



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE DERECHO, POLÍTICA Y DESARROLLO

TÍTULO: EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA
CONSTITUCIONAL.

TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO A
OPTAR EL GRADO DE ABOGADO DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DE LA
REPÚBLICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

BEITLICH LEMA NICOLE YINNY

NOMBRE DEL TUTOR:

ABG. ROBERT FRIEND MACIAS

SAMBORONDÓN, AGOSTO, 2019

Resumen.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

El cannabis es una planta utilizada de forma milenaria. Su utilización incluyó razones espirituales, lúdicas, pero también, medicinales desde hace aproximadamente 6000 años. Sus componentes aún son estudiados, resaltando entre ellos el THC (tetrahidrocannabinol), componente psicoactivo y el CBD (cannabidiol), componente no psicoactivo que tiene efectos medicinales comprobados en ciertas condiciones médicas. A pesar de contarse con una época de restricciones en torno a la planta, tanto organizaciones internacionales, como países alrededor del mundo han adoptado procedimientos de prescripción médica de estos compuestos. Actualmente en Ecuador se pretende la inclusión de un capítulo referente al cannabis en el Código Orgánico de la Salud, discutiéndolo como un tema nuevo que no se encuentra regulado; sin tomar en cuenta la existencia de una vía legal para la obtención de estos medicamentos. Es decir, el desconocimiento social sumado al miedo de los vacíos legales que existen en la normativa, han causado un detrimento a la calidad de vida de muchos pacientes que no responden a tratamientos convencionales y necesitan este tipo de medicina, especialmente aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Palabras clave: Cannabis, THC, CBD, restricciones, vacíos, normativa

Abstract

Cannabis is a plant used from ancient times. Its use included spiritual and playful matters, but most importantly the use for medicinal reasons for more than 6000 years.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

Its components are still studied, highlighting among them THC (tetrahydrocannabinol), psychoactive component and CBD (cannabidiol), a non-psychoactive component that has proven medicinal effects in certain medical conditions. Despite having mayor restrictions around the plant, currently both international organizations and countries around the world have adopted medical prescription procedures for these compounds. Currently in Ecuador it is intended to include a chapter referring to cannabis in the Organic Health Code, discussing it as a new issue that is not regulated; without considering the existence of a legal way to obtain these medicines. The social ignorance added to the fear of the legal gaps that exist in the regulations, have caused a detriment to the quality of life of many patients who do not respond to conventional treatments and need this type of medicine, especially those found in Vulnerability status

Key words: Cannabis, THC, CBD, restrictions, gaps, regulations.

1. Introducción

La existencia de restricciones y políticas públicas internacionales, que categorizaron al cannabis como una droga con un alto grado de peligrosidad y ningún beneficio médico, produjo una disminución en la producción de investigaciones sobre sus beneficios medicinales. De forma negativa, el cannabis comenzó a mencionarse por las regulaciones que se planeaban para el opio¹, sustancia diferente al cannabis y que tiene efectos a su vez divergentes. De hecho, sin demasiado sustento teórico, por la influencia de autoridades Italianas, quienes contaban con el respaldo de Estados Unidos, se garantizó su mención en un anexo de la Convención Internacional del Opio de 1912.² Al paso del tiempo, una vez finalizada la primera guerra mundial, las iniciativas para desarrollar el sistema de fiscalización se auspiciaron por la Sociedad de las Naciones. Es así, que una delegación de Egipto, nuevamente con el apoyo estadounidense, utilizó la hipérbole en lugar de pruebas científicas para lograr que el cannabis se clasifique como una droga; hecho que marcó el inicio de su control en la Convención de Ginebra³ de 1925.⁴

¹ Las drogas opioides son aquellas que se unen a los receptores opioides ubicados, principalmente, en el sistema nervioso central. Las sustancias opiáceas se pueden dividir en tres: Los alcaloides del opio, como la morfina; los semi-sintéticos, como la heroína; y los completamente sintéticos, como la metadona. Los opioides se encuentran categorizados como una droga dura, lo que significa que causa adicción o dependencia física y psíquica. Las drogas blandas por su parte conllevan a dependencia de un solo nivel, físico o psíquico, sin llegar a patrones de comportamiento social de desadaptación. VALDÉS Adiel, et al. *Drogas, un problema de salud mundial*. 2018. p. 174. LÓPEZ José. *Criminalística actual, ley, ciencia y arte*. 2012. p.703. menciona respecto a las drogas duras y blandas que las primeras son las fuertemente adictivas, como la heroína y la cocaína, mientras las segundas son las que se consideran no adictivas o lo son en un menor grado como las variedades de cáñamo índico.

² La Convención Internacional del Opio de 1912 tuvo lugar en La Haya y fue ratificado por países como: Alemania, Estados Unidos, Rusia, China, Francia, Portugal, entre otros. Dentro de la presente se menciona al cáñamo de las indias dentro de un anexo elaborado en diversas reuniones celebradas entre diciembre de 1911 y enero de 1912. Sobre él, se menciona que la conferencia estima la necesidad de estudio de la cuestión del cáñamo indio desde un punto de vista tanto científico como estadístico con el objetivo de regular, de ser necesario, su consumo abusivo. Convención Internacional del Opio. La Haya, 23 de enero de 1912. Convención Anexa.

³ La convención de Ginebra del 19 de febrero de 1925 consistió en el convenio internacional sobre el opio. Dentro de la misma, en el capítulo IV, se incluyó la prohibición de exportación de la resina y preparaciones a base de la misma, provenientes del cáñamo de la India, nombre con el que se refiere al cannabis en la convención. Adicionalmente se menciona que puede existir un permiso de exportación y

CONSTITUCIONAL

Fue en 1945 cuando Washington D.C., al posicionarse como potencia, impulsó con éxito un control más estricto del cannabis con trascendencia internacional. El reproche estadounidense a la planta, se argumentaba con comentarios sobre su posible influencia en la utilización de otro tipo de sustancias catalogadas como drogas; y adicionalmente, su asociación con la delincuencia en la época. Existe la presunción de que la magnitud de la campaña anti marihuana de Estados Unidos, más datos científicos poco fiables, influenciaron en la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), para colocar al cannabis en la Convención Única de Estupefacientes de 1961⁵. Es así, que la planta pasó de ser naturalmente consumida a tener un estricto control por su categorización como una sustancia altamente peligrosa y prácticamente con ningún beneficio médico.⁶

Con el paso del tiempo se han realizado nuevas investigaciones científicas que revelan los beneficios medicinales del cannabis y los atribuyen a sus componentes cannabinoides. En la actualidad, han existido cambios significativos en lo que respecta a la clasificación de las sustancias a base del cannabis, en la OMS. Es decir, la sociedad se encuentra frente a un cambio radical de posturas en cuanto a la planta y específicamente a la utilización de los cannabinoides de forma medicinal; utilizando tecnologías que certifiquen que el producto no contiene componentes psicoactivos.

aprobación de importación certificando que su utilización se destinaría solo a sus médicos y científicos. Convenio internacional sobre el opio. Ginebra, 9 febrero 1925. Capítulo IV.

⁴ BEWLEY-TAYLOR Dave, BLICKMAN Tom y JELSMA Martin, *Auge y caída de la prohibición del cannabis: la historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*, 2014, p. 3.

⁵ La convención única de 1961 sobre estupefacientes indica en su artículo 28, que si una parte permite el cultivo de la planta para producir cannabis o resina debe aplicar lo dispuesto en el artículo 23 para la fiscalización de la adormidera. El 23, por su parte, indica que el estado miembro que permita el cultivo deberá tener un organismo oficial para designar las zonas de cultivo, realizado por cultivadores con licencia que entregarán al organismo el material en máximo 4 meses contados desde la recolección. Las partes a su vez se comprometen a implementar las medidas necesarias contra el tráfico ilícito de la planta. En la conferencia de las Naciones Unidas para aprobar la convención, se encontraron representados setenta y tres Estados, como lo son Estados Unidos, Italia, Noruega, Francia, China, Ecuador entre otros. Convención Única de 1961 sobre estupefacientes. Nueva York, 30 de marzo de 1961.

⁶ BEWLEY-TAYLOR, Dave; BLICKMAN, Tom, y, JELSMA, Martin. Ob Cit.

CONSTITUCIONAL

Los cambios generados en las corrientes del pensamiento, originados por la posibilidad de que el cannabis acarree beneficios significativamente altos a la salud, provocan el cuestionamiento de si el cannabis ha sido sujeto a una estigmatización sin fundamento, o por el contrario, si los comentarios respecto a sus propiedades, son los que no tienen sustento.

La preocupación de la sociedad se basa en los efectos psicoactivos de la planta y su posible afectación a largo plazo en el organismo humano. Por esa razón, es necesario remarcar que la presente investigación, de método analítico descriptivo, tiene como objetivo exponer los conceptos y componentes del cannabis, para primero establecer que el cannabidiol (en adelante CBD), es un compuesto del cannabis no psicoactivo y diferenciarlo con aquellos que pueden generar dependencia como el tetrahidrocannabinol (en adelante THC).

Seguidamente, deben mencionarse los pronunciamientos legales internacionales de organizaciones y países, que han decidido regularizar el cannabis en el ámbito terapéutico, con el propósito de garantizar el Derecho a la salud y a la calidad de vida, especialmente, de personas con enfermedades catastróficas. Finalmente, describir las normas, sanciones y competencias de las instituciones, que tienen las atribuciones legales necesarias, para regular y normar los diferentes aspectos relacionados al cannabis.

2. El cannabis: la planta

2.1 Breves antecedentes

Históricamente el cannabis ha tenido más influencia de la que se manifiesta en la actualidad. Desde hace aproximadamente 6000 años se conoce de la planta. A lo largo del tiempo se le ha utilizado por sus fibras para elaborar tejidos y cuerdas; como aditivo alimenticio; como aceite, con la finalidad de aliviar o curar diversas

CONSTITUCIONAL

enfermedades; y, adicionalmente por sus características psicoactivas también se utilizaba con fines lúdicos o espirituales. Específicamente en el ámbito medicinal, los registros de la planta para el tratamiento y alivio de ciertos males, datan de 2600 a.C. por mencionar la planta en el libro de medicina “*Nei Jing*”⁷, que se atribuye al tiempo del emperador Huang Ti en China.⁸

En India, el uso de la planta se relacionaba también con la parte espiritual del ser. A pesar de que se dice que provenía del acervo de los arios, al invadir India alrededor del año 2000 a.C., los vedas sagrados hacen mención a su relación con el dios Shiva, quien trajo la planta para alegría de su pueblo, lo cual conllevó, a su utilización en ceremonias religiosas. La planta también es referida en el *Atharva veda*, escrito entre el 1500 y 1200 a.C., que la categoriza como una planta sagrada que afloró sus propiedades curativas por la bondad extrema de los dioses. Fuera de la mitología, entre el siglo I a.C. y hasta el siglo VII d.C. aproximadamente, un tratado médico indio denominado el *Susruta-Samhita*⁹, recoge las propiedades médicas de la planta. Más adelante en el tiempo se referencia la utilización del cannabis a finales del siglo VIII d.C. por los sumerios, quienes lo emplearían en ritos y en tratamientos medicinales.¹⁰

⁷ En el *Nei Jing*, se establece por ejemplo, la utilización de prendas de cáñamo cada vez que se realizan perforaciones en el pecho o el abdomen. “[Whenever] one pierces the chest and the abdomen, one must bandage them with a hemp cloth”. UNSCHULD, Paul, TESSENOW, Hermann. *Huang Di Nei Jing Su Wen: An Annotated Translation of Huang Di’s Inner Classic*. 2011. p. 267

⁸ CANDELA, Eva, ESPADA, José. *Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación*. 2006, p.51.

⁹ Se hace referencia a la utilización de hilos de cáñamo para la suturación de úlceras. “Then having preside the ulcera up into its proper position it should be sutures with strings of any of the following kinds [...] fibres of [...] hemp plants” BHISHAGRATNA, Kunja Lal (ed.). *An English Translation of the Sushruta Samhita: Based on Original Sanskrit Text, with a Full and Comprehensive Introd., Additional Texts, Different Readings, Notes, Comparative Views, Index, Glossary and Plates*. Calcuta . 1907-1916. p. 240

¹⁰ Entre los usos que le atribuyeron los sumerios, se encontró su aplicación como unguento o dosificado como vapor terapéutico para la enfermedad del envenenamiento de las piernas, que es atribuible a la artritis; en alimentos para la depresión; para la impotencia; las piedras renales, entre otras enfermedades, e incluso, suposiciones que involucran la hechicería. RAMOS, J., FERNANDEZ, J. *Uso de los cannabinoides a través de la historia*. 2011. pp. 19-30.

CONSTITUCIONAL

La estabilidad del cannabis se mantuvo y acrecentó entre mediados del siglo XIX d.C. e inicios del siglo XX. Fue de hecho, Jacques-Joseph Moreau, quien en Francia, realizó una descripción de la intoxicación cannábica, por medio de la observación, encontrando efectos psicotrópicos como la distorsión de la percepción del tiempo, euforia, excitación intelectual con disociación de ideas y finalizó mencionando posibles efectos nocivos al sistema nervioso¹¹.

La introducción del cannabis al continente americano se dio por españoles, portugueses, ingleses y franceses; teniendo más afluencia, con el pasar del tiempo en Centro-América. Por lo mencionado, se relacionó la introducción de la planta a Estados Unidos con los inmigrantes centroamericanos y no los colonizadores europeos. La regulación del cannabis se tornó más restrictiva, consecuentemente se produjo un descenso en su consumo medicinal, que se acentuó con la aparición de fármacos como la aspirina.¹²

Razonablemente, la aparición de fármacos sin restricción y las asociaciones sociales que se configuraban alrededor del cannabis, provocaron que se dejara de mencionar su uso medicinal y cesara el interés de investigar al respecto. Al paso de los años, en el apogeo del Jazz europeo en 1950, se comenzó a asociar al cannabis con sus efectos recreativos; que continuó con la rebeldía hippie en los 60 y 70. Si bien es cierto que en 1980, el protagonismo del cannabis decreció por la aparición de sustancias nocivas como la heroína¹³; en los 90 en cambio, existió un aumento en su consumición¹⁴.

¹¹ Ibid. p. 26.

¹² Ibid p. 26

¹³ La diacetilmorfina, comúnmente conocida como heroína es un derivado de la morfina, proveniente del opio. Normalmente su abuso se realiza por medio de inyecciones. STRAIN Eric. *Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis*. 2019

¹⁴ RAMOS J., FERNANDEZ J. Ob. Cit. p. 27

CONSTITUCIONAL

Como puede observarse dentro de la presente sección, desde hace aproximadamente 6000 años se ha utilizado el cannabis con diferentes finalidades, sean estas lúdicas o medicinales. Es decir, es una planta de uso milenario utilizada principalmente para aliviar dolencias en el cuerpo, siendo a mediados del siglo XX que su consumo se tornó más restrictivo y se enfatizó la afectación social de su uso recreativo.

2.2 Componentes y su relación con el cuerpo humano

Existen investigaciones que establecen los posibles efectos nocivos del cannabis en el cuerpo humano; de hecho se menciona que el riesgo de dependencia es de 16% en consumidores adolescentes y de 33% a 50% en consumidores habituales. Cabe anotar que las investigaciones de estimaciones de riesgo datan de 1990 y pueden haberse afectado por cambios en los criterios de diagnósticos de dependencia o por la potencia del producto; en tanto que, debe considerarse que en el 2016, se establece que las consecuencias adversas sobre la salud en cuanto a problemas de dependencia al cannabis, parecen ser menos graves que las provenientes de personas que presentan dependencia al alcohol y a los opioides.¹⁵

Otros estudios indican que el cannabis utilizado por adolescentes produce una disminución en su coeficiente intelectual (CI) al pasar el tiempo de consumo, mientras que, cuando se inicia en la edad adulta, no se observa un decrecimiento del CI por uso persistente del cannabis. Cabe indicar que cuando el consumo se generaba en el periodo de la adolescencia, atribuyéndolo al estado de desarrollo del sistema neurotransmisor, se

¹⁵ Además, se estipula que es necesario realizar profundizaciones investigativas en cuanto a la frecuencia de consumo mundial, en el tipo y forma de consumo, su mezcla con otras sustancias como el tabaco, y, menciona, que la mayoría de investigaciones sobre el consumo de cannabis se han realizado en países de ingresos altos, en personas fumadoras, por lo que se estima necesario también realizar investigaciones de su consumo en países con ingresos medios y bajos. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médico*. Washington, D.C., 2018. pp. 25-26

CONSTITUCIONAL

observó mayor vulnerabilidad en los sujetos¹⁶. Otra investigación,¹⁷ apunta su interés a la psicosis asociada al cannabis determinan que no existe una relación causal entre las alteraciones a largo plazo con el consumo del producto. Sin embargo, la psicosis producida por el cannabis puede resultar en el desarrollo de enfermedades, como la esquizofrenia, en pacientes con ciertos riesgos de vulnerabilidad asociados a la edad de inicio de consumo, las cantidades de consumo o personas con predisposición a este tipo de trastornos.¹⁸

Dentro de la planta se pueden encontrar cientos de compuestos entre los que destacan los cannabinoides, que han tratado de ser clasificados encontrándose diferencias principalmente estructurales. Es así, que existen los cannabigeroles, cannabicromenos, cannabidioles, los tetrahidrocannabinoles (nueve formas diferentes), entre otros; que tienen distintos efectos dentro del cuerpo humano.¹⁹

Autores, como Arévalo-Martín [et al.], afirman la potencia psicoactiva del THC y mencionan la existencia de otros compuestos psicoactivos, aunque en menor cantidad, como el 8-THC. Así mismo, se establece que el cannabinol (CBN) también tiene propiedades psicoactivas, la diferencia con el THC es de 1 a 10. Por su parte, el cannabidiol (CBD) es un compuesto que no posee características psicoactivas y se están investigando en la actualidad sus posibles usos clínicos relacionándolo con su

¹⁶ MEIER, M., et al. *Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife*. 2012. pp. E2657–E2664

¹⁷ FERNÁNDEZ-ARTAMENDI, et al. *Cannabis y Salud Mental*. 2011. p. 187

¹⁸ Investigaciones, como la realizada por Quiroga, concluyen que el consumo de THC precoz y repetido por personas con predisposición a trastornos como la esquizofrenia, resultan en la aparición de episodios luego de un año de consumo (aproximadamente) y que en general tienen mayor cantidad de recaídas. La razón por la que se produce la influencia se debe a que, en sujetos esquizofrénicos, se produce una alteración del sistema endocannabinoide endógeno similar al que se produce por los efectos de la intoxicación cannábica, en sujetos sanos. La misma investigación menciona a su vez que no se ha establecido una psicosis persistente por acción exclusiva del cannabis. Es decir, aún no se ha determinado si su consumo es un detonante, agravante, mero acompañante o una especie de automedicación de un trastorno mental primario. QUIROGA Manuel. *Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental*. 2011. pp. 135-147

¹⁹ MANDRIOLI Mara, TURA Matilde, SCOTTI Stefano. *Fast Detection of 10 Cannabinoids by RP-HPLC-UV Method in Cannabis sativa L*. 2019. pp. 1-12

CONSTITUCIONAL

actuación como antioxidante y con el sistema inmune; por ejemplo, se menciona que sus efectos antiartríticos pueden ser el resultado de la actividad inmunosupresora del compuesto.²⁰ El cannabis, específicamente sus fitocannabinoides, interactúan con el sistema endocannabinoide de forma que, provoca reacciones en receptores, como el receptor cannabinoide 1 (CB1) y el receptor cannabinoide 2 (CB2). El CB1 es un tipo de receptor que se presencia particularmente en el sistema nervioso central, neuronas ubicadas en el área de la corteza prefrontal, amígdala, cerebelo, entre otros. Por su parte, los receptores CB2 se encuentran en los macrófagos, células B, células NK (por su nombre en inglés, *natural killers cells*), miocardio, entre otros²¹.

Ante lo mencionado, autores como Stith, Franco y otros²², señalan que existe la posibilidad de que el CBD tenga efectos más significativos que el THC. La razón radica en que a pesar de que el THC tiene afinidad con los receptores CB1, que se encuentran en el cerebro, los efectos psicoactivos suelen ser poco duraderos y su utilidad es más lúdica; por el contrario, el CBD no tiene afinidad con los receptores CB1, sino que, genera sus reacciones en los receptores CB2 por lo que sus funciones son más como agente antiinflamatorio e inmunosupresor. Es decir, al no poseer características psicoactivas, el CBD puede operar de manera inconsciente para el usuario.

Finalmente, es necesario destacar, que la planta de cannabis en su totalidad tiene diferentes usos y reacciones en nuestro cuerpo, que se desarrollan en los receptores CB1 y CB2. Además, como lo resalta Rose²³, los componentes del cannabis incluyen a

²⁰ ARÉVALO-MARTÍN, Ángel [et al.] *Guía Básica sobre los Cannabinoides. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC)*. 2002. pp. 13-14

²¹ EBBERT John, SCHARF Eugene y HURT Ryan. *Medical Cannabis*. 2018. pp. 1842-1847

²² STITH, Sara, et al. The association between cannabis product characteristics and symptom relief. 2019. 1-8 pp.

²³ ROSE Abeline. *Cannabinoid interactions with ion channels and receptors*. 2019. p. 162

los fitocannabinoides, entre los que resaltan el THC, que es un componente psicoactivo y el CBD, que no posee características psicoactivas.

3. El cannabidiol en el contexto internacional

3.1 Organizaciones internacionales

El informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, correspondiente al 2018, que consta entre los documentos de las Naciones Unidas, expone, entre otras cosas, breves reseñas de los efectos del cannabis en el tratamiento de ciertas enfermedades. En ese texto, se incluyó un capítulo de recomendaciones de la Junta, especificando la ratificación del documento de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, en cuanto al uso medicinal supervisado de los cannabinoides. Entre las recomendaciones se expresa la necesidad de que los países miembros cuenten con planes de acceso al compuesto y tengan un respaldo científico sólido; así mismo, que se vigile y evalúe su eficacia médica.²⁴

Posterior a la elaboración del informe, la OMS refirió sobre el cannabis en el Extracto del Informe 41 del Comité de Expertos en Farmacodependencia: cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis, indicando que las pruebas presentadas demuestran que la planta y resina del cannabis no son susceptibles a producir los efectos que causan otras sustancias que constan en la lista IV de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. Además se demostró que preparados de cannabis alivian

²⁴ Al respecto, la junta ha manifestado que los tratamientos con cannabis, no son un tratamiento de primera línea, especialmente cuando su ingesta se realice por medio de la inhalación, ya que no se puede obtener una dosis específica de cannabis o sus derivados. NACIONES UNIDAS. *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2018*. Viena, 2019. El citado informe no es el único en mencionar los efectos del CBD, pues en el 2017, el Comité de Expertos en Farmacodependencia mencionó que el CBD, compuesto no psicoactivo del cannabis, podría tener beneficios terapéuticos en enfermedades como el alzheimer's, parkinson, esclerosis múltiple, huntington's, dolor, psicosis, ansiedad, depresión, cáncer, náuseas, enfermedades inflamatorias, complicaciones diabéticas, enfermedades cardiovasculares, entre otros. EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE. *Cannabidiol (CBD) Pre-Review Report Agenda Item 5.2*. Geneva. 6-10 November 2017. p. 18

CONSTITUCIONAL

síntomas como la epilepsia, la espasticidad (asociada a esclerosis múltiple), entre otras condiciones que generan la necesidad de que el nivel de fiscalización, no impida la obtención de la planta para la investigación y elaboración de preparados médicos que la contengan.²⁵ De hecho, fue en enero del 2019 que se envían las cartas de recomendación del Comité de Expertos en Farmacodependencia, que intentan convencer a la OMS de no incluir en los tratados de fiscalización de drogas, al cannabidiol puro. Lo mencionado significa que dejarían de estar sujetos a fiscalización internacional los preparados con predominancia de cannabidiol y no más de un 0,2% de Tetrahidrocannabinol.²⁶

El Parlamento Europeo²⁷, por su parte, considera el panorama político del cannabis, su evolución y la confusión que aún existe entre la legalización recreativa del cannabis y la necesidad de proporcionar acceso seguro y sobre todo legal al cannabis medicinal; por lo que ha pedido a la Comisión Europea y autoridades, trabajar para la creación, en primer punto, de una definición de cannabis medicinal y su diferenciación entre el uso recreativo y el uso medicinal autorizado por la Agencia Europea de Medicina (EMA). Seguidamente, se consideran sus beneficios y se reconoce la insuficiencia en cuanto a la financiación de ensayos al respecto; expresando la necesidad de incluirse en el noveno programa marco para programas de investigación, con la finalidad de estudiar los posibles usos terapéuticos del THC y el CBD.

El mismo Parlamento, en la Resolución B8-0071/2019, pide a los Estados miembros que examinen sus legislaciones respecto al uso de medicamentos a base de

²⁵ COMITÉ DE EXPERTOS EN FARMACODEPENDENCIA. *Extracto del Informe del 41º: cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis*. p. 2

²⁶ ADHANOM, Tedros. *Carta dirigida al Excmo. Sr. António Guterres Secretario General de las Naciones Unidas*. Ginebra. 2019. pp. 1-3

²⁷ Resolución del Parlamento Europeo, sobre el uso del cannabis para fines terapéuticos [B8-0071/2019](#). 13 de febrero 2019.

cannabis, siempre que las investigaciones científicas prueben un mejor resultado y que el producto no cuente con propiedades adictivas. Si bien se manifiesta que la existencia de una normativa global; basada en pruebas de eficacia sobre medicamentos a base de cannabis; limitaría el mercado negro, es de resaltar que ayudaría a que pacientes que requieran el producto, tengan a su alcance un medicamento seguro, de acceso legal y más económico.²⁸

En conclusión, tanto las Naciones Unidas, como el Parlamento Europeo, se están ocupando de esclarecer y redefinir los conceptos en torno al cannabis e incentivar a la realización de investigaciones científicas sobre los diferentes usos medicinales que se le puede dar a la planta.

3.2 Legislación internacional del cannabis

Alrededor del mundo, a la fecha, existen diversos países que han modificado sus regulaciones, para permitir la utilización del cannabis medicinal. Resulta indispensable, luego de haber realizado un recuento científico de los términos y de establecer la posición de organizaciones como la OMS, que se describan puntualmente las legislaciones de algunos países, que han decidido aprobar la utilización de cannabis con los fines mencionados o en su defecto con fines investigativos, a las cuales se hace referencia a continuación.

3.2.1 Alemania

La legislación alemana comenzó la prescripción de productos de cannabis medicinal a través de una enmendación a la ley de narcóticos y otras regulaciones; es así, que la prescripción del medicamento, debe cumplir con los requerimientos de la Ley farmacéutica y de narcóticos. Paralelamente a la enmienda antes referida, se inició la

²⁸ Resolución del Parlamento Europeo, sobre el uso del cannabis para fines terapéuticos [B8-0071/2019](#). 13 de febrero 2019.

CONSTITUCIONAL

actividad de una Agencia de Cannabis, creada con la finalidad de pretender el inicio de cultivo con fines no industriales, acorde a lo establecido en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961²⁹ de la que Alemania es Estado parte.³⁰

3.2.2 Australia

Dentro de la legislación australiana se establece que los productos del cannabidiol se encuentran en la categoría número 4, lo que significa que su propósito es para uso humano y su adquisición requiere prescripción médica. Dentro de la norma titulada “*Poisons Standard June 2019*” se establece en su apéndice D que el cannabis se encuentra entre las sustancias que pueden ser prescritas por un médico autorizado. A su vez, el apéndice K establece que el tetrahidrocannabinol, se encuentra entre las drogas que requieren ser etiquetada con una advertencia de sedante, excluyendo al cannabidiol. Ante sus diversas clasificaciones, se establece en el mismo cuerpo normativo, que el cannabidiol para uso terapéutico comprende el 98% o más del total de cannabinoides y 2% o menos, de otros cannabinoides que no sean CBD.³¹

3.2.3 Uruguay

En la Ley 19.172³² se trata lo relacionado a la marihuana y sus derivados con la finalidad de regular las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición, entre otras. La razón que respalda las regulaciones, se encuentra en el artículo 1 de la ley referenciada y expresa la necesidad de proteger y mejorar la salud pública y minimizar los riesgos del uso del cannabis. Por lo

²⁹ Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York. 30 de marzo de 1961.

³⁰ FEDERAL INSTITUTE FOR DRUGS AND MEDICAL DEVICES. Annual Report 2017/18. Germany, 2018, p. 36.

³¹ “Poisons Standard June 2019” publicado en el Registro Federal de Legislación, Australia, Junio de 2019.

³² Ley N° 19.172. Marihuana y sus derivados: control y regulación del estado de importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Montevideo. Promulgada en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, Uruguay, el 7 de enero de 2014.

CONSTITUCIONAL

mencionado, se genera un marco regulatorio que incluye lo referente al cannabis industrial, recreacional y medicinal; siendo el Decreto 46/015³³ el reglamento relativo a la regulación y control del cannabis y dispone la permisión de plantación, cultivo, cosecha y comercialización autorizada y controlada, destinada a la investigación o producciones medicinales.

3.2.4 Brasil

La Resolución - DRC No. 17 de 6 de mayo de 2015³⁴ se encargó de determinar una permisión expresa a la importación de productos a base de cannabidiol a personas naturales previamente autorizadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), ente que a su vez se encarga de las regulaciones al respecto. En la presente legislación, se han aprobado incluso medicamentos con THC para situaciones excepcionales y medicamento comprobados.

3.2.5 Perú

La Ley No 30681³⁵ regula el uso medicinal del cannabis y sus derivados, siendo importante destacar que el objeto de la ley tiene por fin garantizar el derecho fundamental a la salud. Dentro de la mencionada legislación se hace referencia a tres tipos de licencia: Para investigación científica; Para importación y comercialización; y, para producción únicamente a entidades públicas y laboratorios certificados.

³³ Decreto N° 46/015. Reglamentación de la ley 19.172 relativa a la regulación y control del cannabis publicada en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, Uruguay, 2015.

³⁴ Resolución - RDC No 17 de 6 de mayo de 2015. Publicado en el Diario Oficial de Unión DOU n° 86, Brasil, el 8 de mayo de 2015. Además actualmente, se están realizando audiencias públicas referentes al cultivo de plantas con fines medicinales o científicos, así como los procedimientos de registro y monitoreo de medicamentos producidos con cannabis.

³⁵ Adicionalmente, como disposición complementaria se modifican artículos del código penal que criminalizan la comercialización y cultivo de amapola y marihuana añadiendo un inciso que excluye los alcances de la prohibición a los que cuenten con los permisos para el cultivo o comercialización del cannabis con fines terapéuticos. Ley No 30681. Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados. Publicado en el Diario oficial El Peruano 1587374-1, Perú, el 17 de noviembre de 2017.

CONSTITUCIONAL

3.2.6 Argentina

En marzo de 2017 se promulgó la Ley 27350, que tiene como título “Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados”. El objeto de la ley constante en su primer artículo, es establecer el marco regulatorio que envuelve al cannabis terapéutico, en cuanto a la investigación científica de las propiedades de la planta, así como su utilización medicinal. Por lo mencionado, se crea el Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales; y, se admite la importación de aceite de cannabis requerido por pacientes, con patologías que se encuentren incluidas en el programa.³⁶

3.2.7 Puerto Rico

La “Ley Medicinal”³⁷ es la que provee el marco legislativo que permite una alternativa legal para el tratamiento con cannabis a personas que padecen ciertas condiciones médicas. La finalidad es que los pacientes tengan acceso al medicamento y también que se dé un desarrollo ordenado de una industria emergente, por medio de un orden regulatorio de supervisión de etapas y un sistema de monitoreo estricto del cannabis. La ley fue recibida por el gobernador el 7 de Julio de 2017 y acorde a las estadísticas de pacientes al 2 de julio de 2019 existen un total de 92,499 pacientes que cuentan con identificaciones emitidas, de los cuales los mayores porcentajes se concentran en los desórdenes de ansiedad con un 18,85% y en el dolor crónico con un 18,19%; por el contrario, los menores porcentajes se encuentran en condiciones como la Caquexia y el SIDA, con un 0,03% y 0,04% respectivamente.³⁸

³⁶ Ley 27350. Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados. Boletín Oficial, Argentina, 29 de marzo de 2017

³⁷ Ley 42-2017. Ley Medicinal publicada por el Gobierno de Puerto Rico P. del S. 340 el 7 de julio de 2017.

³⁸ GOBIERNO DE PUERTO RICO, Departamento de Salud. Estadísticas pacientes identificaciones emitidas al 2 de julio de 2019.

3.2.8 *Canadá*

Este país actualmente, cuenta con la normativa “*Cannabis Act*”, en la cual se establece un estricto control referente al consumo de cannabis en jóvenes; también regula cómo debe venderse el cannabis y cómo deben operar los locales que lo contienen. Cabe anotar antes de esta normativa ya existía el uso terapéutico del Cannabis a través de un régimen de licencias. Con el actual reglamento general sobre el cannabis, norman la importación de cannabis medicinal y los procedimientos de producción interna.³⁹

3.2.9 *Estados Unidos*

Se ha dado un incremento significativo en la regularización del cannabis. Dentro del primer periodo comprendido entre 1996 y 2002, constaban California, Alaska, Oregon, entre otros; posteriormente se adhirieron a la regularización Estados como New Jersey, Arizona, Michigan, Minnesota, New York, Pennsylvania, Ohio, North Dakota; pasando de 8 Estados a aproximadamente 44 Estados en la actualidad; cada uno cuenta con su propia regulación respecto al tema, variando entre programas completos de cannabis medicinal, programas específicos al CBD, uso medicinal y adulto, y por supuesto, también quedan los demás Estados que no tienen ningún tipo de legislación al respecto.⁴⁰

4. El cannabis medicinal en el Ecuador

4.1 Derecho a la salud y la calidad de vida

La salud es un derecho que garantiza el Estado ecuatoriano; en su Constitución incluye la creación de políticas públicas, sean económicas, sociales o educativas que

³⁹ ELIASON Antonia, HOWSE Robert. A Higher Authority: Canada’s Cannabis Legalization in the Context of International Law, Michigan, pp. 331 334

⁴⁰ ASA (Americans for safe access). 2019 State of the States report: an analysis of medical cannabis access in the United States. 2019, pp. 12-14, 47

CONSTITUCIONAL

precautelen el acceso a programas y servicios de atención integral a la salud.⁴¹ Existen condiciones como las degenerativas neurológicas o dolores crónicos, que no siempre responden a los tratamientos convencionales, para los cuales es necesario que la garantía constitucional prevea o norme el uso de otras alternativas médicas que actualmente ofrece la ciencia, especialmente con el propósito de mejorar la calidad de vida de pacientes con diagnósticos terminales o que no tienen cura definida.

El artículo 50⁴² de la Constitución garantiza la atención especializada y gratuita a personas con enfermedades catastróficas o complejas en todos los niveles y de la forma más oportuna, entendiéndose como oportunidad, no solo brindar atención oportuna, sino también que el mecanismo de tratamiento utilizado sea el más adecuado para la enfermedad que se trata.

La Carta Magna ecuatoriana con relación al sistema de salud otorga competencias a instituciones y programas que abarcan las diferentes dimensiones del derecho a la salud.⁴³ En el caso de la legislación sobre cannabis se observa la necesidad de mayor claridad y especificación sobre el rol del ente regulador, que en nuestra legislación es otorgado a la autoridad sanitaria nacional (ARCSA), quien tiene la responsabilidad de formular las políticas públicas, normarlas y regularlas.⁴⁴

Actualmente en Ecuador se atraviesa una fase de ponderación social entre la importancia médica que puede tener el cannabis, en contraposición con el temor de un incremento en su consumo recreacional. Sin embargo, la relación entre ambos aspectos,

⁴¹ El artículo 32 manifiesta en su segundo inciso lo siguiente: “El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”. Constitución de la República del Ecuador (CRE), promulgada en el Registro Oficial 449 el 20 de octubre del 2008.

⁴² CRE. Artículo 50.

⁴³ CRE. Artículo 359.

⁴⁴ CRE. Artículo 361.

CONSTITUCIONAL

compromete al Estado, a que distinga los componentes, que dentro del debate social causan preocupación; y así evitar, que se genere un problema social a partir de una necesidad médica.

En consecuencia corresponde al Estado, no sólo formular políticas públicas, sino también garantizar la correcta promoción y atención integral en la salud; atendiendo a los grupos de atención prioritaria; garantizando la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces⁴⁵. El artículo de la Constitución del Ecuador en mención, recopila los preceptos básicos que se tomaron en diferentes legislaciones internacionales para iniciar la regulación del cannabis. Los legisladores valoraron que la necesidad social acompañada de la falta de políticas públicas generaba un auge en el consumo ilícito de la sustancia medicinal; lo cual además conlleva otros riesgos porque el producto ilegal no cuenta con ningún tipo de certificación, pudiendo ser adulterado y contener otras sustancias que desmejoren la condición del paciente.

Por lo anterior, se concluye que la necesidad de regulación del cannabis como medicamento, se justifica en tres puntos principales: la garantía de un acceso legal al medicamento; derecho a una administración especializada de las dosis; y finalmente, la vigilancia en los procesos de fabricación del producto bajo parámetros técnicos y sanitarios óptimos.

4.2 El cannabis en la legislación ecuatoriana.

⁴⁵ El artículo 363 en sus numerales 1, 5 y 7 manifiesta lo siguiente: “**Art. 363.-** El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. [...] 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. [...] 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales [...]” CRE. Artículo 363.

CONSTITUCIONAL

El cannabis en Ecuador se encuentra actualmente regulado en el Código Orgánico Integral Penal (en adelante COIP), el mismo que tipifica la existencia de sustancias catalogadas como sujetas a fiscalización, entre las que se encuentra el cannabis⁴⁶. Consecuentemente, le competirían las sanciones referentes a delitos por producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. El artículo 219⁴⁷ concierne a la producción ilícita y menciona que el sujeto activo de la infracción, recae en la persona que no tenga autorización para realizar los actos descritos en la norma; al igual que lo indica el artículo 220⁴⁸ referente al tráfico ilícito. Cabe anotar que de la tipificación en mención se desprende una excepción a la regla constituida en la persona que cuente con autorización para realizar los actos contenidos en el articulado referenciado; por lo tanto se entiende que las disposiciones, como las del artículo 221⁴⁹,

⁴⁶ La especificación de las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización se encuentra dentro del anexo a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas. Dentro del mismo se incluye al cannabis, su resina, planta, flores, entre otras especificaciones en la sección de estupefacientes incluidos en la lista IV de la Convención de 1961. Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Anexo 1, publicado en el Registro Oficial Suplemento 615 de 26 de Octubre de 2015.

⁴⁷ El artículo 219 dispone: "La persona que directa o indirectamente sin autorización y requisitos previstos en la normativa correspondiente: 1. Produzca, fabrique, extraiga o prepare, sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años 2. Produzca, fabrique o prepare precursores y químicos específicos destinados a la elaboración ilícita de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años" Código Orgánico Integral Penal publicado en el Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014. Artículo 219

⁴⁸ El artículo 220 del COIP menciona: "La persona que directa o indirectamente sin autorización y requisitos previstos en la normativa correspondiente: 1. Oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en general efectúe tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, en las cantidades señaladas en las escalas previstas en la normativa correspondiente, será sancionada con pena privativa de libertad de la siguiente manera: a) Mínima escala de uno a tres años. b) Mediana escala de tres a cinco años. c) Alta escala de cinco a siete años. d) Gran escala de diez a trece años. 2. Oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en general efectúe tráfico ilícito de precursores químicos o sustancias químicas específicas, destinados para la elaboración ilícita de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si las sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, se oferten, vendan, distribuyan o entreguen a niñas, niños o adolescentes, se impondrá el máximo de la pena aumentada en un tercio. La tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas para uso o consumo personal en las cantidades establecidas por la normativa correspondiente, no será punible"

Ibid. Artículo 220

⁴⁹ COIP. Artículo 221

CONSTITUCIONAL

que sancionan a la persona que financie actividades dedicadas a la producción de tráfico ilícito, corresponden a la persona que no cuente con la autorización pertinente.

En cuanto a los profesionales de la salud que prescriben dichas sustancias, el artículo 224⁵⁰, dispone que las sanciones corresponderán a aquel profesional de la salud que sin justificación, recete sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan. Es decir, el profesional sancionado no es el que receta la sustancia, sino aquel que lo hace sin justificación necesaria.

La excepción a la regla de la normativa penal, consiste en una remisión externa, que no especifica la norma a la que debe remitirse. Ante aquello pueden diferenciarse dos opciones: que la remisión se encuentre en la Ley Orgánica de la Salud o en la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-económico de las drogas. En la primera opción está el artículo 51⁵¹, que dispone la prohibición de producción, comercialización y consumo de estupefacientes, salvo uso terapéutico controlado por la Autoridad Sanitaria Nacional⁵² y la legislación pertinente. Es decir, nuevamente nos encontramos frente a una remisión externa. Dentro de la segunda alternativa, al revisar la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-económico de las drogas⁵³, se establece que la Autoridad Sanitaria Nacional es la encargada de regular y controlar las actividades de producción, importación, exportación, comercialización, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, siendo

⁵⁰ COIP. Artículo 224

⁵¹ Ley Orgánica de Salud publicada en el Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de Diciembre de 2006. Artículo 51.

⁵² Como fue mencionado en la sección anterior, la Constitución de la República del Ecuador dispone que la Autoridad Sanitaria Nacional sea la responsable de formular la política nacional de salud, además de normar, regular y controlar las actividades relacionadas con la salud. Constitución de la República del Ecuador, CRE. Artículo 361.

⁵³ Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-económico de las drogas publicada en el Registro Oficial Suplemento 615 de 26 de octubre de 2015. Disposición general segunda.

CONSTITUCIONAL

necesario resaltar que la ley, en su disposición general segunda, establece que la Autoridad Sanitaria Nacional puede autorizar la siembra, cultivo y cosecha de plantas que contienen principios activos de sustancias estupefacientes para producir medicamentos.

Luego de lo analizado, es necesario remitirse a la Resolución de la ARCSA 16⁵⁴, entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública (Autoridad Sanitaria Nacional) cuyo objeto es la regulación y control de los medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Puede verse que dentro de la legislación ecuatoriana existe la permisión del manejo de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización a las personas que realicen el procedimiento de calificación y aprobación que establece la mencionada normativa, ya sea como productores, importadores, exportadores, almaceneras, comercializadores o distribuidores. Más allá de lo mencionado, la misma resolución en sus definiciones establece que sustancia estupefaciente es aquella con un alto potencial de producir conductas abusivas o dependencia, ejemplificando a la marihuana dentro de su redacción. Teniendo en cuenta la definición dada por la norma, si se considera únicamente al componente CBD, podría cuestionarse la aplicabilidad de las disposiciones de la resolución, por tratarse de un componente que no es estupefaciente.

Continuando el análisis, aunque la Resolución de la ARCSA 16 denota la posibilidad de que el CBD se encuentre fuera de sus regulaciones, al no existir especificación expresa dentro del Anexo a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-económico de las drogas, que especifique que el CBD no está sujeto a fiscalización, los procesos deberían por precaución, realizarse mediante autorización expresa de la ARCSA. En la actualidad se está debatiendo el Código Orgánico de la

⁵⁴ Resolución de la ARCSA 16 publicado en el Registro Oficial 833 el 5 de septiembre de 2016.

CONSTITUCIONAL

Salud (COS) y el Código Orgánico Integral Penal (COIP), en el cual se prevé la existencia de una sección en torno al cannabis medicinal; no obstante, acorde a la regulación actual, es posible la importación de dichos medicamentos, puesto que la normativa hace referencia de forma general a todas las sustancias catalogadas como sujetas a fiscalización, constando entre ellas el cannabis.

Empero, se observan vacíos dentro de la legislación, por ejemplo, al regular la producción e importación de medicamentos que contengan sustancias estupefacientes, sin establecer en la normativa penal un delito que sancione su importación y distribución en caso de carecer de los permisos requeridos. Debe recordarse que, a pesar de que el artículo 220 del COIP⁵⁵, en su primer numeral incluye en el tipo penal los preparados que contengan estas sustancias estupefacientes, en virtud de que los medicamentos se encuentran mayormente encapsulados, concentrados o trabajados con otras sustancias, resultaría en un trámite más engorroso determinar la cantidad exacta, para la aplicación de la tabla de escalas con su respectiva la sanción.

El proceso legislativo, que pretende incluir una sección referente al cannabis en el COS, ha creado un debate enfocado en la necesidad de regular el cannabis dentro del ámbito medicinal, pero, sin tomar en cuenta las regulaciones que ya existen y que pueden completarse en aras de clarificar los conceptos y procedimientos ya establecidos. De hecho, es sorprendente la falta de claridad normativa y a su vez la falta de una correcta socialización, puesto que, el debate no debe basarse en la permisón o prohibición, sino, en la legalidad de las disposiciones actuales.

Para establecer la relación de las remisiones expuestas con la jerarquía normativa debe recordarse también, que si bien la resolución 16 del ARCSA se encuentra por debajo de leyes y de la constitución, no contrapone sus pronunciamientos

⁵⁵ COIP. Artículo 220

CONSTITUCIONAL

con los de la norma superior. La facultad normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional es brindada por la Constitución de la República y ratificada por la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio-económico de las drogas. De otro lado, si bien existiría cierto vacío legal en relación al COIP, tampoco se encuentra contraposición a la ley, por cuanto su tipificación permite que la persona que cuente con autorización no se enmarque dentro de la consecución del tipo penal.

La realidad jurídica ecuatoriana se encuentra en un estado preocupante, es necesario por tanto recordar que cualquier temática discutida con la finalidad de ser normada, requiere una valoración macro, que revise cualquier tipo de permisón, vacío o contraposición que estipule la ley, reglamento o resolución; que pudieran mermar el correcto funcionamiento del sistema que se pretende instaurar. En el caso del cannabis medicinal, el estigma y la connotación política del tema evitan que se genere una valoración objetiva que permita, de ser necesario, implementar cambios legislativos, campañas educativas y procedimientos claros para la obtención de los permisos de importación o producción de medicamentos que contengan sustancias catalogadas como sujetas a fiscalización.

5. Conclusiones y recomendaciones

En el desarrollo de este trabajo investigativo se determinó que el cannabis es una planta milenaria utilizada con finalidades medicinales, lúdicas y espirituales desde aproximadamente 6000 años; se expuso información científica sobre sus componentes y diversos modos de actuar en el cuerpo humano, con punto de atención en los fitocannabinoides, que son cientos de componentes entre los que se encuentra el CBD, compuesto no psicoactivo y el THC, compuesto psicoactivo. La diferenciación de los conceptos es necesaria para la correcta realización de un debate social.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

Es recomendable por tanto tomar en cuenta los conceptos expuestos, así como su estudio para realizar una argumentación sustentada de las posturas que acompañan los pro y contras al cannabis medicinal.

Ha sido fundamental exponer que en el campo mundial ya existen leyes y normas en plena aplicación, para la utilización del cannabis; que fueron implementadas en los últimos años por países como Alemania, Australia, Uruguay, Brasil, Perú, Argentina, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos. Al tener notables diferencias en ellas, se recomienda conocerlos y evaluarlos ya que se constituyen en modelos interesantes de analizar.

Se concluye el presente trabajo investigativo recordando que la Constitución de la República del Ecuador establece la responsabilidad del Estado a formular políticas públicas que garanticen la promoción y atención integral en salud, incluyendo el acceso a medicamentos de calidad y seguros; lo cual es la base para analizar la legalidad del uso de cannabis medicinal en Ecuador. Más aún, partiendo de que existen regulaciones internas que actualmente permiten la obtención de un permiso otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional, para realizar la importación o producción de medicamentos que contengan cualquier compuesto que se encuentre enmarcado entre las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Finalmente, se hace un llamado a que se gestionen proyectos de educación social, en aras de que el desconocimiento no se convierta en una causa del detrimento al derecho a la salud de pacientes que requieren este tipo de medicamento, especialmente, aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA
CONSTITUCIONAL

6. Referencias Bibliográficas

ADHANOM, Tedros. *Carta dirigida al Excmo. Sr. António Guterres Secretario General de las Naciones Unidas*. Ginebra. 2019. 1-3 pp.

AREVALO Angel, BAÑO Dolores, BERRENDERO Fernando, CABRANES Ana, CARRASCOSA Antonio, LAGO Eva, DÍAZ Inés, FERNÁNDEZ Javier, GÓMEZ María, GONZÁLEZ Sara, GUAZA Carmen, GUZMÁN Manuel, LASTRES Isabel, LÓPEZ María, MALDONADO Rafael, MANZANARES Jorge, MATO Susana, MOLINA Eduardo, NÚÑEZ Luis, ORTEGA Silvia,

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

PAZOS Angel, RAMOS José, ROMERO Julián, SAGREDO Onintza, SOLÉ Josep, VISO Alma, VIVEROS Paz. Guía Básica sobre los Cannabinoides. Madrid, Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC), 2002, 13-14. ISBN 84-699-8658-9

ASA (Americans for safe access). 2019 State of the States report: an analysis of medical cannabis access in the United States. 2019, pp. 12-14, 47.

BEWLEY-TAYLOR Dave, BLICKMAN Tom y JELSMA Martin. Auge y caída de la prohibición del cannabis: La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma. Traducido por MARTÍNEZ Beatriz. Amsterdam/Swansea, 2014. 3p.

BHISHAGRATNA, Kunja Lal. An English Translation of the Sushruta Samhita: Based on Original Sanskrit text, with a Full and Comprehensive Introd., Additional Texts, Different Readings, Notes, Comparative Views, Index, Glossary and Plates. Calcuta, 1907-1916, 240p.

CANDELA Eva, ESPADA José. Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación. Salud y drogas. 2006, 6 (1), 47-70. ISSN 1578-5319
Código Orgánico Integral Penal publicado en el Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014.

COMITÉ DE EXPERTOS EN FARMACODEPENDENCIA. *Extracto del Informe del 41º: cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis.* 1-8pp.

Constitución de la República del Ecuador (CRE), promulgada en el Registro Oficial 449 el 20 de octubre del 2008.

Convención Internacional del Opio. La Haya, 23 de enero de 1912. Convención Anexa.

Convenio Internacional sobre el Opio. Ginebra, 9 febrero 1925. Capítulo IV.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York. 30 de marzo de 1961.

Decreto N° 46/015. Reglamentación de la ley 19.172 relativa a la regulación y control del cannabis publicada en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, Uruguay, 2015.

EBBERT, John, SCHARF, Eugene y HURT, Ryan. Medical Cannabis. Mayo Clinic Proceedings. 93 (12), 2018. 1842-1847pp. ISSN 0025-6196

ELIASON Antonia, HOWSE Robert. A Higher Authority: Canada's Cannabis Legalization in the Context of International Law. Michigan Journal of International Law. 2019, 40 (327), 327-383pp. ISSN: 1052-2867.

EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE. *Cannabidiol (CBD) Pre-Review Report Agenda Item 5.2*. Thirty-ninth Meeting Geneva. 6-10 November 2017, 18p.

FERNÁNDEZ-ARTAMENDI Sergio, FERNÁNDEZ-HERMIDA José, SECADES-VILLA Roberto, GARCÍA-PORTILLA Paz. Cannabis y Salud Mental. Actas Españolas de Psiquiatría. 39 (3), 2011, 180-190pp. ISSN. 1578-2735.

FEDERAL INSTITUTE FOR DRUGS AND MEDICAL DEVICES. Annual Report 2017/18. Germany, 2018.

GOBIERNO DE PUERTO RICO, Departamento de Salud. Estadísticas pacientes identificaciones emitidas al 2 de julio de 2019.

Ley Orgánica de Salud publicada en el Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de Diciembre de 2006. Artículo 51.

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Anexo 1, publicado en el Registro Oficial Suplemento 615 de 26 de Octubre de 2015.

Ley N° 19.172. Marihuana y sus derivados: control y regulación del estado de importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Montevideo. Promulgada en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, Uruguay, el 7 de enero de 2014.

Ley N° 30681. Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados. Publicado en el Diario oficial El Peruano 1587374-1, Perú, el 17 de noviembre de 2017.

Ley 27350. Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados. Boletín Oficial, Argentina, 29 de marzo de 2017.

Ley 42-2017. Ley Medicinal publicada por el Gobierno de Puerto Rico P. del S. 340 el 7 de julio de 2017.

LÓPEZ José. *Criminalística actual, ley, ciencia y arte*. México, Ediciones Euroméxico, 2012. 703p. ISBN 978-607-436-025-7

MANDRIOLI Mara, TURA Matilde, SCOTTI Stefano. Fast Detection of 10 Cannabinoids by RP-HPLC-UV Method in Cannabis sativa L. *Molecules*. 22 (11), 2019. ISSN 1420-3049.

MEIER Madeline, CASPI Avshalom, AMBLER Antony, HARRINGTON HonaLee, HOUTS Renate, KEEFE, Richard, MCDONALD Kay, WARD Ainee, POULON Richie, MOFFITT Terrie. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 109(40), 2012. E2657-E2664. DOI: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1206820109

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

NACIONES UNIDAS. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2018. Viena. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médico. Washington, D.C., 2018. 25-26pp. ISBN 978 92 75 31992 5

Poisons Standard June 2019 publicado en el Registro Federal de Legislación, Australia, Junio de 2019.

QUIROGA Manuel. Cannabis: Efectos nocivos sobre la salud mental. Adicciones. 12, 2011, 135-147pp.

RAMOS J., FERNANDEZ J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. Adicciones. 2011. 19-30p. ISSN 2604-6334.

Resolución de la ARCSA 16 publicado en el Registro Oficial 833 el 5 de septiembre de 2016.

Resolución del Parlamento Europeo, sobre el uso del cannabis para fines terapéuticos B8-0071/2019. 13 de febrero 2019.

Resolución - RDC No 17 de 6 de mayo de 2015. Publicado en el Diario Oficial de Unión DOU n° 86, Brasil, el 8 de mayo de 2015.

ROSE Abeline. Cannabinoid interactions with ion channels and receptors. Channels. 2019, 13 (1), 162-167pp. ISSN. 1933-6969. DOI: <https://doi.org/10.1080/19336950.2019.1615824>

STITH sarah, VIGIL Jacob, BROCKELMAN Franco, KEELING Keenan y HALL Branden. The association between cannabis product characteristics and symptom relief. Scientific Reports. 2019. 1-8pp. ISSN 2045-2322.

STRAIN Eric. *Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis*. 2019. recuperado

EL CANNABIDIOL Y EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA

CONSTITUCIONAL

de: https://www.uptodate.com/contents/opioid-use-disorder-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-course-screening-assessment-and-diagnosis/print?search=hero%C3%ADna&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

UNSCHULD Paul, TESSENOW Hermann. Huang Di Nei Jing Su Wen: An Annotated translation of Huang Di's Inner Classic. Vol. Bekerley Los Angeles, Univ of California Press, 2011. 267p. ISBN 978-0-520-26698-8.

VALDÉS Adiel, VENTO Carlos, HERNÁNDEZ, Dayan, ÁLVAREZ Ernesto, DÍAZ Gicela. *Drogas, un problema de salud mundial*. Revista Universidad Médica Pinareña 2018, 14 (2), 168-183p.. ISSN 1990-7990.