CON-006-El%20derecho.pdf>

Avilés, C. (2017). *El cannabis en las convenciones internacionales sobre drogas*.

Posibilidades y desafíos para una regulación. En: *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (p. 269-283). España: Ediciones Bellaterra.

Barriuso, M. (2011). *Los clubes sociales de cannabis en España*. Serie reforma legislativa en materia de drogas, 9 (6) 1-7.

Barriuso, M. (2012). *Ni prohibición ni mercantilización: buscando el equilibrio en la regulación legal del cannabis*. ZZAA. Cannabis. Usos, Seguridad Jurídica y Políticas. Ararteko, Vitoria-Gasteiz, 6 (1) 167-182.

Bewley-Taylor, D., Blickman, T. & Jelsma, M. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis*. Recuperado de <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>

Bewley-Taylor, D., Lelsma, M., Rolles, S., & Walsh, J. (2016). *La Regulación del Cannabis y los Tratados de Drogas de la ONU. Estrategias para la Reforma*. Recuperado de https://www.tdpf.org.uk/sites/default/files/Regulacion-del-Cannabis-y-los-Tratados-de-Drogas_web.pdf

Borrador para segundo debate del proyecto de Código Orgánico de Salud. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/05/COS_borrador_para_Segundo_debate-_marzo2018.pdf

Borrador del proyecto de Ley para el Uso del Cannabis para fines médicos y terapéuticos. Recuperado de <https://www.elcomercio.com/uploads/files/2016/06/14/Proyecto-ley-cannabisecuador.pdf>

Borrador del proyecto de Reglamento para el Uso Terapéutico, Prescripción, Dispensación de Medicamentos y Productos Naturales Procesados de Uso Medicinal que Contienen Cannabinoides. Recuperado de

[https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/10/proyecto_reglamento_uso_terapeutico_de_cannabis .pdf](https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/10/proyecto_reglamento_uso_terapeutico_de_cannabis.pdf)

Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: una propuesta para México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Recuperado de http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Cap__tulo_Primer.pdf

Callado, L. (2012). *Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos del cannabis*. Cannabis. Usos, Seguridad Jurídica y Políticas. 6 (1) 75 – 86.

Carvajal, A. (2016) *¿Se debe Legalizar la Marihuana?* Bogota, Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO310532015-marihuana_legalizacion.pdf

Chopra, I. & Chopra, R. (1957). The use of the cannabis drugs in India. *Bulletin on Narcotics*, 9(1), 4-29.

Constitución de la República del Ecuador. R. O. 242 del 20 de octubre de 2008.

Decorte, T. (2015). Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.016>

Edwards, S. (2010). *La legislación de drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país. Sistemas Sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, 51-60. Recuperado de <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-ecu/ss-ecuador.pdf>

Escobar, G. (2012). *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*. Cizur Menor: Aranzadi.

Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. España: Espasa-Calpe.

Fierro, C. (2017) La Corte Suprema y el auto cultivo de marihuana. *Revista Noventa y tres – Defensoría Penal Pública*. 15(2), 42 – 45. Recuperado de http://www.dpp.cl/resources/descargas/revista93/2017-05-30/Tabla_emplazamiento3.pdf

Figuerola, R. (2013). El Derecho a la Salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>

Fundación Daya, (2016). *Cannabis Medicinal: Una Breve Guía sobre usos y efectos*.

Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de <http://www.fundaciondaya.org/cannbis-medicnal-usos-efectos-tipos-de-cannabis/>

Fundación Instituto Català de Farmacologia. (2007). *Uso terapéutico del cannabis:*

Farmacología básica. Recuperado el 28 diciembre de 2017, de <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/Cannabis/ToleranciaCannabis> .

García, C. (2016). *¿Se Debe Legalizar La Marihuana?* Recuperado el 10 de octubre del

2017, de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/04/doctrina43124.pdf>

García, E. & Espada, J. (2006). *Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación*. Salud y drogas, 6(1), 47-70.

Guerrero, E. (2010) *La no criminalización de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, sistemas comparados y derechos humanos en perspectivas*, en

Entre el control social y los derechos humanos, los retos de la política y la legislación de drogas. Quito, Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/3_Entre_el_control_social_y_los_DDHH.pdf

Gras, I. (2015). *Eficacia terapéutica del cannabis en el control del dolor en pacientes oncológicos*. Revisión Sistemática Tesis posgrado Salamanca. Recuperado de https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125923/1/INMACULADA%20GRAS%20PERAL_TFM.pdf

Grinspoon, L. (2005). *History of cannabis as a medicine*. DEA statement, prepared for DEA Administrative Law Judge hearing. Recuperado el 10 de octubre del 2017, de http://www.maps.org/research-archive/mmj/grinspoon_history_cannabis_medicine.pdf

Hunt, Paul, & Khosla, Rajat. (2008). El derecho humano a los medicamentos. *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 5(8), 100-121. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>

International Centre for Science in Drug Policy, (2015). *Estado de la Evidencia uso de cannabis y regulación*. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de http://idhdp.com/media/401145/estado_de_la_evidencia_uso_de_cannabis_y_regulacion.pdf

Jerez, F. (2015). *La legalización de la droga en Ecuador*. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2048/1/TUQMDPJI002-2015.pdf>

Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. R. O. Suplemento 615 del 26 de octubre de 2015.

Mabit, J. (1997). Marihuana: ¿ángel o demonio? *Revista Takiwasi*, 3(5), 63-77.

Martínez, G. (2013). Regulación jurídica de la marihuana para uso terapéutico y recreativo. *Alegatos-Revista Jurídica de la Universidad Autónoma Metropolitana*, 36(85) 989-1008.

Molina, M. (2008). El cannabis en la historia: pasado y presente. *Revista Cultura y Droga*, 13(15), 96-110.

Muñoz, S. (2015). Cannabis en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 26(2), 138-147.

Müller, L. D. (1994). *El imperio de la razón: drogas, salud y derechos humanos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/873/9.pdf>

Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2014) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014*. Viena: Sección de Servicios en inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf

Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2017) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017*. Viena: Sección de Servicios en inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*. National Academies Press. Recuperado de <https://www.nap.edu/read/24625/chapter/1>

National Institute of Drug Abuse. (2017) *¿Qué es la marihuana medicinal?* Recuperado el 28 de diciembre del 2017, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana-como-medicina>

National Institute of Drug Abuse. (2016). *Teen substance use shows promising decline*.

Recuperado el 10 de octubre del 2017, de <https://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2016/12/teen-substance-use-shows-promising-decline>

National Institute of Drug Abuse. (2015) *¿Qué son los cannabinoides sintéticos?*

Recuperado el 28 de diciembre del 2017, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-cannabinoides-sinteticos>

NIC (2018) *Cannabis y cannabinoides (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*.

Instituto Nacional del Cáncer – NIC. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca/pro/cannabis-pdq/#section/all>

ONU, CDESC (2000). *Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos*

Económicos, Sociales y Culturales, Comentario General Nro. 14. Naciones Unidas. Recuperado de

https://confdts1.unog.ch/1%20spa/tradutek/derechos_hum_base/cescr/00_1_obs_grales_cte%20dchos%20ec%20soc%20cult.html#GEN1

Pacula, R., Chriqui, J., Reichmann, D., & Terry-McElrath, Y. (2002). State Medical Marijuana Laws: Understanding the Laws and Their Limitations. *Journal of Public Health Policy*, 23(4), 413-439.

Paladines, J. (2016). *En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en el Ecuador*. Recuperado el 10 de octubre del 2017, de <http://www.fes-ecuador.org/news-list/e/en-busca-de-la-prevencion-perdida-reforma-y-contrarreforma-de-la-politica-de-drogas-en-el-ecuador/?L=0&cHash=f36f2e40f9c011db223d62407fccf5cc>

Paladines, J. (2018) *Observaciones al proyecto de regulación del cannabis medicinal Ecuador*. Comisión de Salud, Asamblea Nacional. Recuperado de <https://drive.google.com/open?id=1oTTpTgVnHh7HM1DLZywd3TwsjrhrffrQi>

Pardo, B. (2014). *Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay*. *International Journal of Drug Policy*. 25(4), 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.05.010>

Peña, A., & Paco, O. (2007). Medicina alternativa: intento de análisis. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 68, No. 1, pp. 87-96). UNMSM. Facultad de Medicina.

Ramos, J., & Fernández, J. (2000). Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*, 12(5), 19-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.670>

Ramos, J. & Fernández, J. (2000). Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. *Adicciones*, 12(5), 41-58. Recurado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4473905>

Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. Decreto Ejecutivo 951. R. O. 717 del 22 de marzo de 2016.

Repetto, L. (2014). Regulación del Cannabis: ¿Un Asunto De Seguridad? *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 23(1) 6 – 34.

Romero, P. (2016). *Breve Guía para entender cómo funcionan las propiedades medicinales de la cannabis*. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de <http://www.fundaciondaya.org/guia-rapida-para-entender-el-cannabis-medicinal/>

Ruiz, M. (2007). *Organizaciones comunitarias y trabajo en salud: tensiones y aprendizajes en el Centro de salud Carol Urzúa*. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106043>

Russo, E. (2011). Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *British journal of pharmacology*, 163(7), 1344-1364
Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x>

Sánchez, A. & Caballero, J. (2003). *La vinculación en las instituciones de educación superior y en las universidades: autonomía y sociedad: derecho de la educación y de la autonomía* (No. 44). Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1091/3.pdf>

Seham, M., & Holloman, J. (1973). *The Right to Health*. In *Blacks and American Medical Care* (pp. 1-8). University of Minnesota Press. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctttd6k.6>

Sempértegui, A. (2018) *Cannabis Medicinal En Ecuador: ¿Una Posibilidad Cercana?*
Apuntes de Medicinal Legal. Recuperado de http://www.sempertegui.com/assets/03-12_aso_cannabismedicinal.pdf

Tenorio, R. (2014). *Ecuador y la Marihuana*. Quito, Ecuador: Editorial El Conejo.

Throckmorton, C. (2015) *FDA Work on Medical Products Containing Marijuana*, Center for Drug Evaluation and Review, Food and Drug Administration. Recuperado de <https://www.fda.gov/downloads/advisorycommittees/committeesmeetingmaterials/drugs/peripheralandcentralnervoussystemdrugsadvisorycommittee/ucm604736.pdf>

Transnational Institute (2015) *Las convenciones de drogas de la ONU*. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>

Transnational Institute (2015) *Reforma de la ley de drogas en Ecuador: guía básica*. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de <https://www.tni.org/es/publicacion/reforma-de-la-ley-de-drogas-en-ecuador-guia-basica>

Veletanga, J. (2017, 23 de mayo) ¿Qué tan cerca está Ecuador de autorizar el uso terapéutico del cannabis? *Redacción Médica, Editorial Sanitaria*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-qu-tan-cerca-est-ecuador-de-autorizar-el-uso-terap-utico-del-cannabis--90264>

Veletanga, J. (2018, 11 de abril) Cannabis medicinal, 4 casos clínicos ecuatorianos se presentarán en congreso internacional. *Redacción Médica, Editorial Sanitaria*. Recuperado de https://www..ec/secciones/profesionales/cannabis-medicinal-4-casos-cl-nicos-ecuatorianos-se-presentar-n-en-congreso-internacional--92024?utm_campaign=shareaholic&utm_medium=facebook&utm_source=socialnetwork

Valtueña, J. (2003). Medicinas tradicionales y alternativas. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 22(11), 62-66

Ware, M., & Desroches, J. (2014). Cannabis medicinal y dolor. *Pain Clin Updat*, 22(3), 1-7.

WHO Expert Committee on Drug Dependence, & World Health Organization. (2017). WHO Expert Committee on Drug Dependence: Annex-1 extract form the thirty-nine report. World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/mason/entity/medicines/news/2017/letter-DG39thECDDrecommendations.pdf?ua=1>

Zuarth, R. (2016). Corte de caja: la política prohibicionista de la marihuana y las alternativas a nuestra regulación. *Revista Pluralidad y Consenso*, 6(27) 99-103.

APÉNDICE

APÉNDICE A

CUESTIONARIO DIRIGIDO A EXPERTOS EN POLÍTICA PÚBLICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

1. ¿Considera qué es social y económicamente rentable para el Estado tener una política abstencionista y punitiva con respecto al fenómeno de la siembra cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos?
2. ¿Qué problemas se generan en el ámbito social y jurídico cuando actividades como la siembra cultivo y cosecha del cannabis con fines terapéuticos no cuentan con una regulación?
3. ¿Deberían los Estados partes de las convenciones del régimen internacional de fiscalización de drogas considerar enmendar y reclasificar el estatus del cannabis en base a lo señalado por la OMS en cuanto al potencial terapéutico de uno de los principales componentes de la planta como es el cannabidiol (cbd)?
4. ¿Cuáles son los efectos en la tutela del derecho al acceso a la salud cuando la producción y dispensación de medicina a base de cannabis se regula únicamente a través de entidades farmacéuticas privadas o públicas?
5. ¿Es necesario regular la producción de Cannabis con fines terapéuticos y el acceso a sus derivados a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, a más de las farmacéuticas privadas y públicas?

6. ¿En el caso de que se establezca una regulación que permita la producción de cannabis para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo para tutelar el acceso a la salud se fomentaría el tráfico ilícito de la sustancia y su consumo en menores de edad?
7. ¿Cuáles son los aspectos fundamentales a observar en una regulación del cannabis para uso terapéutico con el fin de evitar un aumento de los delitos relacionados al tráfico de drogas?
8. ¿Qué entidades son idóneas para ejercer el control de la producción de cannabis con fines terapéuticos tomando en cuenta el deber del estado de tutelar el derecho al acceso a la salud?

APÉNDICE B

CUESTIONARIO DIRIGIDO A EXPERTOS EN DERECHO

CONSTITUCIONAL

1. ¿Cuáles son los deberes primordiales del Estado para tutelar el derecho al acceso universal a la salud?
2. ¿Cuál es el deber del estado en cuanto a la atención de salud para tutelar los derechos que tiene una persona que sufre cierto tipo de enfermedad?
3. ¿Qué efectos se generan en el derecho a la salud cuando el Estado no garantiza un acceso oportuno a medicamentos?
4. ¿Con qué finalidad la constitución del 2008 en su art. 362 establece que el acceso o atención a la salud se debe prestar a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, a más de las estatales y entidades farmacéuticas privadas?

5. ¿Considera que constitucionalmente una persona está facultada para elegir alternativas no convencionales para el tratamiento y prevención de enfermedades como parte de su derecho a la salud?
6. ¿Considera que la no regulación de la siembra cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos, como alternativa para el tratamiento de ciertas enfermedades afecta la tutela del derecho al acceso a la salud?
7. ¿Desde la perspectiva del derecho al acceso a la salud, la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos debería ser regulada después de un pronunciamiento ciudadano a través de consulta popular?
8. ¿Cuáles son los efectos en la tutela del derecho al acceso a la salud cuando la producción y dispensación de medicina a base de cannabis se regula únicamente a través de entidades farmacéuticas privadas o públicas?
9. ¿Es necesario regular la producción de Cannabis con fines terapéuticos y el acceso a sus derivados a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa, a más de las farmacéuticas privadas y públicas?
10. ¿Qué derechos constitucionales individuales o colectivos inciden en la actividad de la siembra, cultivo y cosecha de cannabis con fines terapéuticos a través de entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa por medio del autocultivo y cultivo comunitario?

APÉNDICE C

CUESTIONARIO DIRIGIDO A EXPERTOS EN MEDICINA ALTERNATIVA

1. ¿Qué ha demostrado la evidencia científica sobre el consumo de cannabis con fines terapéuticos en cuanto a sus efectos en ciertas enfermedades y la calidad de vida de quien opta por esta alternativa de tratamiento?

2. ¿Cuál es el rol del sistema endocannabinoide en el cuerpo humano con y sin consumo de cannabis?
3. ¿Qué función terapéutica cumplen los cannabinoides y en qué tipo de enfermedades?
4. ¿Qué riesgos y efectos secundarios tiene el paciente cuando opta por consumir cannabis?
5. ¿El consumo de cannabis con fines terapéuticos genera niveles de adicción, dependencia o conlleva al paciente a ingerir otras sustancias?
6. ¿Desde su perspectiva médica, cuáles son las entidades idóneas para producir cannabis con fines terapéuticos en pro de salvaguardar la salud de los pacientes y garantizar el acceso a sus medicamentos?
7. ¿Cuáles son los elementos fundamentales a considerar desde el punto de vista médico para la producción de cannabis con fines terapéuticos con el fin de salvaguardar el derecho a la salud y acceso a medicamentos de los pacientes?
8. ¿Es posible producir medicina a base de cannabis a través de entidades autónomas comunitarias y de medicina alternativa por medio del autocultivo o cultivo colectivo de manera segura y efectiva para la salud de los pacientes?
9. ¿Desde su punto de vista, una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo facilitaría el ejercicio del derecho al acceso a la salud del paciente en términos de costos y adquisición de medicina?

APÉNDICE D

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PERSONAS CONSUMIDORAS DE CANNABIS CON FINES TERAPÉUTICOS O SUS FAMILIARES

1. ¿Qué enfermedad tiene, cuándo le fue diagnosticada, cómo ha sido tratada a raíz del dictamen médico?
2. ¿Cuándo y por qué tomó la decisión de optar por el cannabis terapéutico como alternativa de tratamiento?
3. ¿Cuál ha sido la contribución del uso del cannabis en el tratamiento de su enfermedad en comparación con la medicina que tomaba anteriormente?
4. ¿Qué efectos secundarios se han generado por el uso del cannabis para el tratamiento de su enfermedad?
5. ¿El uso del cannabis para el tratamiento de su enfermedad ha generado niveles de adicción, dependencia o lo ha abocado a consumir otras sustancias?
6. ¿Cuál es el costo y nivel de accesibilidad a su anterior tratamiento en comparación a la medicina a base de cannabis?
7. ¿Considera que enfrenta barreras socioeconómicas o corre riesgo de ser criminalizado dado que la siembra cultivo y cosecha del cannabis para consumo con fines terapéuticos no está regulado?
8. ¿Siente que el Estado está protegiendo de manera efectiva su derecho al acceso al cannabis como una opción al tratamiento de su enfermedad?
9. ¿Cree usted que es necesaria una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo para tutelar su derecho al acceso a la salud?
10. ¿Desde su punto de vista una regulación que permita la producción de cannabis y dispensación de sus derivados para uso terapéutico de manera autónoma o comunitaria por medio del autocultivo o cultivo colectivo facilitaría el ejercicio de su derecho al acceso a la salud?