

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

17ma. Asamblea  
Sesión  
Legislativa  
Ordinaria

3ra

CÁMARA DE REPRESENTANTES

**INFORME CONJUNTO**

**Sustitutivo del P. de la C. 1362**

24 de junio de 2014

**A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:**

Las Comisiones de Salud y de Seguridad Pública y para el Desarrollo de Iniciativas contra el Crimen y la Corrupción de la Cámara de Representantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la misma, tiene a bien someter su Informe Conjunto Positivo a este Augusto Cuerpo **recomendando la aprobación del Sustitutivo del Proyecto de la Cámara 1362.**

**ALCANCE DE LA MEDIDA**

El Sustitutivo del Proyecto de la Cámara 1362 pretende establecer la Ley para Autorizar la Investigación Científica de la Planta "Cannabis" en Puerto Rico, con el fin de permitir que instituciones universitarias acreditadas puedan realizar investigaciones relacionadas con su uso terapéutico medicinal; establecer criterios y requisitos para las personas que participarán en dichas investigaciones; establecer identificación de las mismas para permitir la posesión restringida de la marihuana para uso investigativo; establecer reglamentación y periodo de implementación de proyecto piloto con el fin de promover las investigaciones médico-científicas en Puerto Rico sobre sus posibles usos terapéuticos.

De la Exposición de Motivos de la medida se desprenden los siguientes asuntos:

Se indica en la misma que en Puerto Rico, el estado actual de derecho en cuanto a la marihuana, es que la misma se encuentra en la Clasificación 1 de la Ley de Sustancias Controladas estatal. La Ley de Sustancias Controladas establece cinco (5) Categorías de Drogas empezando desde la Categoría 5 que es la más baja hasta la Categoría 1 que es la más alta. Las drogas que se encuentran en la Categoría 1 son aquellas drogas que tienen un alto poder adictivo y no tienen ningún uso médico aceptado. Por tanto, las drogas incluidas en la Clasificación 1 son las sustancias controladas más peligrosas dentro de todas las clasificaciones por su potencial de dependencia física o psicológica severa. Actualmente, en la Ley de Sustancias Controladas Federal esto también es así. Existe evidencia científica que propone sobre la capacidad terapéutica de los cannaboides; componentes que se encuentran como parte de la planta conocida como la marihuana. En el año 2010, un estudio por científicos de la Universidad de Leiden concluyó que desde 2005 ha habido 37 estudios controlados que evalúan la seguridad y eficacia de la marihuana medicinal y sus compuestos naturales en un total de 2,563 sujetos. Por el contrario, muchos de los medicamentos aprobados por la FDA no obtienen tantos estudios clínicos para su eficacia y hasta el momento, como la Marihuana se encuentra en la Categoría 1 dentro de la Ley de Sustancias Controladas Federal, hace prácticamente imposible la promoción de la investigación de la utilización de la marihuana para uso terapéutico.<sup>1</sup>

En adición, se expresa que en Estados Unidos, investigaciones científicas modernas han sugerido que ciertos componentes del cannabis pueden ser utilizados dentro de una amplia gama de aplicaciones clínicas. Estos incluyen el alivio del dolor - en particular del dolor neuropático (dolor de daño a los nervios) - náuseas, espasmos, glaucoma, y trastornos del movimiento. Además, se ha contemplado que puede ser usada como un estimulante del apetito, efecto que podría ser especialmente útil para los pacientes que sufren de VIH, el síndrome de desgaste de SIDA, o la demencia. Nuevas investigaciones sugieren que las propiedades terapéuticas de la marihuana pueden proteger el cuerpo contra algunos tipos de tumores malignos y varios tipos de cáncer. Existen aproximadamente 18 estados que han aprobado legislación que ha permitido de cierta manera el uso terapéutico de la marihuana en los Estados Unidos. Ante la discrepancia creada entre los estados y la legislación federal entre la prohibición federal de la posesión y el uso de la marihuana y la autorizados de los estados para el uso de la marihuana; ya sea de forma terapéutica, recreacional o para promover la investigación científica; el Secretario de Justicia Federal, Eric

---

<sup>1</sup> Extraído de la Exposición de Motivos del Sustitutivo del Proyecto de la Cámara 1362.

Holder ha establecido el DAG MEMO 8-29-13 en donde se indican las instrucciones que el Departamento de Justicia expresa a sus fiscales en donde establece la política pública del Departamento en cuanto a la ejecución y fiscalización del cumplimiento con las leyes federales relacionadas con el tema de la marihuana.<sup>2</sup>

Se plantea en la Exposición de Motivos del Sustitutivo que en Puerto Rico, existen varios Centros de Investigación; como por ejemplo, el Centro Investigativo del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico en donde se establecen Planes Pilotos de tratamientos a pacientes con enfermedades en la salud para conocer sus reacciones, efectos y curas de enfermedades como lo es la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Esto se hace con el propósito de investigar las razones y tratar de buscar cura de estas enfermedades o tratamientos más avanzados; el Centro Investigativo del Hospital en Carolina, el Recinto de Ciencias Médicas, entre otros. Todo paciente que haya o sea diagnosticado con una condición de salud y el tratamiento que lleva no haya sido efectivo, podría ser considerado a participar de la investigación del Proyecto Piloto, siempre que cumpla con los parámetros clínicos de la investigación que se lleve a cabo. Por tanto, de esta investigación clínica sobre la capacidad terapéutica de la marihuana o “Cannabis”, el paciente deberá solicitar o ser elegible siguiendo los parámetros de esta Ley y de la reglamentación que a estos efectos se establezca. Mediante un proceso comedido y progresivo, esta Ley lo que busca es que se investigue las propiedades de la marihuana o “Cannabis”. Aunque existen ejemplos del pasado de legalización de sustancias, como sucedió con la legalización del alcohol, luego de la prohibición en la década de los 1930 en Estados Unidos, y los juegos de azahar; en el caso de la marihuana es muy diferente ya que el permitir el uso terapéutico de la marihuana sería en primera instancia un proceso de investigación por el cambio radical que esto implica sin conocer de forma cierta cual sería la dosificación correcta que debe utilizar el paciente y la interacción que podría tener dicho producto con otro medicamento que dicho paciente podría estar utilizando como tratamiento de su condición de salud.<sup>3</sup>

Para atender este asunto, se indica en la medida que esta Asamblea Legislativa entiende prudente que en este momento, que se permita en Puerto Rico mediante legislación el uso de esta sustancia para propósitos terapéuticos solamente mediante la autorización de la investigación científica para determinar cuan cierto puede ser el uso de la planta “Cannabis” para uso medicinal o terapéutico en algunas condiciones de salud, según se ha especulado y especificado. A su vez, encontramos necesario, antes de permitir el uso incondicional en Puerto Rico de la Planta

---

2 id

3 id

“Cannabis” para uso terapéutico, que se establezca un Proyecto Piloto de Investigación Científica de la Planta “Cannabis” con el fin de permitir que en Puerto Rico, que instituciones universitarias acreditadas puedan realizar investigaciones relacionadas con su uso terapéutico medicinal. Con esta medida se establece un Proyecto Piloto en el cual se realizaran estudios médico-científicos llamados a analizar los posibles usos terapéuticos de la Planta “Cannabis” y su eficacia y contraindicaciones con la utilización de otros medicamentos como parte de un tratamiento médico de una condición o padecimiento médico en un paciente cualificado; se establece la obligatoriedad de que tanto el Departamento de Salud, el Departamento de Agricultura y la Universidad de Puerto Rico establezca la reglamentación necesaria en donde se establezcan los criterios y requisitos para las personas que participarán en dichas investigaciones; la forma de identificación de las personas que participen de dichas investigaciones para que las mismas no sean penalizadas por la posesión restringida de la marihuana para uso investigativo, entre otros asuntos que son necesarios sean establecidos con el fin de poner en funcionamiento el programa investigativo. Además, se establece que una vez sean creados dichos reglamentos, los mismos deberán ser sometidos a la Asamblea Legislativa para su aprobación y comience a funcionar el Proyecto Piloto.<sup>4</sup>

Luego de expresada de forma general la intención del Sustitutivo del Proyecto de la Cámara 1362, esta Comisión para el análisis de esta medida; se realizaron 11 Vistas Públicas y contó con los deponentes y/o memoriales explicativos del:

1. Departamento de Salud
2. Departamento de Agricultura
3. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ibarra)
4. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ibarra)
5. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ramos)
6. Senado Médico (Colegio de Médicos Cirujanos)
7. Asociación Médica de Puerto Rico
8. Junta Examinadora de Naturópatas
9. Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico
10. Policía de Puerto Rico
11. Administración de Servicios Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
12. Administración de Tribunales
13. Comisión de Seguridad en el Tránsito
14. Departamento de Justicia

15. Departamento de la Familia
16. Departamento de Corrección y Rehabilitación
17. Sociedad para la Asistencia Legal
18. Centro Investigación RCM-Escuela Graduada de Salud Pública
19. Sr. Ismael Ortiz (Paciente Cáncer)
20. Sra. Madeline Rivera (Paciente Esclerosis Múltiple)
21. Dr. Rafael Torruellas - INTERCAMBIOS Puerto Rico
22. Fraternidad Pentecostal de Puerto Rico
23. Padre Carlos Pérez - Fundación por la Familia
24. Concilio de Iglesias de Puerto Rico
25. Fundación Upens, Inc.
26. Hogares Crea, Inc.
27. Arquidiócesis de San Juan
28. Dr. César Vázquez - Puerto Rico por la Familia
29. Dr. Edgar Colon Negrón, Rector Interino, Recinto Ciencias Médicas, Universidad De Puerto Rico
30. Dra. Carmen E. Albizu García, MD, Profesora-Investigadora en la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas-UPR
31. Sr. Francisco Ortiz (Paciente Cáncer)
32. Sra. Jocelyn Burgos (Paciente Esclerosis Múltiple) y la Sra. Paloma Del Llano (Paciente Esclerosis Múltiple) - se reunieron con la Presidenta de la Comisión de Salud pero no sometieron Memorial Explicativo.
33. Dr. José A. Vargas Vidot-Iniciativa Comunitaria

Para los efectos de este Informe y por la importancia del mismo, hemos transcrito las posiciones de las agencias y entidades no gubernamentales antes mencionadas, las cuales son las siguientes:

## **1. Departamento de Salud**

Hacemos referencia al Proyecto de la Cámara 1362, que nos fuere referido por la Comisión que usted preside para nuestros comentarios y recomendaciones. El proposito del mismo es enmendar la subsección I y la subsección II del inciso (c) de la § 2202 "Clasificaciones de sustancias controladas" de la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, la Ley. Núm. 4 del 4 de Junio de 1971 con el proposito de reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal; para establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana a fines de crear un sistema controlado de producción legal y el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico.

Organizaciones médicas de renombre como la American Medical Association y la American College of Physicians han reiterado las propiedades terapéuticas que exhibe el cannabis, basado en resultados de ensayos controlados de corto plazo. Dichos estudios indican que el cannabis

fumado reduce dolor neurótico, mejora el apetito y la ingesta calórica especialmente en pacientes con masa muscular reducida y puede aliviar la espasticidad y el dolor en pacientes con esclerosis múltiple. De hecho, a la marihuana medicinal puede ser la medicina complementaria o alternativa más eficaz para proporcionar alivio de las estomas causadas por la esclerosis múltiple (EM) de acuerdo con las nuevas directrices de la Academia Americana de Neurología (AAN) publicadas tan reciente como el pasado 24 de marzo de 2014.

Por otro lado, investigadores del Instituto Nacional de Neurología C. Mondino en Italia, han encontrado las primeras evidencias de que los compuestos de la marihuana pueden ayudar a aliviar el dolor durante los ataques de migraña. En una publicación del 17 de marzo de 2014 en el Journal of Headache and Pain, el equipo demostró que ratas expuestas a una experiencia con medicamento sintético similar a la marihuana sufren menos dolor durante una migraña inducida experimentalmente.

Habiendo tenido la oportunidad de evaluar la medida de referencia, hemos de expresar que es necesario que se conduzca un estudio documentado con base científica basado en el perfil del puertorriqueño, con el fin de definir dosis e identificar con mayor precisión los efectos secundarios de la marihuana, entre otros objetivos. Nuestra recomendación es que dicho estudio sea conducido por la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

Igualmente recomendamos que la medida establezca, que una vez aprobada, sea el Departamento de Salud el ente fiscalizador y regulador de la marihuana como medicamento, a través de su Oficina de Investigaciones. La Oficina de Investigaciones se creó con el propósito de fiscalizar la distribución, fabricación, dispensación y prescripción de las sustancias controladas para uso médico en Puerto Rico de acuerdo a lo establecido en la Ley Número 4 del 23 de junio de 1971, conocida como Ley de Sustancias Controladas en Puerto Rico y el Reglamento Numero 2 de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

De acuerdo con la Ley de Sustancias Controladas, algunas de las funciones de la Oficina de Investigaciones del DS incluyen: controlar, fiscalizar, reglamentar y licenciar las prácticas de sustancias controladas en la Isla. A su vez, tienen la autoridad de imponer multas administrativas por concepto de violaciones a la Ley y al Reglamento y de expedir certificados de registros para dispensar, distribuir, fabricar y prescribir sustancias controladas para uso médico en Puerto Rico.

Por todo lo anteriormente expuesto, el Departamento de Salud endosa este Proyecto con las observaciones que acompañan a este memorial explicativo y expresamos además nuestra deferencia a la posición de la

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), entidad adscrita al Departamento de Salud, en torno a la presente medida.

## **2. Departamento de Agricultura**

El Departamento de Agricultura de Puerto Rico, como cuestión de política pública, fomentara, impulsara y desarrollara los intereses agrícolas, industriales y comerciales de Puerto Rico. Asimismo, procurara el manejo de los asuntos agrícolas del país como un asunto de seguridad alimentaria, y que Puerto Rico cuente con la producción necesaria para satisfacer en lo posible el consumo local ordinario de toda nuestra población y aquel que sea necesario en épocas venideras de escasez mundial.

El Departamento tendrá, entre otras, las siguientes facultades y deberes generales:

- (a) recomendar e implantar la política pública agropecuaria, así como establecer, dirigir, coordinar, planificar, supervisar, evaluar planes y programas con el propósito de promover, desarrollar y acrecentar la economía agropecuaria;
- (b) organizar los sectores agropecuarios para atender efectivamente los mercados locales, nacionales e internacionales de productos de Puerto Rico, evaluando y promoviendo un sistema distributivo de los mismos; recolectar, compilar y difundir datos relativos a los mercados de productos agrícolas y derivados de estos en los puntos de venta y practicar, además, investigaciones concernientes al mecanismo de distribución y comercialización de los productos de Puerto Rico en los mercados;
- (c) tomar medidas para evitar la entrada y propagación de plagas y velar por la inocuidad de alimentos;
- (d) evitar la introducción y mantener el control en Puerto Rico de agentes causantes de enfermedades en las plantas, de insectos u otros enemigos perjudiciales a las plantas;
- (e) velar, en cooperación con las autoridades cuarentenarias federales, por el estricto cumplimiento de los Reglamentos Federales sobre inspección y sanidad vegetal que se extendieren a Puerto Rico, y cumplirá los reglamentos que se dicten por el Secretario;
- (f) inspeccionar la salud animal en proyectos pecuarios;
- (g) fiscalizar la integridad en el mercado de insumos agrícolas;
- (h) estudiar y hacer investigaciones relacionadas con los problemas, necesidades, estrategias, planes y programas de los sectores agropecuarios y de las distintas empresas que los constituyen;

- (i) promover, fomentar y facilitar el establecimiento y operación de las empresas agropecuarias mediante el uso adecuado de infraestructura, terrenos, seguros y tecnología disponible; y
- (j) buscar continuamente el desarrollo de mecanismos que permitan aminorar o prevenir cualquier impacto adverse de las prácticas agrícolas a la protección ambiental incluyendo, pero sin limitarse, al uso de fuentes de energía renovables.

La necesidad alimentaria de nuestros ciudadanos hace impostergable y obligatoria la implementación de las leyes que tienen como política pública asegurar los abastos de alimentos continuos de productos locales e importados. Nuestro gobierno ha tornado en serio el problema alimentario mundial y la dependencia de Puerto Rico de los productos importados y ha iniciado con éxito un programa agrícola de vanguardia, utilizando las tierras disponibles en las reservas agrícolas creadas por ley, para la implementación de un plan de siembras de diferentes productos agrícolas, y así abastecer la demanda alimentaria puertorriqueña.

El Proyecto de Siembra de Arroz en la reserva agrícola del Valle de Lajas, los Mercados Familiares, el Proyecto de Siembra de Caña en los Valles de Lajas, Coloso y Guanajibo, son el inicio y la punta de lanza de un estructurado plan de desarrollo agrícola a gran escala. Pero debemos reconocer que la sustitución del 100% de nuestras importaciones no es posible por lo limitado de nuestros recursos.

Dicho lo anterior, según la Exposición de Motivos de esta medida, es necesario comenzar una transición hacia el uso medicinal controlado de la marihuana. La Ley de Sustancias Controladas tiene como objetivo establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico para controlar el uso y abuso de drogas narcóticas dañinas a la salud física y emocional de los ciudadanos.

Las enmiendas aquí propuestas tienen como propósito establecer claramente todo un sistema de control, salvaguardas y fiscalización del uso medicinal de la marihuana. El texto de la medida cumple con dichas salvaguardas sustancialmente.

Sin embargo, entendemos prudente que en este momento, ante el impacto social de la medicación de una sustancia hasta el momento prohibida para cualquier uso, debe eliminarse el Artículo 3.7, el cual autoriza a una persona particular bajo ciertas circunstancias, el cultivar la marihuana. Debe establecerse un plan piloto para la implementación gradual de la Ley luego ampliar las disposiciones de la misma para incluir un posible cultivo casero de esta droga.

Reconocemos la importancia de llevar a cabo estas enmiendas, y de que la misma produzca los ajustes necesarios que permitan crear los

mecanismos de control de los cultivos y el uso adecuado, controlado, fiscalizado y supervisado de la marihuana. El Departamento de Agricultura continuara implementando la política pública de seguridad alimentaria, lo cual implica el uso intensivo de los terrenos agrícolas disponibles para la producción de alimentos. En cuanto a las disposiciones sustantivas y procesales expresadas en el contenido de la medida, es menester señalar que las agencias responsables de su cumplimiento son el Departamento de Salud, el Departamento de Justicia y la Policía de Puerto Rico.

No obstante lo anterior, es importante enfatizar que el Departamento de Agricultura es el ente con facultad inherente de reglamentar todo lo relacionado a la producción y desarrollo agrícola, en el mejor interés de los agricultores, los ciudadanos y en cumplimiento de la política pública de seguridad alimentaria, lo cual establece como prioritario el uso de la tierra para la producción de alimentos, la creación de empleos y la reducción de las importaciones.

### **3. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ibarra)**

Durante toda la historia de la Institución que me honro en presidir, la política pública de la misma respecto al uso y abuso de sustancias, tanto dentro del ámbito de aquellas autorizadas por las diversas entidades del Estado, como de aquellas fuera del mismo, ha sido que la vía a seguir debe de ser bajo el aspecto salubrista racional y educado, donde a la persona con adicciones se le debe de considerar como un enfermo y se le debe de proveer tratamiento. Dicho tratamiento debe de ser de carácter multidisciplinario dirigiéndose el mismo, no solo a la condición de adicción como tal, sino que debe de abarcar todos los ámbitos que sean pertinentes a fin de reintegrar al paciente lo antes posible a la sociedad. Lo anterior implica amen del cuidado médico especializado, consejería especializada, educación, re-entrenamiento laboral y cualquiera otra que le permita a la persona adaptarse en forma Integra a su entorno social y dentro del mismo funcionar de forma aceptable tanto para sí mismo como para los demás. Este tipo de dinámica se ha denominado por expertos en la materia como los cuatro pilares en el tratamiento de las adicciones, los cuales son: Prevención, tratamiento y rehabilitación, reducción de daños con dinámicas basadas en la evidencia (ej. intercambio de jeringuillas) e interdicción no punitiva sino de ayuda al paciente.

El Proyecto de la Cámara 1362 contempla reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal, contempla también establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana y crear un sistema controlado de producción legal y el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico. Hay que notar que en estos precisos momentos se está discutiendo en el Senado de Puerto Rico el

proyecto 517 que atiende en forma específica otro asunto relacionado al presente proyecto y que ha sido siempre preocupante, no solamente para nuestra institución, sino para nuestra sociedad en general y para la gran mayoría de las sociedades alrededor del mundo. Nos referimos a la proporcionalidad en el castigo que se le inflige al pequeño usuario, en la mayoría de los casos personas jóvenes, al condenarle frecuentemente a varios años de prisión por el uso en particular de pequeñas cantidades de esta planta. Desafortunadamente la mayoría de las prisiones no son precisamente centros de rehabilitación, sino más bien lugares donde las personas son, en muchos casos, abusados y maltratados tanto física como psíquicamente.

Los cuerpos directivos del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico tuvieron el pasado miércoles 11 de septiembre la oportunidad de escuchar directamente de los proponentes de los dos proyectos de ley que tratan estos asuntos, honorable Miguel Pereira y honorable Carlos Vargas, los argumentos sobre los mismos y tuvieron también la oportunidad de escuchar las respuestas de estos a sus preguntas y dudas.

Reconociendo la complejidad del tema, esa misma noche, la Junta de Directores determine en forma unánime el que este servidor creara una Comisión que estudiara profundamente el mismo desde todos los ángulos posibles, para, en un término no mayor de 90 días a partir de esa fecha poder presentar ante ambos legisladores las enmiendas a sus respectivos proyectos a fin de lograr que los mismos sean unos de avanzada no solo para nuestra sociedad sino para el mundo entero.

Para este momento ya se han realizado 2 de estas reuniones en nuestra Institución a las que han asistido prominentes personalidades en múltiples áreas de la vida Puertorriqueña, entre otros Verónica N. Vélez Acevedo, asesora en legislación y educación jurídica de la Sociedad para la Asistencia Legal de Puerto Rico, Milton Rosario (Parlamentarista), los doctores Néstor Galarza, psiquiatra y pasado director de ASSMCA, Eladio Santos, endocrinólogo, Pascual Merlos, médico y psicólogo, José Vargas Bidet, medico, salubrista y director de Iniciativa Comunitaria, Sara Huertas, psiquiatra y presidenta de la Alianza para la Salud del Pueblo, Ángel González., internista, especialista en adicciones y asesor en ASSMCA, Roberto Pérez, presidente Senado Medico, Carmen Arvizu, pediatra, autora y estudiosa del tema de las adicciones y catedrática de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, Víctor Marital, Radio oncólogo y presidente del Consejo de Disciplinas Medicas del Colegio Médico, Arnaldo Cruz Garatura, Psiquiatra con sub-especialidad en adicciones y miembro del sub-comité de Adicciones del Colegio Médico, Zoilo López, Presidente del Distrito de Carolina y uno de los fundadores de CMCP, Héctor Rivera, presidente del Distrito Central del Colegio Médico y presidente del Comité de Derechos Humanos del Colegio, Alma Irizarry, trabajadora social y autora del

libro "Perfil de la Violencia en Puerto Rico", Jorge Ferrer, director del Instituto de Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, Cesar Vazquez, internista y cardiólogo, Manuel Perfecto, presidente de la UGT, licenciado William Ramirez,, director ejecutivo de ACLU, diacono Ramón Guzmán, delegado del Arzobispo de San Juan, Rafael Torruella, director ejecutivo de Intercambio Puerto Rico, María Thurin directora ejecutiva del Colegio de Profesionales de la Enfermería, Carmen Maldonado Vlaar, doctora en neuro-ciencias y directora de la Facultad de Biología-de la Universidad de Puerto Rico, coronel Luis Miranda Morales, Comisionado de Seguridad de la Policía de Puerto Rico, comandante Pedro Sánchez Vega, Arturo Hernández, pasado presidente del Colegio de Abogados de Puerto Rico y candidato a la gobernación por el MUS, Salvador Santiago, director de ASSMCA, Reynaldo Alegría, abogado CM CPR, Rafael Flores, abogado CM CPR, Myrna Conty, ciudadana, Jeanny Ibarra, ciudadana, Eliza Llenza Zuecca, periodista.

Hasta hoy han asistido, 3 mociones han sido aprobadas, todas ellas por unanimidad:

1. La adicción a sustancias se debe de considerar una enfermedad.
2. Las personas con adicciones deben se ser tratadas dentro del sistema de salud y no dentro del sistema penal.
3. Se entregarán los informes respectivos sobre este proyecto y el del Senado al cumplirse los 90 días a que la institución se comprometió para ello.

Finalmente deseamos recordar que antes de presentar la medida ante la Junta de Directores, la misma fue discutida con ambos legisladores quienes, desde luego, la encontraron prudente y razonable ya que permitirá sin duda alguna producir una serie de enmiendas que aportaran en forma considerable hacia la solución de un problema que está latente día a día en la sociedad en que vivimos.

Estamos hoy reiterando nuevamente la propuesta de nuestra institución con el fin de que en forma oficial se nos concedan los referidos 90 días a partir del 9 de octubre 2013 con el fin de realizar los estudios multidisciplinarios arriba expuestos.

#### **4. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ibarra)-ponencia posterior al estudio multidisciplinario**

El Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico, agrupa por ley a todos los profesionales que practican las diversas ramas de la medicina y sus especialidades en Puerto Rico. Nuestro Colegio, siempre ha estado a la vanguardia de la defensa de la práctica de la medicina, los pacientes y los colegiados, por lo que siempre que se nos presenta la oportunidad,

gustosamente y como parte del compromiso con nuestra sociedad, aportamos de nuestro conocimiento a través de las ponencias tanto en forma escrita como en forma verbal.

El PC 1362 propone un cambio fundamental en el enfoque de política pública ya que tiene el "proposito de reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal; para establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana a fines de crear un sistema controlado de producción legal y el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico." El CM CPR reconoce la loable intención legislativa de buscar estrategias para controlar el problema de abuso de drogas y sustancias controladas permea en toda la sociedad puertorriqueña e igualmente proveer de alivio y cuidado de salud a todos aquellos seres humanos que lo ameritan. Al respecto deseamos expresar varios razonamientos científicos que creemos de suma importancia para su estudio, análisis y su final consideración.

Al presente existen tres tendencias sobre cómo atender el asunto que plantea el PC 1362. La prohibición, descriminalización y legalización. La prohibición establece una política de ilegalidad del uso y la posesión de la droga. La descriminalización, se refiere a la eliminación, reducción y/o no fiscalización y procesamiento de las leyes que reglamentan la compra, la venta y la posesión de la marihuana; aunque dichas actividades continúan siendo ilegales; y la legalización donde se reglamenta la venta, distribución, uso y publicidad de la droga como parte de la política pública del estado. El PC 1362 se dirige principalmente, según entendemos, hacia la utilización de la planta con fines legítimos de tratamiento médico para el alivio de varias condiciones de salud que aquejan a un sector de nuestra población.

El Colegio se ha expresado anteriormente sobre este tema al analizar otras piezas legislativas. El CM CPR a tenor con su ponencia del PS 517 favoreció el enfoque de la descriminalización siempre y cuando el uso de la droga no estuviera atado a la comisión de un delito, además de que al adicto se le atendiese por la vía salubrista del País y no por la vía criminal.

He aquí en resumen nuestra posición institucional:

- a. Estamos totalmente de acuerdo en el uso medicinal de los componentes activos de la marihuana conocidos o por conocerse, para el tratamiento sintomático de ciertas condiciones que afectan a los seres humanos como lo son las náuseas y los vómitos en pacientes que reciben quimioterapia, el dolor en pacientes con condiciones, terminales, las manifestaciones de la esclerosis múltiple, el glaucoma y varias otras, ya identificadas o por identificarse en el futuro. De hecho, ya existen actualmente medicamentos aprobados por el FDA para los usos señalados como lo son el Marinol y el Sativex que esta por ser

aprobado.

- b. El uso de la marihuana en forma de inhalación (fumada), no se avala ni se recomienda, debido a que conjuntamente con las sustancias con efectos terapéuticos, se inhalan también cientos de otras sustancias con diferentes grados de toxicidad, muchas de las cuales no necesariamente resultan beneficiosas para el tratamiento, ni para la salud en general del paciente o que incluso pueden tener efectos nocivos para este. Igualmente no se puede controlar en forma adecuada la dosificación, lo cual está en contradicción con los principios científicos de la ciencia de la Medicina. Siguiendo esa misma línea de pensamiento hay que también señalar, que hasta donde nosotros conocemos, no se han estudiado y difundido los coeficientes de concentración de sangre y gas (B/G partition coefficient) los cuales son fundamentales para la administración de medicamentos por la vía de inhalación.
- c. Las condiciones de adicción, todas ellas, deben de ser canalizadas a través del Sistema de Salud y no a través de del sistema penal.
- d. El CMCPR a través de su Senado Médico resolvió también que el ejercicio de la Medicina debe de reconocerse como un privilegio de los profesionales en ese campo y que los Cuerpos Legislativos deben así también aceptarlo y dejarlo claramente establecido (RS 11-02-13-01)

## II. Análisis

Se conoce como marihuana una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*, cuya principal sustancia activa es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). El THC se adhiere a lugares específicos en las superficies de las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides. Se pueden encontrar muchos receptores de cannabinoides en las partes del cerebro de alta densidad que ejercen influencia sobre el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación y la percepción sensorial y del tiempo. La marihuana cuando es fumada produce que el THC estimule a los receptores de cannabinoides, influyendo en la función del sistema endocanabinoide. La sobreestimulación de estos receptores en áreas clave del cerebro produce la sensación de euforia asociada con la marihuana, así como otros efectos sobre los procesos mentales.

Los receptores de cannabinoides son partes de una vasta red de comunicación conocida como el sistema endocannabinoide, que juega un papel crítico en el desarrollo y las funciones normales del cerebro. De hecho, los efectos del THC son similares a aquellos producidos por sustancias químicas que ocurren naturalmente en el cerebro y en el resto del cuerpo llamadas cannabinoides endógenos o endocannabinoides. Estas sustancias químicas ayudan a controlar muchas de las mismas funciones mentales y físicas en que el consumo de la marihuana puede influir. La marihuana en su modalidad inhalada deposita considerablemente más THC en el torrente sanguíneo por lo que su efecto es mucho más rápido que cuando se utilizan otras vías, tales como la vía oral.

Segundo, Al entrar el THC al cerebro hace que el usuario se sienta eufórico porque actúa sobre el sistema cerebral que ha sido llamado "de gratificación" estimulando la secreción de dopamina. Junto con la euforia, otro efecto reportado frecuentemente en los estudios en seres humanos es el sentirse relajado. Otros efectos, que varían considerablemente entre los distintos usuarios incluyen aumento en la percepción sensorial (por ejemplo, los colores se ven más brillantes), risa, percepción alterada del tiempo y aumento en el apetito. La euforia pasa después de un tiempo y el usuario puede sentir sueño o incluso depresión. A veces, el consumo de marihuana produce ansiedad, temor, desconfianza, pánico o sensación de muerte inminente.

Se ha afirmado que el consumo de la marihuana disminuye la capacidad para crear recuerdos nuevos y para desviar la atención de una cosa a otra. El THC también entorpece la coordinación y el equilibrio al adherirse a los receptores en el cerebelo y los ganglios basales, que son las partes del cerebro que regulan el equilibrio, la postura, la coordinación y el tiempo de reacción. Por lo tanto, también se verá afectada la capacidad de realizar tareas peligrosas o complicadas, de hacer deportes, de aprender y de conducir un vehículo.

Existen referencias en la literatura de que los consumidores de dosis altas de marihuana pueden experimentar una psicosis aguda, que incluye alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de la identidad personal o auto-reconocimiento. Las reacciones psicóticas a corto plazo a las concentraciones altas de THC son distintas a los trastornos de mayor duración, parecidos a la esquizofrenia, que han sido asociados con el uso del cannabis en las personas susceptibles.

Nuestra comprensión de los efectos a largo plazo de la marihuana en el cerebro es limitada por lo que el Colegio respalda sin lugar a dudas que se estimule y continúe la investigación científica al respecto. Los resultados de las investigaciones sobre como el consumo crónico del cannabis afecta la estructura del cerebro, por ejemplo, han sido inconsistentes. Puede ser que

los efectos sean demasiado sutiles para que sean detectados de manera confiable usando las técnicas actuales. Un problema similar se plantea en los estudios sobre los efectos del consumo crónico de la marihuana sobre la función cerebral. Aunque los estudios de imágenes (resonancia magnética funcional o MRI, por sus siglas en inglés) muestran algunas alteraciones consistentes en los usuarios crónicos, la relación de estos cambios con el funcionamiento cognitivo es menos clara.

Una pregunta constante en este campo es si las personas que dejan de fumar marihuana, incluso después de haberla consumido en grandes cantidades a largo plazo, pueden recuperar algunas de sus habilidades cognitivas. Un estudio reporta que en los consumidores establecidos de marihuana a largo plazo, la capacidad para recordar las palabras de una lista se vio afectada hasta una semana después de haber dejado de usar la droga, pero volvió a la normalidad después de cuatro semanas. Sin embargo, otro estudio encontró que los efectos de la marihuana sobre el cerebro pueden acumularse y con el tiempo pueden deteriorar las habilidades críticas de la vida. Estos efectos pueden ser aún más significativos en los pacientes con otros trastornos mentales o como resultado del proceso normal de envejecimiento.

Tercero, la marihuana también produce efectos sobre la salud física en general de las personas. El humo de la marihuana, al igual que el del tabaco, consiste en una mezcla compleja de gases y partículas, muchas de las cuales se sabe que pueden ser perjudiciales para los tejidos pulmonares. Las personas que fuman marihuana regularmente pueden tener muchos de los mismos problemas respiratorios que los fumadores de tabaco, como tos y producción de flema a diario, una mayor frecuencia de enfermedades agudas del pecho y un mayor riesgo de infecciones pulmonares. Además, al fumar marihuana el corazón comienza a latir más rápido (taquicardia), los bronquios se relajan y se ensanchan, y los vasos sanguíneos en los ojos se dilatan haciendo que los ojos se vean rojos. El corazón, que normalmente late de 70 a 80 latidos por minuto, puede aumentar su ritmo en unos 20 a 50 latidos por minuto o en algunos casos hasta puede duplicarse. Este efecto puede ser mayor si se consumen otras drogas conjuntamente con la marihuana.

En síntesis, entre los efectos que se han identificado con el uso y sobre todo, con la adicción a la marihuana se pueden señalar los siguientes:

- a. Se ha reportado un deterioro de la memoria a corto plazo
- b. Se ha reportado un deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
- c. Se ha reportado un deterioro de la coordinación y el equilibrio
- d. Se ha reportado un aumento en el ritmo cardiaco
- e. Se han reportado episodios psicóticos en personas susceptibles

Se han también identificado unos síntomas persistentes; aunque no siempre permanentes; como el:

- a. Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje
- b. Deterioro en el sueño.
- c. A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

A largo plazo las consecuencias mencionadas del uso de la marihuana son:

- a. Puede potencialmente causar adicción
- b. Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis, tal como ocurre con el uso del tabaco inhalado y
- c. Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles.

Los efectos antes señalados sobre el uso de la marihuana han sido de gran preocupación para la Academia Americana de Pediatría, quienes en sus estudios para establecer su política pública concluyeron que:

*[S]ome of the significant neuropharmacologic, cognitive, behavioral, and somatic consequences of acute and long term marijuana use are well known and include negative effects on short-term memory, concentration, attention span, motivation, and problem solving, which clearly interfere with learning; adverse effects on coordination, judgment, reaction time, and tracking ability, which contribute substantially to unintentional deaths and injuries among adolescents (especially those associated with motor vehicles); and negative health effects with repeated use similar to effects seen with smoking tobacco.*

El uso de marihuana entre los adolescentes mayores de doce años; nuestros adultos del mañana, es sin duda preocupante, por lo que debemos, dentro del desarrollo de cualquier sistema en miras hacia su utilización con objetivos medicinales legítimos o de investigación, de tomar medidas para disminuir su accesibilidad para nuestra población joven.

Cuarto, como expusimos anteriormente, existen medicamentos ya aprobados por la Federal Drug Administration (FDA por sus siglas en inglés,) tales como Sativex, que tiene químicos que se han tornado directamente de la planta de la marihuana y el Marinol (dronabinol), que contiene una versión sintética de los químicos que se encuentran de manera natural en la marihuana, sin sus componentes tóxicos. Estos medicamentos se utilizan para: el tratamiento de dolor por neuropatía; espasticidad en pacientes con esclerosis múltiples; como analgésico en adultos que padecen de cáncer

avanzado como dolor de moderado a severo; y para el tratamiento de las náuseas y vómitos en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia.

Podemos observar, que los controles de las leyes de sustancias controladas, tanto a nivel federal como estatal, reglamentan la prescripción de las mismas de una manera efectiva y que los mismos deben de ser reconocidos y aplicados para el uso, reglamentación y control de cualquier otra nueva sustancia.

### **III. Conclusión**

EL Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico respalda el que continúe la investigación científica sobre los efectos en los seres humanos de las diferentes sustancias contenidas en la planta de la marihuana, igualmente respalda el uso medicinal de las sustancias, ya conocidas o por conocerse, contenidas en ella, siguiendo los lineamientos científicos reconocidos, entre otros los de indicaciones, contraindicaciones y dosificación, para el tratamiento de las condiciones ya identificadas o por identificarse en el futuro, que de cualquier forma alivien el dolor y el sufrimiento de los seres humanos.

Como de costumbre, nos reiteramos a su disposición para participar en procesos ulteriores relacionados a este asunto.

### **5. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (bajo la Pres. del Dr. Ramos)**

Agradezco la oportunidad de poder dirigirme a esta Honorable Comisión en representación del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, con el propósito de comunicar nuestra opinión referente al proyecto de la Cámara 1362. El Colegio, única institución que agrupa el universo de médicos de Puerto Rico, tiene el ineludible deber de comparecer y expresar su opinión sobre esta y cualquiera otra medida que tenga que ver con la salud del Pueblo, que en última instancia representa nuestra razón de ser. El Pueblo es nuestro paciente y parte fundamental del binomio que conforma la relación más significativa de nuestra sociedad; la relación médico-paciente.

El comparecer ante este foro satisface la obligación legal del Colegio de cooperar con el Estado en todo lo relacionado a los asuntos de salud del Pueblo. La ley habilitadora, Ley 77 de 13 de agosto de 1994, según enmendada, así lo manda. Es de público conocimiento que asumí la presidencia del Colegio el pasado domingo 6 de abril con la encomienda de ser el portavoz de las posiciones oficiales de los colegiados. Esas posiciones

deben ser el resultado de los procesos de consulta y consenso reglamentarios de nuestra institución. De allí nuestra campaña pública para que las expresiones del Colegio de Médicos sean las expresiones de los médicos de Puerto Rico y no las opiniones particulares de este deponente.

La medida ante la consideración de esta Honorable Comisión nos da la oportunidad de darle contenido a nuestro discurso público. La posición expresada en esta ponencia es la política pública del Colegio de Médicos, según aprobada por Resolución del Senado Medico el 2 de noviembre de 2013. **(la cual anejamos a esta ponencia como Anejo 1).**

Esta ponencia y todas las que tengamos el privilegio de presentar ante esta Honorable Comisión estarán enmarcadas dentro de nuestra responsabilidad legal de ayudar al Estado a propiciar alternativa salubristas siempre en beneficio de nuestros pacientes y del pueblo de Puerto Rico.

Veamos ahora concretamente el proyecto de la Cámara 1362 que busca enmendar la subsección I y la subsección II del inciso (c) de la Sección 2202 sobre "Clasificaciones de sustancias controladas" de la Ley Núm. 4 de 4 de junio de 1971, según enmendada, conocida como la "Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico" a los fines de reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal; para establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana, a los fines de crear un sistema controlado de producción legal y el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico.

En la Exposición de Motivos de la medida se establece que "Existe amplia evidencia científica sobre los usos medicinales de la marihuana. En el año 2010, un estudio por científicos de la Universidad de Leiden concluyo que desde el 2005 ha habido 37 estudios controlados que evalúan la seguridad y eficacia de la marihuana medicinal y sus compuestos naturales en un total de 2,563 sujetos". A renglón seguido se indica que muchos de los medicamentos aprobados por la FDA no obtienen tantos estudios clínicos para su eficacia.

Reconocemos que existe una amplia gama de usos terapéuticos para los derivados de la marihuana, estos han sido ampliamente estudiados y algunos aprobados para uso terapéutico y están actualmente disponibles. La justificación para el uso de la marihuana fumada como medicamento sería equivalente a ofrecerle a un paciente "leche de la planta de opio" cuando tenemos disponibles en el armamento medico una gran variedad de narcóticos para tratar el dolor. Las recomendaciones hacia permitirle a las agencias reglamentarias donde existen los recursos, estudiar estos componentes y que estos estudios sean respaldados por el Departamento de Salud Federal y la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), quienes son

los que en última instancia pueden autorizar el uso medicinal de un compuesto. Nosotros como médicos nos encontramos en una disyuntiva. Por un lado tenemos grupos sociales y procesos políticos que reclaman que se incorpore a la marihuana fumada como una alternativa de tratamiento, pero por otro lado no tenemos la evidencia científica reconocida por los entes reguladores para proveerles a nuestros pacientes información precisa sobre las expectativas medicinales y las posibles consecuencias adversas del uso de la marihuana fumada como alternativa de tratamiento. Proveer esa información es la esencia del consentimiento informado y en una propuesta para promover el uso medicinal de la marihuana, el Estado debe reconocer que los médicos estamos impedidos de recomendar con certeza científica y dar las garantías que tradicionalmente se esperan en el ejercicio de la medicina.

Tan reciente como el pasado 14 de marzo de 2014 la psiquiatra Suzanne Sisle, quien investiga los efectos del cannabis en el tratamiento del estrés postraumático en veteranos de guerra de EE.UU, logro por primera ocasión que el Departamento de Salud Federal aceptara una investigación científica sobre el uso medicinal de la marihuana. La autorización expedida también permitirá a la investigadora comprar las plantas al Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, que tiene una granja reconocida como la única fuente de la droga aprobada por el gobierno federal. Esperamos que este sea el primer paso a una apertura amplia para la investigación de los usos terapéuticos de la marihuana inhalada en forma de vapor comparada con la fumada.

Ya existen alternativas terapéuticas derivadas de la marihuana aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos. Sustancias como el Marinol (Tetrahidrocannabinol o THC), el Epidiolex (Cannabidiol o CBD), y el Sativex (combina ambos THC y CBD), que están disponibles en fases avanzadas de estudios han logrado estandarizar las dosis y eliminar el componente dañino de la planta al no fumarse. No existen las mismas garantías con la marihuana fumada como tratamiento terapéutico, ya que hay otros químicos contenidos en la combustión de la marihuana la cual genera 20 veces más amoníaco y 5 veces más cianuro de hidrogeno que el tabaco fumado los cuales son nocivos para la salud de los pacientes que queremos tratar. En principio, toda aquella sustancia que se fuma genera radicales libres, por lo que resulta toxico para los pulmones. **(Véase Segundo Anejo a esta ponencia - Anejo 2.)**

Como institución no estamos ajenos a los resultados anecdóticos que se le atribuyen a la marihuana o a los beneficios que se han documentado desde hace miles de años. Los conocemos. También sabemos que la política en muchas ocasiones somete a la ciencia y le impone restricciones draconianas a las investigaciones, en muchas ocasiones en

perjuicio de los pacientes. Como médicos celebramos la posibilidad de que los compuestos cannabinoides en la planta de marihuana tengan los resultados que se le atribuyen para el uso en pacientes de cáncer o en el tratamiento de la epilepsia. Así también le reconocemos potencial a otras propuestas de salud alternativas y no convencionales. Sin embargo, no podemos promoverlas como medicina o medicinal hasta tanto se realicen estudios bien controlados que nos lleven a entender las razones de esos resultados y se puedan desarrollar tratamientos seguros y eficaces. Como médicos nos debemos a la ciencia y en ausencia de los estudios formales que confirmen la seguridad del uso de la marihuana fumada versus la de sus derivados como alternativa de tratamiento, no podemos endosar el proyecto a esos fines.

Por otro lado, es nuestra posición que la clasificación de la marihuana como Clasificación I no ha sido un obstáculo para que se realicen las investigaciones necesarias sobre los componentes terapéuticos de la planta. Véase segundo anejo a esta ponencia. Conforme lo anterior, el Colegio de Médicos no endosa el reconocimiento de la marihuana como medicina por virtud de una acción legislativa y exhorta a esta Asamblea Legislativa a que facilite y provea los recursos necesarios para una investigación en Puerto Rico sobre los méritos y el potencial medicinal de los derivados de la marihuana más allá de los que actualmente se realizan en los Estados Unidos.

Nuevamente, muchas gracias por la oportunidad y estamos disponibles para aclarar cualquier duda

## **6. Posición del Senado Médico y del Sub-Comité de Psiquiatría (Colegio de Médicos Cirujanos)**

Presentamos evidencia del daño que hace (especialmente en adolescentes) la normalización del uso de sustancias adictivas y la falta de los cuatro tipos de prevención en PR. El aumento del abuso de sustancias en adolescentes se propicia ante la percepción positiva de su uso en el adolescente (ante difusión en los medios de comunicación que glorifican o presenta las sustancias como inofensivas normalizando su uso). Son las sustancias legalizadas para adultos (alcohol y tabaco) las más normalizadas, las más accesibles a jóvenes y adolescentes y también las más abusadas. El abuso intenso de cannabis fumada está en aumento en EUA 80% desde 2008 al 2011 y en PR en 100% desde el 2005-2007 al 2012.

El abuso de sustancias en adolescentes es hoy el problema número uno de salud pública en los EUA. La Dependencia a Sustancias y la violencia son enfermedades en PR que están relacionadas (se aumenta una con la otra) y se manifiestan en proporciones epidémicas y diferentes. Por cada 100

personas con alcoholismo solo 2 reciben algún servicio de tratamiento y por cada 100 personas con adicción a otras sustancias solo 12 reciben algún tratamiento. Esos escasos recursos de prevención, y tratamiento están fragmentados, desarticulados y muchas veces no se basan en evidencia científica.

La cannabis fumada dista mucho de ser una droga inofensiva y recientemente se han dado casos de envenenamiento en niños. El normalizar el uso de cualquier sustancia (hacerlas ver como inofensiva o beneficiosa "cool") y hacerla más libremente disponible, se relaciona a mayor abuso de estas en adolescentes.

El mayor daño es que produce la enfermedad mental de adicción en 10 de 100 adultos usuarios y en hasta 26 de cada 100 adolescentes usuarios. La dependencia a cannabis es una enfermedad mental de larga duración que si no se trata puede desarrollar otras enfermedades mentales conocidas y llevar a la persona a un deterioro progresivo y a conductas impulsivas y delictivas (mentir, abandono escolar, robar, violencia-agredir, contagio de otras enfermedades, afiliación con delincuentes y otras).

Presenta síntomas de intoxicación (perdida de coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de tiempo lento, pobre juicio, aislamiento social, conjuntiva enrojecida, boca seca, aumento en apetito, taquicardia) y en los usuarios diarios crea dependencia fisiológica con un embrome de retirada (irritabilidad, coraje, agresión, ansiedad, insomnio, pesadillas, pérdida de apetito y de peso, inquietud, animo depresivo, cefalea, dolor abdominal, diaforesis, fiebre, temblor). Duplica el riesgo de accidentes de tránsito y tiene efectos residuales de hasta 24 horas en el desempeño de tareas complejas (estudios en pilotos).

El daño mayor es en los niños (se han descrito 14 casos de envenenamiento en un hospital de Colorado donde se envenenaron con cannabis recetada a adultos. El aumento de adicción a marihuana en EUA, Puerto Rico y Europa es un problema serio, global y preocupante.

Existe varios medicamentos cannabinoides legales (Marinol-Dronabinol y Cesamet-Nabilone) que recientemente se presentan en distintas aplicaciones (pastillas, cremas, ungüentos) y que están aprobados por agencias reguladoras locales y de EUA. Todos han demostrado ser más seguros y menos adictivos que la marihuana fumada. Ellos han demostrado ser efectivos en aliviar las náuseas, pérdida de apetito en pacientes debilitados en quimioterapia de CA. Además esta en investigación en su última etapa (en fase 3) en EUA para ser aprobado el Savitex que es un extracto estandarizado de cannabis (con igual proporción de Cannabidiol que de THC). Esta ya aprobado su uso en Europa para espasticidad severa y ciertos tipos de dolor de Esclerosis Múltiple.

Ya describimos la existencia de estos poderosos medicamentos que son estandarizados y más seguros y en adición. También describimos la actual falta de prevención y tratamientos para adicciones en PR sumado a la epidemia de adicciones y violencia que sufrimos. Ante esa situación alarmante entendemos que no es necesario ni debemos exponer a nuestros pacientes ni a nuestros adolescentes al peligro de legalizar ni liberalizar la cannabis fumada que evidentemente resultaría ser más tóxica, adictiva y accesible a menores. Compartimos esta posición organizaciones médicas importantes tales como La Academia Americana de Siquiatría de las Adicciones, la Sociedad Americana de Medicina Adictiva, la Asociación de Siquiatría Americana, y la Asociación de Pediatría Americana entre otras.

Por cada dólar que se deriva de impuestos en la venta de drogas legalizadas en PR y EUA se pierden entre 10-100 dólares en los daños relacionados a las adicciones y violencia que causan. Esto es más alarmante cuando estamos presentando proporciones epidémicas en la Isla tanto de múltiples tipos de violencia (suicidio, violencia en la pareja • maltrato de menores, abuso sexual de menores • violencia juvenil, • violencia en las escuelas • maltrato a las personas de edad avanzada) como de adicciones y cuando no tenemos indispensables servicios de prevención ni tratamiento para los pacientes ni sus familias ni preparamos suficientes especialistas en adicciones. Un 37.5 % de las ganancias billonarias de la industria licorera la consumen menores de 21 años y personas con alcoholismo. Por otro lado son abundantes la evidencia de costo-beneficio de prevención y tratamientos basados en evidencia (beneficios entre 1.33 hasta 39 dólares que se economizan por cada dólar invertido).

Estamos completamente de acuerdo en que no se encarcele al usuario (de ninguna sustancia legal o ilegal adictiva) pero debe ser prontamente (en menos de 72 horas) evaluado por un equipo que tenga un siquiatra un trabajador social y otro profesional, todos cualificados o entrenados en adicciones. Ellos determinaran si es usuario (y necesita orientación) o si está enfermo (y necesita tratamiento- mantenimiento) o traficante y necesita ser referido al sistema judicial. En Puerto Rico debemos enfocarnos en desarrollar evaluaciones y tratamientos basados en evidencia y ofrecidos por especialistas cualificados y/o entrenados en adicciones. Es demasiado costoso no hacerlo. Proponemos un modelo de cuatro pilares de prevención en salud: Prevención primaria-, Secundaria-tratamiento y mantenimiento, Terciaria Reducción de daños y Cuaternaria Interdiction no punitiva. Proponemos como desarrollar este modelo en toda la isla y también como desarrollar fuentes de nuevos fondos recurrentes para financiarlo.

Para más detalles o aclarar dudas, puede acceder al documento original adjunto con 20 referencias científicas resumidas. **(A estos efectos Véase el Anejo 3 de este Informe Conjunto)**

## **7. Asociación Médica de Puerto Rico**

Es menester considerar hablar del tetrahidrocannabinol (THC), en vez de la marihuana, ya que las partes activas de cualquier planta identificada como beneficiosa para la salud, son más efectivas cuando están aisladas, que cuando se usa la planta en su totalidad o una hoja. Esto se debe, a que la hoja de la planta tiene otras sustancias activas e inactivas que pueden interactuar unas con otras y perder o afectar, por lo tanto, su efectividad y bio-disponibilidad de un ingrediente activo.

El THC, componente activo en la marihuana, como los demás medicamentos debe ser estudiado en un proceso científico similar al de los demás medicamentos para evaluar y documentar su efectividad, dosis, bio-disponibilidad, farmacocinética y las posibles vías de administración a los pacientes que así la necesiten y que puedan beneficiarse o no de su uso.

Por ende, las agencias federales de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por sus siglas en inglés, deben participar de este proceso científico, como con los otros medicamentos controlados, especialmente en los estudios con seres humanos.

Ya hay dos preparaciones médicas aprobadas por el FDA, de estos alcaloides. Recordemos que ya el THC ha sido usado por este proceso, con el nombre comercial de "Marinol", para ensayos clínicos en pacientes de glaucoma. De hecho, los estudios demostraron, que para tener un efecto en dichos pacientes, la dosis a usarse tenía que ser tan alta, que los pacientes no podrían llevar una vida normal, por el efecto secundario de sedación en ellos.

Sugerimos respetuosamente, que esta Honorable Comisión de la Cámara de Representantes considere trabajar para que el THC, cambie de Categoría de Control, ("Schedule of the Control Substances Act") en Puerto Rico, de Control I a Control II, como se ha hecho en otros estados y el Distrito de Columbia, para que pueda ser estudiado en los humanos y luego recetado igual que otros medicamentos, como se ha hecho históricamente con la morfina, codeína, cocaína entre otros.

Se pueden enmendar las sub-secciones de la "Clasificación de Sustancias Controladas" de la Ley de sustancias controladas de Puerto Rico, la Ley Número 4 del 4 de junio de 1971, al efecto de reclasificar el THC de Clasificación I a Clasificación II.

De tal forma se legalizaría el uso médico-terapéutico del THC. Esto permitiría estudios clínicos correspondientes para estudiar las necesidades y

beneficios del THC. Además se estudiaría la dosificación correcta. Dichos potenciales estudios podrían evaluar la dosis adecuada necesaria sobre otras condiciones en las que el THC pueda usarse. En esos casos, podría recomendarse y recetarse en THC si resultase beneficioso, de acuerdo a los estudios en animales y humanos hechos y que así los comprueben. Una vez se consiga esa dosificación adecuada, se podría comenzar a recetar como otros medicamentos controlados. Finalmente los pacientes se beneficiarían cuando el medico recete el THC bajo el amparo de la ley de medicamentos controlados, en aquellos pacientes que lo necesitasen.

Este cambio puede beneficiar además el erario público, trayendo estudios clínicos a la Isla, de los efectos del THC en latinos, además de los ingresos por impuestos a la producción de este medicamento. Puede además beneficiar las instituciones médico- científicas que laboran en el país. Además disminuiría el gasto en mantener este medicamento como ilegal.

Por otro lado, reiteramos que para recetar cualquier medicamento, los médicos tenemos que regirnos por el código de ética, (en el caso de la Asociación Médica de PR, basado en el código de ética de la Asociación Médica Americana) que es sumamente estricto. Se toma nota de lo recetado, se documenta que en efecto la dosis, vía y medicamento es el mejor para el paciente, de acuerdo a su queja y condición de salud. Como los médicos siempre luchamos por el bienestar del paciente y buscamos que los efectos secundarios negativos sean mínimos. De hecho, tratamos de anticiparlos, observamos que no ocurran y en algunos casos se tiene la forma de contrarrestarlo si surgiese este inconveniente.

Nos preocupa que vía un fiat legislativo, el estado pueda dar órdenes de que se consuma una planta, hoja o medicamento y de que lo consuman los pacientes sin ningún control médico-científico, auto-recetado y comprado en lugares fuera de la industria médico-hospitalaria, perpetuando lo que viene ocurriendo, bajo el manto de la legalización.

Nos preocupa que el estado provea una lista de enfermedades donde se alega, sin documentación o evidencia clínica que la marihuana es efectiva. Para esos efectos, los profesionales de salud tenemos los anaqueles de la medicina, de farmacología, entre otros para buscar el mejor medicamento apropiado para las enfermedades.

Es menester mencionar que la dosificación de un pitillo de marihuana o dos no es una medida cuantificable. La dosificación de una bocanada de humo o dos tampoco lo es, para tratar una u otra enfermedad.

Por otro lado, los usos recreacionales de la marihuana traen otro issue importante que debe cuestionarse el Gobierno de Puerto Rico y no están contemplados en esta ponencia. Sin embargo, deseamos recomendar

estudios en los pacientes que mueren o se hieren en accidentes automovilísticos bajo los efectos de la marihuana en Puerto Rico. Estos estudios pueden ser hechos con un equipo simple a tales efectos por el personal paramédico o de enfermería en las salas de emergencias,

Sugerimos humildemente, que este P de la C 1362, sea revisado a estos efectos.

## **8. Junta Examinadora de Naturópatas**

Agradezco esta oportunidad en la Cámara, ya que en Senado no fuimos llamados a deponer.

Aunque compartimos la visión salubrista del gobierno en este aspecto, no estamos de acuerdo con este Proyecto, en cuanto a la forma en que fue radicado. Primeramente, la cantidad de posibles beneficiarios, así como la posible atención a estos y las condiciones a tratar no están claros y/o no presentan un estudio previo por el Departamento de Salud o agencia concerniente que lo avale. No sabemos cuántos beneficiarios se puedan prestar para estas terapias; no se desprende el costo de la operación de estas clínicas, ni el gasto en entrenamiento y contratos de los profesionales de la salud envueltos.

Las condiciones a tratar, realmente se limitarían al tratamiento del dolor, producido por algunas de estas; algunos como la Hepatitis C, HIV-SIDA y la enfermedad de CROHN, pueden a la larga ser más negativos y costosos por el efecto causado por el uso de la Marihuana inhalada a largo plazo. El potencial de adicción de los posibles nuevos usuarios y de aquellos que ya la usan es desconocido. La dosificación sería otro problema debido a la diferencia en THC de las diferentes cepas del Cannabis.

Como alternativa a esto, tenemos ya investigaciones serias sobre el uso seguro de esta planta. El THC, no es el principal ingrediente contra el dolor en esta planta, sino el Cannabidiol, el cual no tiene el efecto psicotrópico del THC. La farmacéutica británica GW Pharmaceuticals tiene dos productos aprobados en alrededor de 20 países para el uso contra el dolor y las convulsiones; estos son: el Sativex y el Epidiolex, el cual tiene permiso actual por la FDA para investigación como anticonvulsivante. La sección de Pediatría de la Universidad de Nueva York está investigando al respecto. Sena un uso mejor dosificado y sin los efectos secundarios del THC. De aprobarse este medicamento, lo cual no tardaría mucho, haría más eficaz y costo efectivo el uso de esta planta.

Prácticamente, todos los estudios presentes al momento sobre la marihuana inhalada se refieren al tratamiento del dolor a corto plazo. Como ejemplo presento el Exhibit I "Medical Marihuana and Junk Science" del Dr. Robert

Salomón, editor en jefe de la Revista ACEP News, de agosto de 2013, del Colegio Americano de Emergenciólogos.

El uso terapéutico de la marihuana, en poco evitaría el uso recreacional de esta, podría añadir más candidatos. El uso de las plantas y sus derivados es milenario, pero las formas inhaladas de aquellas con capacidad psicotrópica no es recomendable usualmente en la herbolaría o fitoterapia.

Los profesionales de la naturopatía deberíamos siempre ser consultados y añadidos en este tipo de Proyecto sobre todo en cuanto a su uso terapéutico.

## **9. Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico**

La Junta de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico en reunión hoy, 8 de abril de 2014, y basándose en las resoluciones número 401 y 402 del Congreso de Delegados de la Academia Americana de Médicos de Familia de 2013, decidió adoptar la resolución adjunta con respecto a la medicalización de la marihuana en Puerto Rico.

### Resolución

Por cuanto, la aprobación de medicamentos es una función regulada, realizada por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos, para asegurar que los medicamentos en el país sean seguros y efectivos, y

Por cuanto, la Administración de Drogas y Alimentos es una agencia que tiene confiada la decisión de qué medicamento deben estar disponibles en los Estados Unidos y Puerto Rico, y

Por cuanto, la Administración de Drogas y Alimentos asegura la formulación y la información ofrecida a los médicos, y

Por cuanto, la aprobación de medicamentos por la legislatura para el uso de la marihuana puede ser sujeto a influencias externas que no son basadas en evidencia científica, y

Por cuanto, el fumar no es bueno para la salud y la Academia de Medicina de Familia se opone al fumar, y

Por cuanto, en Europa y Canadá se ha aprobado el uso de una forma de marihuana médica como un atomizador transmucosal que tiene un nivel mayor de cannabidiol y está disponible con receta y es tratado como cualquier otro medicamento recetado, y

Por cuanto, esta formulación en atomizador se encuentra en etapa 3 de investigación en la ciudad de Nueva York y será sometido a la Administración de Drogas y Alimentos en un futuro cercano,

Por tanto, la Academia de Médicos de Familia afirma que el hecho de que la preparación de medicamentos tiene que ser estrictamente regulada por la Administración de Drogas y Alimentos y no por la legislatura, para asegurar la seguridad, pureza y efectividad, y

Por tanto, la Academia de Médicos de Familia se opone a la aprobación por el Estado de la marihuana médica fundada que no se ajusta al proceso de regulación de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

Por tanto, la Academia de Médicos de Familia apoya la investigación rigurosa que examine los elementos necesarios para el uso de la marihuana en terapias potenciales para condiciones médicas, entiéndase beneficios, percepción pública de su uso médico, indicaciones y contraindicaciones, entre otros, y

Por tanto, la Academia de Médicos de Familia apoya que se investigue el conocimiento y entrenamiento de los médicos en Puerto Rico en la prescripción de esta droga, y

Por tanto, de ser aprobado el uso médico de la marihuana por la Administración de Drogas y Alimentos, la Academia de Médicos de Familia apoyaría el adiestramiento formal de médicos que quieran entrenarse en este campo y la implementación de centros especializados en este tipo de tratamiento.

## **10. Policía de Puerto Rico**

Hacemos referencia al Proyecto de la Cámara 1362, sometido ante nuestra consideración por la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, para el pertinente análisis y comentarios.

Se establece en su Exposición de Motivos que resulta fuerte la evidencia a favor del uso medicinal de la marihuana en Estados Unidos, razón por la cual más de 18 estados, incluyendo Massachusetts, Nuevo México, Nueva York, Colorado, California, Washington, Montana, Vermont, Nueva Jersey, Michigan, Arizona, Hawaii, Maine, Connecticut, Rhode Island, Alaska y Oregon han aprobado legislación para su uso. Se hace referencia a que mediante la realización de una reciente encuesta nacional, llevada a cabo en marzo de 2013, quedo demostrado que la mayoría del pueblo

estadounidense está a favor del uso de la marihuana<sup>1</sup>. Se prosigue indicando que por ello, esta Legislatura no puede ignorar estas tendencias vanguardistas en Estados Unidos y más aún cuando tales reformas ofrecen soluciones concretas y probadas a varios males económicos y sociales, que afectan a la sociedad puertorriqueña.

Se alude al hecho que para que se pueda integrar las disposiciones de la Ley 404, antes citada, con las leyes actuales de Puerto Rico, encontramos necesario que con este proyecto se apruebe una enmienda a la misma, para reclasificar a la marihuana y así permitir su uso medicinal. Se indica que luego de un estudio del estado actual de derecho, concluimos que la marihuana cumple con los requisitos de la Clasificación II según la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, *supra*.

Se aduce a que mediante dicha reclasificación, se permitiría el uso controlado de la marihuana para propósitos medicinales pero a la misma vez mantendría los controles necesarios para evitar el abuso de esta sustancia debido a su historial como una sustancia completamente ilegal.

Iniciemos el escrutinio de esta medida aludiendo a que el Artículo el 404 (a) de la Ley de Sustancias Controladas, *supra*, establece que será ilegal que cualquier persona, a sabiendas o intencionalmente, posea alguna sustancia controlada, a menos que tal sustancia haya sido obtenida directamente o de conformidad con la receta u orden de un profesional actuando dentro del marco de su práctica profesional, o excepto como se autorice en dicha Ley.

Se indica que toda persona que viole dicho inciso incurrirá en delito grave y convicta que fuere será castigada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Se establece a su vez que el tribunal, a su discreción, podrá imponer, en adición a la pena de reclusión, una pena de multa que no excederá de cinco mil dólares (\$5,000), entre otras consideraciones.

Uno de los enfoques principales que tiene esta Agenda en su deber ministerial de proteger la vida y propiedad de nuestros ciudadanos, resulta, precisamente, reforzar nuestra lucha contra el tráfico de drogas en Puerto Rico. En la consecución de dicho objetivo, a modo de ejemplo, se utilizan agentes encubiertos cuyo fin es la infiltración en grupos de Crimen Organizado para obtener evidencia que permita radicar cargos en los Tribunales, y consecuentemente, desarticular las mismas.

Así también, en nuestro enfoque de la Policía como un ente facilitador, accedemos a las comunidades a realizar intervenciones contra el uso y tráfico de sustancias controladas y armas, en conjunto con otras dependencias gubernamentales tales como el Departamento de la Familia y el Departamento de Recreación y Deportes, entre otras, impactando las mismas con ayuda social, promoviendo la integración de las familias al deporte, a la convivencia en comunidad, y facilitándosele las ayudas gubernamentales que necesiten.

Otro de los recursos que ostentamos es la utilización del mecanismo de vigilancia, mediante el cual se pretende el arresto de distribuidores (tiradores) y usuarios. En tales incursiones, se precede a confiscar dinero, drogas, armas y vehículos. Así también, se llevan a cabo transacciones de compra y arresto, gracias a los cuales mediante la utilización de agentes experimentados, se realizan transacciones con los distribuidores (tiradores) en los puntos de drogas.

A su vez, la Policía de Puerto Rico cuenta con secciones de allanamiento con personal que trabaja en la identificación de lugares donde se procesan, almacenan y distribuyen sustancias controladas que le permita a los agentes del orden público la obtención de órdenes de allanamiento contra estructuras utilizadas para tales fines. Es importante advertir, que la Policía de Puerto Rico no solo enfrenta el problema de las sustancias controladas desde un punto de vista criminal, sino que también cuenta con programas de prevención sobre el particular.

Nos referimos a la División de Prevención Mediante Educación a la Comunidad, la cual está representada en todas las regiones policíacas, y que tiene a bien ofrecer talleres, orientaciones de prevención sobre el uso ilegal de sustancias controladas y delitos análogos. De este esfuerzo, participan a su vez escuelas, iglesias, universidades, corporaciones públicas, organizaciones cívicas y la comunidad en general, en pos de concienciar sobre los efectos nocivos en la salud y la calidad de vida como tal que provoca el uso de sustancias controladas.

Otra de las iniciativas más exitosas existentes es la cooperación con el Programa de Cortes Especializadas en Casos de Drogas (mejor conocidas como "Drug Courts). Mediante este, el participante tiene la oportunidad de rehabilitarse, a la misma vez que es supervisado por una gama de profesionales, bajo el escrutinio y supervisión del Tribunal.

Valga destacar, que la persona que graduarse de dicho Programa, obtiene como recompensa que su historial de antecedentes penales no refleje el(los) delito(s) relacionados al uso de drogas. Inclusive, se le brinda a este la oportunidad de adiestrarse para obtener una preparación académica e integrarse al ámbito laboral. El mencionado Programa actualmente está

siendo implantado en las regiones judiciales de Bayamón, Ponce, Arecibo, Carolina, Guayama, Humacao, San Juan y Mayagüez, Fajardo y Caguas.

No obstante, reconocemos que la Asamblea Legislativa en unión al Poder Ejecutivo, específicamente a través del Gobernador del Estado Libre Asociado, tiene la facultad constitucional de aprobar leyes que inciden en los distintos ámbitos de la sociedad, incluyendo el de seguridad pública. En ese aspecto, como parte del Gabinete Constitucional, al desempeñarnos como Superintendente de la Policía, cumpliría con la política pública que se adopte en cuanto al uso medicinal de la marihuana.

Lo anterior, porque ello no excluye que la Policía de Puerto Rico prosiga con su enfoque de luchar contra el uso y tráfico de sustancias controladas, con las iniciativas mencionadas.

Por todo lo anteriormente expuesto, entendemos que lo pretendido por esta medida incide en un asunto de política pública intrínseco del Poder Legislativo y Ejecutivo. De elevarse a rango de ley, cumpliríamos con sus disposiciones desde un punto de vista de seguridad pública.

Como de costumbre, la Policía de Puerto Rico se reitera a la disposición de esta Comisión para cuanto tenga a bien aportar a los propósitos de la misma.

## **11. Administración de Servicios Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)**

Es importante establecer de primera mano que la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) es la agencia responsable de llevar a cabo los programas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, dirigidos al cumplimiento cabal de la política pública dispuesta por nuestra Ley Orgánica, Ley Núm. 67 del 7 de agosto de 1993, Art. I, a los fines de atender, de manera integral y eficiente, todo asunto relacionado con la salud mental y la adicción.

La Administración implanta tal política pública a través de programas para la prevención, atención, mitigación y solución de los problemas de la salud mental, de la adicción o la dependencia a sustancias narcóticas, estimulantes y deprimentes, incluyendo el alcohol, a los fines de promover, conservar y restaurar la salud biopsicosocial del Pueblo de Puerto Rico. La Administración establece y coordina programas para la educación y orientación de la comunidad y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

La ASSMCA concuerda con los objetivos de la propuesta de hacer disponible el cannabis, o marihuana, como una posible opción terapéutica

para una serie de condiciones médicas que se detallan en este Proyecto, dentro de los parámetros que se especifican en el proyecto y con algunas modificaciones.

#### EN RELACION A LA RECLASIFICACION DE CANNABIS

Entendemos muy apropiado que se reclasifique el cannabis de Clasificación UNO (I) a Clasificación DOS (II) 6 incluso Clasificación TRES (III). La actual clasificación del cannabis en Clasificación UNO (I), no tiene base racional ni científica ni concuerda con las características de las sustancias incluidas en dicha clasificación.

La Clasificación UNO (I) consiste de, según nuestra traducción al español: "Sustancias en esta clasificación no tienen uso médico al presente en los EEUU, ni tienen niveles aceptables de seguridad bajo supervisión medica y tienen un alto potencial para ser abusada". En ingles: "Substances in this schedule have no currently accepted medical use in the United States, a lack of accepted safety for use under medical supervision, and a high potential for abuse."

La Clasificación DOS (II) contiene, en español: "Sustancias en esta clasificación tienen un potencial de abuso alto lo cual puede desencadenar en dependencia severa física o sicológica". En el inglés original: "Substances in this schedule have a high potential for abuse which may lead to severe psychological or physical dependence."

La Clasificación TRES (III) se define, en español, por ser "Sustancias en esta clasificación tienen un potencial de abuso menor que las sustancias en las clasificaciones UNO (I) y DOS (II) y su abuso puede llevar a dependencia física moderada o baja, o dependencia sicológica alta". En el inglés original: "Substances in this schedule have a potential for abuse less than substances in Schedules I or II and abuse may lead to moderate or low physical dependence or high psychological dependence".

Como reseñado en la propia Exposición de Motivos de esta propuesta legislativa, múltiples organizaciones científicas han documentado la utilidad clínica y terapéutica de cannabis en diversas entidades clínicas. Por mencionar una, la Universidad de California le reporto a su legislatura los resultados de varios estudios sufragados por dicho estado, comprobando la efectividad de cannabis en los casos de dolor neurótico severo. Esto ya de por sí, cuestiona lo propio de que el cannabis este en la Clasificación UNO (I).

Por otra parte, el potencial adictivo de diversas sustancias ha sido estudiado por los profesores Jack Henningfeld, PhD, de la Universidad de Johns Hopkins, Neal Benowitz, MD, de la Universidad de California en San Francisco, y Daniel Perrine, PhD de Loyola College en Maryland. Todos

concluyen que la marihuana tiene menos potencial adictivo que el alcohol y que la nicotina, que no están en ninguna clasificación. En adultos, hasta un 9.1 % de los usuarios pueden desarrollar dependencia en comparación con un 50 % de usuarios de cigarrillos que desarrollan dependencia a la nicotina. Esta es una segunda razón para cuestionar que la cannabis este en Clasificación UNO (I).

Por otra parte, parafraseando a la Asociación Medica de California: "la reclasificación de la cannabis a una clasificación menor, permitiría que se puedan hacer más estudios científicos ya que hay una literatura limitada de esta sustancia debido a su previa clasificación y la dificultad para obtener permiso para llevar a cabo estudios científicos; por esto, la dosis terapéutica no está bien definida y sus efectos secundarios pueden ser significativos y no bien tolerados. Los beneficios médicos del cannabis han sido limitados debido a la escasa investigación disponible".

Tanto el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, los Institutos Nacionales de Salud (NIH), la Asociación Medica Americana y el Colegio Americano de Médicos (American College of Physicians), todas prestigiosas entidades médicas, académicas y científicas de EEUU, coinciden en que el cannabis debe ser reclasificado para posibilitar un estudio más meticuloso de sus propiedades medicinales.

Al igual que otras sustancias utilizadas frecuentemente en la medicina que tienen potencial adictivo, el profesional médico debe sopesar el potencial beneficio de esta sustancia versus los efectos adversos que puede producir, antes de proceder a hacerle la recomendación al paciente, incluyendo su educación. Ejemplo de esto son los analgésicos con acción opiácea, que tanto beneficio producen a quienes sufren dolor, tanto agudo como crónico, y que son de Clasificación DOS.

### CONTENIDO DE LA PROPUESTA

Esta propuesta de legislación imita la implementación de leyes similares de estados como California, donde:

1. establecen un sistema de registro de pacientes cualificados mayores de 21 años de edad con tarjetas de uso medicinal con identificación con foto;
2. un registro de dispensarios donde el paciente puede obtener el cannabis y los limita a un máximo de 10 dispensarios el primer año, numero ampliable a partir del segundo año, según necesidad;
3. identificación de acompañantes personales autorizados para los pacientes que estén en condiciones de poca movilidad o pobre condición física;
4. clasifica las condiciones o diagnósticos médicos debilitantes

- elegibles para tratamiento con cannabis;
5. limita los dispensarios a ser centros sin fines de lucro;
6. crea condiciones de seguridad para los sembradíos de cannabis, incluyendo la siembra para uso personal por razón de necesidad y limitación financiera u otras razones válidas;
7. limita el número de días y número de onzas (60 días y 10 onzas) de cannabis que puede tener un paciente;
8. exige que exista una relación médico-paciente bona fide para la validez de la certificación médica de la condición debilitante y la prescripción del cannabis médico;
9. establece la metodología para estructurar el cobro de impuestos de esta actividad, y
10. estipula con bastante detalle todos los pasos que deberá llevar a cabo el Departamento de Salud para implementar esta ley y las circunstancias en que se puede utilizar el cannabis, incluyendo que sea en la privacidad de su hogar.

Dentro de esta reglamentación tan detallada, no entendemos porque se prohíben las cooperativas para ser operadores de dispensarios de cannabis, ya que podrían exigirse cooperativas sin fines de lucro, si esa es la objeción.

#### POSIBLE DISCRIMEN EN CUALIFICACION DE PACIENTES

Por otra parte, para ser paciente cualificado, el paciente tiene que hacer un affidavit donde declara que no ha sido convicto de delito grave. Dada la realidad actual de la Ley de Sustancias Controladas, y, a menos que fuera modificada, esto discrimina contra personas que puedan haber resultado convictos por simple posesión de sustancias, incluyendo personas dependientes de sustancias o simples usuarios no dependientes, pues su expediente arrojará esta convicción y los inhabilitará para beneficiarse de esta legislación, aunque padezcan de una enfermedad debilitante de las estipuladas.

#### NO SE DEBE PRACTICAR MEDICINA DESDE LA LEGISLATURA

Adicionalmente, queremos sugerir que se modifique, porque entendemos que no es una buena práctica, el que se hagan indicaciones de uso de una sustancia o medicamento mediante legislación. Se debe permitir que organizaciones con el debido peritaje y respaldado por el conocimiento y los ensayos clínicos adecuados a que hagan las recomendaciones sobre las

indicaciones clínicas, al igual que se hace con todos los otros medicamentos. Todo medicamento tiene unas recomendaciones para su uso en diversas condiciones o enfermedades dictaminadas por las agencias reguladoras, y que en nuestra jurisdicción es la Food and Drug Administración (FDA). Recomendamos que las indicaciones que se mencionan como condiciones médicas debilitantes en la Sección 1.3 (c) sean evaluadas por una entidad debidamente capacitada y supervisada por el Departamento de Salud para hacer recomendaciones clínicas a los médicos practicantes, similar a la práctica con todos los medicamentos de nuestra farmacopea.

Volvemos a insistir que aquí nuevamente se puede reconocer la importancia de que se reclasifique el cannabis, para que pueda ser estudiada por las agendas reguladoras e investigadoras y tener mayor base experimental para tomar determinaciones y hacer recomendaciones médicas apropiadas.

#### MARIHUANA INHALADA O FUMADA

La ilegalidad del cannabis y su Clasificación UNO (I) ha impedido la investigación clínica y evitado el desarrollo de estándares que gobiernen el cultivo, la manufactura y el empaque de los productos de cannabis similar a otros medicamentos, tabaco y alcohol, lo cual se hace por agencias federales.

Dicha investigación puede ayudar a establecer dosis efectiva en diversas condiciones, buscar formas alternas de administrar las sustancias psicoactivas (no fumada) o formas que no conlleven la combustión del cannabis y la liberación de sus componentes. Los científicos y salubristas hemos promovido con éxito la cesación de fumar tabaco debido a los daños causados por los productos de combustión en el organismo humano. Somos consecuentes al expresar nuestra preocupación sobre el humo del cannabis fumado. Además, por la no estandarización, es desconocida la concentración de Tetra-hidro-cannabinol (THC) en el cigarrillo e incluso se desconoce si puede tener compuestos tóxicos.

La New York Society of Addiction Medicine (NYSAM), propone que, en el ínterin, si se aprobara el uso de cannabis fumada, su uso debe ser supervisado cuidadosamente por un médico con peritaje en uso problemático de sustancias, dadas los ya mencionados posibles efectos adversos de su uso, incluyendo el causar dependencia. Nuestra Agencia coincide con esta propuesta.

#### SOBRE LAS PENAS Y MULTAS SUGERIDAS

Por otra parte, nos oponemos a las severas penalidades, multas y penas de cárcel que este Proyecto de Ley propone que se implementen una

vez sea aprobada. Son penalidades aún más severas que las existentes en el código criminal vigente, al cual nos opusimos y al cual le recomendamos cambios en el Proyecto del Senado 517. Como planteamos en aquella ocasión, las penas carcelarias por uso de sustancias le hacen daño al individuo, a la familia y a la comunidad. Pedimos que se eliminen y proponemos que las sanciones a estas violaciones sean de carácter civil y no criminales.

Esperamos que los planteamientos aquí esbozados ayuden a los Honorables Miembros de la Cámara de Representantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de la Comisión de Salud, en la toma de decisiones sobre este asunto y que nuestras recomendaciones sean de utilidad.

## **12. Administración de Tribunales**

Recibimos su carta, en la que solicita nuestra comparecencia a una audiencia pública pautada para el próximo jueves, 27 de marzo de 2014, respecto al Proyecto de la Cámara 1362. La medida propone enmendar las subsecciones I y II del inciso (c) de la Sección 2202 "Clasificaciones de sustancias controladas" de la Ley Núm. 4 del 4 de Junio de 1971, conocida como la "Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico", con el propósito de reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal; para establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana a fines de crear un sistema controlado de producción legal y el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico.

El asunto sobre el que versa el referido proyecto de ley corresponde al ámbito de autoridad de los poderes Legislativo y Ejecutivo. La Rama Judicial tiene por norma general abstenerse de emitir juicio sobre asuntos de política pública gubernamental de la competencia de las otras ramas de gobierno. Por razón de lo consignado, declinamos emitir comentarios respecto a los méritos de la propuesta legislativa de referencia y solicitamos que nos excuse de comparecer a la audiencia pública señalada. Confiamos en que acogerá positivamente nuestra solicitud.

## **13. Comisión de Seguridad en el Tránsito**

En torno al Proyecto mencionado, que persigue la reclasificación de la Marihuana en la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico en vías de legalizar su uso terapéutico medicinal y otros fines relacionados, incluimos nuestra ponencia.

La National Highway Traffic Safety Administration (En lo sucesivo denominada como NHTSA) ha generado varios estudios en donde se evalúa la marihuana y sus posibles interacciones con las facultades sicomotoras necesarias para operar un vehículo de motor.

La Comisión de Seguridad en Tránsito (en lo sucesivo denominada como CST) como principal promotora de los objetivos de seguridad vial perseguidos por la NHTSA en Puerto Rico recomienda que, cualquier cuerpo de ley que permita el uso de la marihuana para fines médicos tenga en consideración sus efectos en sus usuarios.

Dentro de los efectos psicológicos relacionados con el uso de la marihuana se resaltan:

- Desorientación
- Percepción alterada de espacio y tiempo
- Falta de concentración
- Alteración en la formación del pensamiento y la expresión
- Sedación
- Somnolencia

Por otro lado, de los mismos datos provistos por la NHTSA, el uso de marihuana puede provocar los siguientes efectos secundarios:

- Fatiga
- Paranoia
- Psicosis
- Despersonalización
- Alteraciones anímicas
- Coordinación motora reducida
- Letargo
- Mareos

En esta consideración, la CST tiene la obligación de levantar la voz de alerta en vías de promover que el proyecto de ley que está bajo consideración tenga salvaguardas para evitar que los Pacientes Cualificados al uso de marihuana puedan operar vehículos de motor luego de utilizar esta sustancia. Esta restricción no solo se encuentra relacionada a los efectos enumerados en esta ponencia sino que también es una actividad contraindicada por los expertos en la materia.

Como cuestión de realidad los estudios realizados en los Estados Unidos reconocen que el uso de la marihuana en conductores disminuye las capacidades de manejo, disminuye el tiempo de reacción, inhabilitan la capacidad de mantener rutas rectilíneas y cambio de carriles, provocan somnolencia al guía y obstruyen la coordinación motora o capacidad de vigilancia.

Además, resulta imprescindible resaltar que luego del alcohol, la marihuana es la sustancia que es detectada con mayor frecuencia en la población de conductores. Esta incidencia solo podría aumentar si existe una iniciativa reglamentaria que persigue su despenalización por razones terapéuticas. Razón por la cual se hace imperativo que analicemos cuales son las restricciones que provee la ley a las personas denominadas como pacientes cualificados.

Sobre las restricciones de acción promulgadas por este proyecto de ley el Artículo 3.6 nos provee lo siguiente:

“Artículo 3.6 Restricciones de Uso

- (1) Los pacientes solamente están autorizados a utilizar la marihuana medicinal en la privacidad de sus hogares.
- (2) Esta ley prohíbe el uso de la marihuana medicinal en lugares públicos. Será un delito menos grave, punible con cárcel por hasta 90 días y una multa de hasta \$100, el utilizar la marihuana medicinal en un lugar público.
- (3) Esta ley prohíbe el uso de la marihuana medicinal en presencia de personas menores de 21 años de edad. Será un delito grave, punible con hasta 3 años cárcel y una multa de hasta \$3,000 el utilizar la marihuana en presencia de una persona menor de 21 años de edad.”

Posteriormente el proyecto incluye varias restricciones generales de uso que se detallan en la Sección 7.3 de la siguiente manera:  
“Sección 7.3- Nada en esta ley permite la operación de un vehículo de motor, embarcación o aeronave bajo la influencia de la marihuana.

- a) Será un delito grave, con una pena fija de 3 años de cárcel y una multa de al menos \$1,000 el conducir, operar o manejar un vehículo de motor, embarcación o aeronave bajo la influencia y los efectos de la marihuana.”

Como podemos apreciar el proyecto de ley carece de restricciones al uso de vehículos de motor para Pacientes Cualificados que guarden consideración con las realidades médicas de la sustancia objeto del proyecto. Razón por la cual se hace obligatorio que incluyamos las siguientes recomendaciones:

Restricciones reglamentarias al uso de vehículos de motor en vías públicas y equipo pesado para los Pacientes Cualificados en un periodo de entre tres (3) a cinco (5) horas siguientes a la administración o uso de la marihuana como parte de su tratamiento médico.

Utilizar la figura del Acompañante Autorizado promulgado por el proyecto de ley como la persona que deba estar facultada para operar el vehículo de motor del Paciente Cualificado luego del uso de marihuana por

este último como parte de su tratamiento médico. Este Acompañante Autorizado deberá estar autorizado a operar un vehículo de motor según regulado por el Departamento de Transportación y Obras Públicas de Puerto Rico.

Requerirle al Departamento de Salud el desarrollo de una campaña informativa dirigida a desalentar el uso de vehículos de motor por los Pacientes Cualificados durante el periodo de su tratamiento mientras se administre marihuana.

Aprovechamos la oportunidad para informar la CST cuenta con las herramientas para asistir al Departamento de Salud en la elaboración de cualquier campaña informativa dirigida a desalentar el uso de vehículos de motor bajo la influencia de marihuana o cualquier otra sustancia que provoque pérdidas en las facultades sicomotoras necesarias para conducir un vehículo de motor de forma segura en nuestras vías públicas.

El interés principal y compromiso de la CST, es velar por la seguridad y la vida de los ciudadanos en las carreteras de nuestra Isla, por lo que trae la consideración de este Honorable Cuerpo sus observaciones y recomendaciones de enmienda al P de la C 1362.

Agradecemos la oportunidad de exponer nuestra opinión y comentarios.

#### **14. Departamento de Justicia**

Nos place brindarle nuestros comentarios legales en relación al Proyecto de la Cámara 1362, cuyo título enuncia:

Para enmendar la subsección I y la subsección II del inciso (c) de la § 2202 "Clasificaciones de sustancias controladas" de la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, la Ley. Núm. 4 del 4 de Junio de 1971 con el proposito de reclasificar la marihuana y sus derivados de Clasificación I a Clasificación II y así legalizar su uso terapéutico medicinal; para establecer la Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana a fines de crear un sistema controlado de producción legal, dispensarios y uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico.

I.

El preámbulo de la medida establece la necesidad imperante de un cambio de política pública respecto a cómo solucionar el problema del trasiego de drogas ilegales en la Isla. Con este cambio se intenta intervenir con dos grandes males que se identifican como consecuencias directas de

ese trasiego ilícito, que son: el problema de salud que genera la adicción y el compromiso fiscal que provoca la inversión recurrente y significativa de fondos públicos destinados a su control e intento de erradicación. La introducción de este nuevo plan de acción se sustenta en la realidad innegable de que las actuales iniciativas no parecen presentar una solución efectiva a corto plazo.

De esta forma, el proyecto de ley contempla el uso terapéutico de la marihuana como una solución innovadora que podría mitigar el poder y la hegemonía que actualmente poseen los traficantes de las drogas, siendo este negocio su principal fuente de ingreso. A la vez de restarle poder, influencia y capital a esos líderes del contrabando, se pretende que este cambio de política presente un alivio de la carga económica que asume el Gobierno en su intento por controlar y evitar el tráfico ilegal de las sustancias controladas en nuestra jurisdicción.

Además de esos beneficios comunes, esta pieza legislativa considera que "[l]a medicalización es un primer paso para utilizar legalmente de manera limitada y controlada esta sustancia que tiene amplios usos medicinales para la ciudadanía". Reconociendo el uso medicinal que mediante legislación ha sido aceptado en 20 estados de los Estados Unidos, así como en otras jurisdicciones, se estima conveniente permitir su uso limitado en la Isla para propósitos medicinales, pero siempre manteniendo su control conforme estatuye la Ley Núm. 4 de 23 de junio de 1971, según enmendada, conocida como "Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico". Y a la vez, disponer medidas de tal forma que se logre evitar su abuso como medicamento, regulando su uso y producción por medio del establecimiento demarcado de dispensarios y cultivos. En consecuencia, más allá de aceptar la realidad reconocida de la efectividad de la marihuana como tratamiento médico, se tiene el propósito de lograr, con tal aceptación y consecuente regulación, que se mitigue el daño que le causa a la sociedad y al Gobierno el trasiego ilegal de las drogas.

Con el propósito de incorporar esta nueva visión del uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico, este proyecto de ley propone enmendar la Ley de Sustancias Controladas para reclasificar la marihuana y sus derivados al nivel II del estatuto, dentro del cual se consideran las sustancias controladas con un alto potencial de abuso, cuyo uso medicinal es aceptado (aun cuando sea con severas restricciones) en los Estados Unidos, y que su abuso puede conducir a una grave dependencia física de carácter leve o moderado, o a una fuerte dependencia psicológica. Además de esta reclasificación, y como parte de ella, se propone la adopción en Puerto Rico de la "Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana". Así denominada, propone crear localmente un sistema controlado de producción legal y uso medicinal de la sustancia, el cual funcionara en coordinación con las restricciones de la Ley de Sustancias Controladas según aquí enmendada.

El nuevo estatuto proyecta establecer como política pública la utilización de la marihuana como medicamento altamente regulado en nuestra jurisdicción, disponiendo controles gubernamentales relativos a su uso legal como tratamiento médico. Como parte de esa estructura, crea un sistema de licenciamiento y registro especial para las organizaciones y personas que produzcan y utilicen la marihuana para propósitos médicos. Delega de manera amplia en el Departamento de Salud el deber gubernamental de regular el uso para que la marihuana haga una efectiva transición de droga ilegal a medicamento controlado, entre otros tantos asuntos relacionados con el cultivo, producción, dispensarios, etc. Crea un procedimiento para que los pacientes puedan obtener el medicamento en dispensarios autorizados por el Departamento de Salud, o en el caso de que puedan demostrar justa causa para ello, puedan cultivar su propia planta de marihuana para uso medicinal. El sistema de dispensarios persigue lograr la moderada conversión de la marihuana de droga ilegal a medicamento controlado de tal forma que se logre combatir los aspectos contrabandistas de la sustancia. Asimismo, esta estructura se establece con el fin de que el Gobierno pueda controlar la producción de la marihuana medicinal y recaude los debidos impuestos sobre su producción y venta.

De otra parte, crea una clasificación de condiciones médicas y requisitos de evaluaciones y certificaciones apropiadas para que las personas que puedan beneficiarse de esta pieza legislativa obtengan la sustancia de manera legal, y de una calidad adecuada y certificada para su consumo. En este sentido, el control que establece el estatuto, además de que regula los aspectos de seguridad en la producción y el cultivo de la marihuana, delega en el Departamento de Salud el establecimiento de parámetros de calidad para que los pacientes que la utilicen obtengan el producto que sirva para el propósito medicinal que inspira esta medida. Al mismo tiempo, se instituye la figura del Acompañante Autorizado, que lo constituirá una persona autorizada para obtener la marihuana a nombre de un paciente que por su condición de gravedad, no la pueda procurar por sí mismo. Este deberá contar con la misma licencia y registro que se dispone para el paciente cualificado.

Expuesto el alcance y propósito de la medida ante nuestra consideración, a continuación ofrecemos nuestros comentarios legales en torno a este ejercicio legislativa.

II.

La Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de manera expresa le confiere a esta Rama de Gobierno la facultad de diseñar y aprobar leyes que regulen la conducta de los ciudadanos con el fin de promover la protección a la vida, la salud y el bienestar público. Cada medida decretada

por esta Asamblea Legislativa conlleva el ejercicio previo de disertar, discernir y configurar la política pública que estime conveniente hacer formar parte de nuestro estado de derecho en determinado momento. Política pública que promueve conforme a la discreción que le otorga nuestro sistema republicano de gobierno, la cual se estima que formula en respuesta a los cambios sociales y la necesidad de atender la realidad imperante.

La determinación legislativa de promover el fin normativo específico del uso medicinal de la marihuana de manera limitada, indudablemente constituye un ejercicio legítimo de esta amplia autoridad otorgada a la Asamblea Legislativa por nuestros constituyentes. Nuestro ministerio como parte de esa labor legislativa se circunscribe a comentar "sobre cuestiones de derecho que se susciten en el ejercicio de [esa] función".

En cumplimiento con este mandate, a continuación exponemos las limitaciones y las exigencias legales que esta Asamblea Legislativa debe considerar como parte del trámite legislativo de esta pieza legislativa. Abundaremos además en cuanto a ciertos aspectos de técnica legislativa que afectan la coherencia y correspondiente eficacia de la medida según ha sido radicada.

Analizar una propuesta legislativa de esta índole, mediante la cual se avala el uso y la posesión de la marihuana como tratamiento médico para condiciones específicas, nos conduce directamente a examinar si este tipo de despenalización limitada puede coexistir en armonía con la prohibición absoluta vigente en la esfera federal respecto al uso y consume de la marihuana. Según abundaremos a continuación, somos de la opinión que la propuesta legislativa necesita ser enmendada de tal forma que presente mayor especificidad y que establezca restricciones legales adicionales, logrando así que por medio de ella se instituya un esquema de regulación raras robusto y abarcador. Así enmendada, no tendríamos objeción para que en Puerto Rico se adopte la política pública salubrista contenida en este proyecto de ley. Solo así se evitara que el Departamento de Justicia Federal persiga invalidar o levantar cuestionamientos sobre la viabilidad de esta iniciativa legislativa y su efectividad en la práctica.

Resulta que a nivel federal, la posesión, importación, manufactura, distribución y venta de sustancias controladas está regulada por el Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970. Este estatuto consiste de tres capítulos, siendo el pertinente para nuestro análisis el Título II, conocido como el Controlled Substances Act. Este compendia la normativa federal respecto al control de drogas en los Estados Unidos, gestión a ser administrada por el Secretario de Justicia federal y por el Drug Enforcement Administration (DEA).

Esta legislación clasifica las drogas en cinco categorías basadas esencialmente en dos criterios; a saber, el uso médico de la sustancia y su potencial de abuso. Las sustancias incluidas en la primera categoría son las que tienen poco o ningún uso médico y que, a su vez, tienen un gran potencial de abuso. Por ello, a tenor con ese estatuto, el uso de las sustancias clasificadas en esa categoría no está permitido ni siquiera para fines médicos. En ese grupo se incluye, entre otras, la marihuana.

Así pues, aunque el uso y posesión de la marihuana es completamente ilegal a nivel federal, lo cierto es que no se le prohíbe a los estados -ni al Estado Libre Asociado de Puerto Rico- aprobar leyes que dispongan para su uso personal, sea medicinal o no medicinal. Sin embargo, según sostuvo el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Gonzales v. Raich*, 545 U.S. 1 (2005), "[I]mitar la actividad a la posesión y cultivo de marihuana 'de conformidad con la ley estatal no puede servir de base para colocar las actividades de [las personas] más allá del alcance del Congreso. La Cláusula de la Supremacía sin ambigüedad alguna provee que de existir algún conflicto entre leyes federales y estatales, la federal prevalecerá". Es por ello que cualquier legislación estatal en esa dirección no constituirá una defensa ni un impedimento para que el Gobierno federal ejerza las facultades inherentes a su jurisdicción y procese a los residentes de los estados por la posesión o uso de la marihuana con el objetivo de impedir que se incurra en conducta que atente contra alguna de sus prioridades, según definidas recientemente y mencionadas más adelante. En otras palabras, para evitar una intervención federal que vaya por encima de cualquier ley estatal que permita el consumo de la marihuana, es esencial que la legislación local establezca un esquema regulador meticulosamente diseñado que impida que sus ciudadanos incurran en conducta que atente contra alguna de las prioridades del Gobierno federal. Veamos:

De entrada, no puede haber duda respecto a que la normativa federal en materia de control de drogas -incluida la prohibición al uso y consumo medicinal de la marihuana- es de aplicación en nuestra jurisdicción. El Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha decretado que las disposiciones del Controlled Substance Act -que entre otras cosas prohíbe la posesión y uso de la marihuana para cualquier fin son de aplicación directa a los estados como una extensión de la autoridad delegada al Congreso en la Cláusula de Comercio Interestatal.

Ahora bien, igualmente de axiomático es que ello no implica que las legislaciones estatales que decretan la despenalización o medicalización de la marihuana son inválidas, sino que se validara la intervención de las autoridades federales conforme las disposiciones del Controlled Substance Act. Es por ello que en la actualidad, veinte (20) estados de los Estados Unidos, además del Distrito de Columbia, de una forma u otra han aprobado leyes que permiten el uso legal de la marihuana para efectos medicinales,

estos son: Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Hawaii, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Montana, Nevada, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Oregon, Rhode Island, Vermont y Washington.<sup>25</sup>

En vista de que cerca de la mitad de las jurisdicciones en los Estados Unidos han aprobado legislación que despenalizan el uso médico de la marihuana, a pesar de que continua en pleno vigor la prohibición de su uso en la esfera federal conforme las disposiciones del Controlled Substance Act, el Gobierno federal se ha dado a la tarea de emitir directrices respecto al ámbito de intervención investigativa y de procesamiento criminal que interesan emprender por encima de cualquier legislación estatal.

Al presente, han sido cuatro los memorandos que el Departamento de Justicia Federal ha publicado a los efectos de enlazar la prohibición general de la posesión y uso de la marihuana en la esfera federal, con la proliferación de la despenalización de su uso médico a nivel estatal. Conviene así mencionarlos para su fácil referencia:

- Investigations and Prosecutions in States Authorizing the Medical Use of Marijuana de 19 de octubre de 2009;
- Guidance Regarding the Ogden Memo in Jurisdictions, Seeking to Authorize Marijuana for Medical Use de 29 de junio de 2011;
- Guidance Regarding Marijuana Enforcement de 29 de agosto de 2013;
- y
- Guidance Regarding Marijuana Related Financial Crimes de 14 de febrero de 2014.

El Departamento de Justicia Federal, por medio de estos documentos, entendió prudente atender la incertidumbre que predominaba a raíz de la nueva tendencia de los estados de flexibilizar sus leyes para permitir el uso medicinal de la marihuana en sus territorios. Opto así por aclarar cuál ha sido y seguirá siendo su plan de acción respecto a la autoridad otorgada a los fiscales federales, conforme a las disposiciones del Controlled Substance Act, de investigar y procesar criminalmente a los ciudadanos por la posesión o el consumo de la marihuana a pesar de que la ley estatal en cuestión permita su uso medicinal. Indico que no pretende intervenir con los consumidores de la sustancia en los estados en que se haya validado su uso, a menos que esa práctica interfiera con una de las ocho (8) prioridades que han representado su enfoque de acción en cuanto a la posesión y consumo de la marihuana. Estas prioridades las enumero de la siguiente forma:

- prevenir la distribución de la marihuana a menores;
- prevenir que las ganancias por la venta de la marihuana vaya dirigida a bandas criminales, pandillas y carteles;

- prevenir la desviación de la marihuana del estado donde se haya permitido su uso legal a otros estados;
- prevenir que el manejo autorizado de la marihuana se utilice como pretexto para ocultar el tráfico de otras drogas ilegales u otra actividad ilegal;
- prevenir la violencia y el uso de armas en la actividad de cultivo y distribución de la marihuana;
- prevenir el conducir drogado y la exacerbación de otras consecuencias adversas para la salud pública que se relacione con el uso de la marihuana;
- prevenir los cultivos en tierra o propiedad pública para evitar el riesgo a la seguridad pública y ambiental que ello conlleva; y
- prevenir la posesión o el uso de la marihuana en propiedad del Gobierno federal.

Con el objetivo de evitar el acometimiento de estos males, el Departamento de Justicia Federal ha establecido que son estas las áreas relacionadas a la posesión y consumo de la marihuana sobre las cuales intervendrá -conforme a la autoridad otorgada por el Controlled Substance Act— al margen de que las leyes estatales permitan su posesión y consumo de manera limitada. Intervenciones que continuara realizando sobre personas de manera individual, entidades financieras u organizaciones cuya conducta interfiera con alguna de esas ocho (8) prioridades, independientemente de lo que decreten las leyes locales.

No obstante, también se aclara que no han enfocado ni enfocaran la utilización de sus recursos para procesar a personas que posean y consuman pequeñas cantidades de marihuana como parte de su tratamiento médico para aliviar los síntomas provocados por enfermedades graves, sino que su atención se dirige más bien a evitar la posesión en grandes escalas y para el lucro de ciertas empresas criminales, gangas o carteles. Se revela además que la posesión de pequeñas cantidades de marihuana para uso personal en propiedad privada históricamente tampoco ha sido ni pretende ser su enfoque de intervención. Así afirman que esa es un área de regulación que tradicionalmente ha delegado a las autoridades locales conforme a sus leyes estatales.

Ahora bien, se especifica que aquellos estados en los que se hayan aprobado o se propongan aprobar- leyes autorizando la posesión de marihuana, tienen que tener implementado un sistema estricto y efectivo de ejecución de la ley permisiva. De tal forma que esas leyes estatales garanticen a su vez el mantenimiento de la seguridad y salud pública. Por ello, para que el diseño del sistema estatal se considere adecuado, se exige que además de que contenga controles estrictos en la teoría ("on paper"),

tiene por obligación que ser efectivo en la práctica; de forma tal que el Gobierno federal pueda confiar que esos estatutos locales junto a los reglamentos aplicables afianzan las prevenciones establecidas en las prioridades federales antes mencionadas. El establecimiento de un sistema estatal estricto que afiance las prioridades federales debe al menos, según mencionan de manera específica a modo de ejemplo, contener e implementar medidas efectivas que garanticen que la marihuana no será utilizada fuera de los márgenes permitidos, ni pueda desviarse hacia otros estados; integrar limitaciones restrictivas en cuanto a su posesión para evitar que los menores de edad puedan tener acceso a esta; y formular un complejo esquema que permita la sustitución adecuada del tráfico ilícito de la marihuana que sustenta la actividad criminal, por un mercado estrechamente regulado en el que sus ganancias sean monitoreadas, constatadas y cuantificadas. Finalmente, se advierte que ante la ausencia de un sistema estatal estricto, estrechamente regulado y efectivo, el Gobierno federal por sí mismo buscara impugnar esa estructura regulatoria además de continuar procesando a las personas de manera individual, civil y criminalmente, así como a las instituciones financieras que provean asistencia a las empresas comerciales que sirvan de dispensarios de marihuana, siempre y cuando sus actuaciones o funcionamiento intervenga con alguna de las prioridades establecidas.

### III.

Conforme al ámbito de acción federal reseñado, corresponde en este punto analizar la sustancia de este proyecto de ley para identificar los aspectos legales sobre los que esta Asamblea Legislativa debe enfocar su atención para evitar cuestionamientos sobre su viabilidad jurídica y efectividad en la práctica. Como adelantamos al comienzo, somos de la opinión que esta propuesta legislativa necesita ser enmendada de tal forma que presente mayor especificidad y que establezca restricciones legales adicionales, logrando así que por medio de ella se instituya el esquema de regulación robusto y abarcador requerido para validar este tipo de medidas.

En primer lugar, de un examen íntegro de las disposiciones que configuran la propuesta "Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana", nos percatamos que sus disposiciones, según presentadas, solo atienden cinco (5) de las ocho (8) prioridades federales que la legislación local debe garantizar. No hemos identificado en este proyecto de ley normas legales que configuren de manera confiable un esquema regulador que garantice el cumplimiento de al menos las siguientes tres (3) prioridades: evitar la desviación de la marihuana del estado donde se haya permitido su uso legal a otros estados; prevenir la violencia y el uso de armas en la actividad de cultivo y distribución de la marihuana; e impedir la posesión o el uso de la marihuana en propiedad del Gobierno federal.

En cuanto a evitar la desviación de la marihuana desde Puerto Rico a otros estados, notamos que esta medida lo que penaliza es la importación a la Isla de marihuana cultivada fuera de nuestra jurisdicción territorial. Nada dispone sobre una prohibición a la exportación de la marihuana que vaya a ser cultivada o adquirida localmente, asunto que precisamente constituye lo que las autoridades federales pretenden que la legislación local salvaguarde. Siendo así, este proyecto de ley debe ser enmendado para incluir disposiciones específicas mediante las cuales se prohíba la exportación, envío o traslado de marihuana desde Puerto Rico a algún estado de los Estados Unidos, ya sea por parte de los pacientes, acompañantes autorizados, los dispensarios, sus empleados, etc.

Respecto a prevenir la violencia y el uso de armas en la actividad de cultivo y distribución de la marihuana, la pieza legislativa tampoco contiene menciones directas dirigidas a atender tales males. Ciertamente, para la obtención de un permiso para el cultivo de la marihuana, la medida establece ciertos requisitos aplicables al que solicite el registro del local como dueño o administrador (dirigidos a propiciar cierto grado de seguridad en el establecimiento), pero, a modo de ejemplo, no hace mención sobre alguna prohibición relativa a la introducción de armas de fuego a estos establecimientos. De igual forma, tampoco se establecen reglas mínimas aplicables a las personas que tendrán acceso al área de cultivo una vez el solicitante haya obtenido el permiso para operar el establecimiento, sino que el enfoque de las restricciones y los requisitos aplicables se limita al proceso de obtención del permiso de operación. La carencia de ambas proscripciones afecta la preocupación expresada por las autoridades federales sobre la necesidad de atender en la legislación estatal lo concerniente a la utilización de armas de fuego en la actividad de cultivo y distribución, unido a otras medidas cuyo fin sea desalentar que se genere cualquier tipo de violencia en el desarrollo de estas actividades.

La tercera prioridad que se encuentra huérfana de protección es la referente a impedir la posesión de la marihuana en propiedad del Gobierno federal. A pesar de que estas pueden considerarse enclaves federales, donde aplican sus propias reglas, lo cierto es que esta legislación debe advertir sobre tal prohibición en vista de que ello constituye una de las preocupaciones expresadas por el Departamento de Justicia federal en los citados memorandos. Estamos conscientes que esta pieza legislativa expresamente establece que "[l]os pacientes solamente están autorizados a utilizar la marihuana medicinal en la privacidad de sus hogares", prohibiendo expresamente su consumo o utilización en lugares públicos, pero aclaramos que ello no implica una prohibición respecto a su posesión en instalaciones públicas ni del Gobierno federal. Nótese que utilizar (o consumir) y poseer no constituye una misma acción o actuación, y las autoridades federales claramente han advertido que intervendrán con cualquier persona que la posea o la utilice en sus propiedades ("possession or use on federal

property") sin darle crédito a la legislación estatal que permita su posesión medicinal.

Por otro lado, entendemos que es excesiva la responsabilidad que esta legislación hace recaer sobre el Departamento de Salud, dejando así, sobre determinaciones de criterio administrativa, la mayor parte de las normas que deben configurar el estricto y complejo esquema de regulación que se requiere para obtener la deferencia del Gobierno federal ante medidas como la que hoy nos ocupa, cuyo objetivo primordial es permitir el uso medicinal de la marihuana a pesar de ello estar proscrito por el Congreso de los Estados Unidos. Con el objetivo de evidenciar nuestra preocupación en este sentido, a continuación algunos de los asuntos que la medida expresamente le ordena reglamentar al Departamento de Salud, los cuales precisamente hilvanan las normas del esquema regulador que se exige que configure el estatuto en sí, no la reglamentación complementaria del estatuto.

Le corresponde al Departamento de Salud, según el proyecto de ley le ordena realizar, que mediante la aprobación de reglamentos: establezca la cantidad de marihuana que constituya un suministro razonable para el término de sesenta días; delimite los parámetros de operación de los dispensarios, de uso y cultivo por los pacientes y de las obligaciones y responsabilidades de los acompañantes autorizados para con los pacientes que cuidan; establezca las cuotas de solicitud de los dispensarios, de los pacientes cualificados y de los acompañantes autorizados, con el fin de sufragar los gastos administrativos del programa de marihuana médica; con la asesoría del Departamento de Hacienda, evalúe y establezca los impuestos adecuados que los pacientes y los dispensarios deberán aportar sobre el consumo, el cultivo y venta de la marihuana medicinal; establezca el estándar de medición de potencia basado en el porcentaje de THC presente en la marihuana cultivada y dispensada; adopte las normas para el control del uso de la marihuana medicinal por los pacientes cualificados y fije los derechos razonables a pagarse por concepto del registro que esto requiera; defina las reglas para el control de la asistencia que proveerán los acompañantes autorizados de los pacientes cualificados y fije los derechos razonables a pagarse por concepto del registro que esto requiera; regule la expedición de las certificaciones anuales que expedirá el Secretario de Salud a toda persona que, conforme a otra reglamentación que haya formulado, se le haya autorizado cultivar, distribuir o dispensar marihuana, o que desee dedicarse a ello.

Se le ordena además al Departamento de Salud que amplíe el número de dispensarios registrados según determine necesario, para lo que deberá celebrar vistas públicas para determinar el número de dispensarios y los lugares donde se establecerán; decida el número de dispensarios que habrán por área geográfica, para lo cual deberá dividir la Isla en regiones; establezca los parámetros bajo los cuales se determinara que un

establecimiento está provisto de las facilidades necesarias para proteger y guardar las sustancias controladas cuya custodia le sea confiada; diseñe el rotulo y el símbolo identificador del envase que contendrá la marihuana medicinal para la venta legal; establezca el modo de sellar la botella u otro envase, el tapón, tapa, cubierta o envoltura que sirva para distribuir la marihuana; diseñe el procedimiento mediante el cual se puedan inspeccionar los informes periódicos que se deberán rendir de toda venta, entrega o transferencia de marihuana; configure por reglamento el control de calidad y la sanidad a ser mantenida en los dispensarios; reglamente los deberes y responsabilidades de las personas que estén a cargo de un cultivo de marihuana medicinal; y adopte reglamentación en cuanto al control de inventario, el control de calidad y la producción y venta de productos comestibles que contengan marihuana medicinal preparados en los dispensarios.

Como se desprende de lo anterior, se deja al criterio administrativo del Departamento de Salud el diseño de gran parte del esquema de regulación que se requiere adoptar localmente para viabilizar esta medida. Por ello, consideramos más adecuado que muchos de estos aspectos que se le están delegando configurar al Departamento de Salud, los defina esta Asamblea Legislativa y así se incorporen directamente en este proyecto de ley de tal forma que revista de mayor solidez el esquema regulador que se propone incorporar. Para tal ejercicio, pueden examinarse y utilizarse como modelo las legislaciones sobre el uso medicinal de la marihuana que han sido aprobadas en los veinte (20) estados de Estados Unidos y en el Distrito de Columbia. Ello sin duda generara mayor confianza sobre las autoridades locales y federales en términos de su efectividad legal.

Si bien es cierto que el Departamento de Salud mediante su reglamentación puede ser más específico en cuanto a muchos de estos asuntos, entendemos que la ley de por si debe contener unos criterios estrictos y rigurosos que sirvan de base o guía a la reglamentación que eventualmente se establezca. La flexibilidad característica de las reglas establecidas administrativamente, cuya posibilidad de variación recaerá sobre la discreción del administrador de turno, podría atentar contra la permanencia del esquema de regulación robusto y abarcador requerido para este tipo de medidas a falta de una sólida base estatutaria.

#### IV.

En este punto entendemos necesario comentar sobre ciertos aspectos referentes a las partes relacionadas con la tipificación de delitos, sobre las cuales tenemos a bien realizar las siguientes observaciones:

1) En tres (3) incisos del proyecto de ley se expresa que determinada conducta o acto será ilegal pero no indica el tipo de delito y/o la pena a imponerse por su comisión, estos son:

Inciso (a), Sección 4.4.

Inciso (b), Sección 4.4.

Inciso (b), Sección 4.7.

2) En varios incisos del proyecto de ley se expresa que determinada conducta o acto "expone a sanciones civiles o criminales", pero tampoco indica que tipo de sanciones civiles o criminales son a las que se expondrá la persona o entidad que incurra en ellas. Son los siguientes:

Inciso (b), Sección 5.2.

Inciso (c), Sección 5.3.

Inciso (b), Sección 5.4.

En cuanto a la penalidad establecida en el Inciso (e) de la Sección 4.4, referente a la distribución de marihuana en un envase o botella que no esté debidamente sellado, tipificado como delito menos grave punible con noventa (90) días de cárcel y multa de hasta quinientos (500.00) dólares, consideramos que este delito debe ser tipificado como un delito grave y no como uno menos grave.

En cuanto al Inciso (d) del erróneamente enumerado Artículo 3.5, página 21, líneas 8 a la 13, se expresa que será un delito grave punible bajo la Sección 401 de la Ley de Sustancias Controladas el uso fraudulento de una tarjeta de registro de marihuana medicinal o registro de cultivo. Entendemos que resulta más adecuado que se especifique en el texto de este mismo Inciso del proyecto de ley, la penalidad que se quiere establecer por su violación.

En relación a las penalidades sugeridas por la comisión de las violaciones a los incisos (2) y (3) del erróneamente enumerado Artículo 3.6 (página 21, líneas 17 a 22 y página 22, líneas 1 y 2); las violaciones a los incisos (a), (b), (c), (d) de la Sección 7.2; la violación a inciso (a) de la Sección 7.3; la violación al inciso (a) de la Sección 7.6; la violación al inciso (a) de la Sección 7.7; y la violación a la Sección 7.8, entendemos que a pesar de que pudieran ser razonables, debe respetarse el principio de proporcionalidad sobre imposición de penas y compararse con las penas que para conductas similares establece la Ley de Sustancias Controladas.

Como punto final, nos corresponde señalar que hemos identificado varios errores de técnica legislativa que contiene la medida. Sin embargo, en vista de la extensión de esta ponencia, consideramos innecesario abundar sobre ellos en este momento toda vez que la Oficina de Servicios Legislativos

está en mejor position para señalarlos en vista de la etapa del trámite legislativo en que se encuentra este proyecto de ley.

Ahora bien, de manera somera mencionamos los siguientes: no se utiliza la colección oficial de Leyes de Puerto Rico (L.P.R.) para citar las leyes a las cuales se hace referencia en la medida, sino que se utiliza la colección privada conocida como Leyes de Puerto Rico Anotadas (L.P.R.A.); en varias ocasiones se utiliza el término de "paciente de calificación" o de "paciente de clasificación",<sup>66</sup> cuando lo correcto es utilizar el término "paciente cualificado", según definido en el mismo proyecto de ley; cuando se define lo que constituye un "suministro de sesenta días", se refiere solo a picadura de marihuana cuando el proyecto dispone para otro tipo de consumo (comestible, etc.); no se dispone de un inciso separado para las definiciones que se le atribuyen a los términos "dispensador" y "distribuidor"; en cuanto a la numeración, el proyecto contiene dos secciones enumeradas como Sección 3.4 lo que afecta el resto de la numeración de la medida; y luego, en vez de continuar denominando como secciones las siguientes, pasa a denominar como "Artículo" las 3.5, 3.6 y 3.7 para continuar con la denominación de "Sección" a partir de la Sección 4.1.

En fin, en términos generales consideramos que la medida contiene una loable intención salubrista que en principio cuenta con nuestro aval, deferencia que condicionamos a que se atiendan los señalamientos que hemos realizado en esta ponencia, que incluyen desde aspectos sustanciales de importancia considerable hasta asuntos técnicos. Es por ello que respetuosamente sugerimos que debe continuar el estudio detenido, exhaustiva e integrado de todas sus disposiciones, en conjunto con todo lo establecido en la Ley de Sustancias Controladas y otras leyes de naturaleza penal. Así como resulta indispensable que se atiendan satisfactoriamente las ocho (8) prioridades señaladas por las autoridades federales, para lo que se debe tomar como ejemplo las legislaciones que sobre esta materia han sido aprobadas en casi la mitad de los estados de los Estados Unidos. Solo de esta forma, enmendado a tenor con todo lo anterior, este proyecto de ley servirá adecuadamente para los fines que lo inspira.

V.

A base de la exposición de derecho antes realizada, el Departamento de Justicia entiende que el Proyecto de la Cámara 1362 debe continuar su trámite legislativo de tal forma que esta Asamblea Legislativa tenga la oportunidad de completar el diseño del esquema comprensiva de regulación estricta, robusta y abarcadora requerida para la implementación de las normas propuestas. Estos son los criterios que el Departamento de Justicia entiende deben ser de aplicación a cualquier propuesta legislativa como la que nos ha sido presentada para estudio. Pero además, así lo establece la regulación federal como prerrequisito para brindarle deferencia

a legislaciones estatales como la aquí propuesta, según hemos reseñado en esta ponencia. En ausencia del cumplimiento con estos requisitos, estaríamos oponiéndonos a esta importante medida, ya que se estaría exponiendo a las personas llamadas a beneficiarse, a un potencial incumplimiento de la normativa federal. Reiteramos que se trata de un asunto de medular importancia que merece una evaluación detenida y mesurada.

Por último, somos de la opinión que este tema está revestido de alta complejidad, por lo que estimamos necesario que se cuente con la posición y el peritaje de la Administración de Servicios de Salud Mental, el Departamento de Salud y la Oficina de Administración de los Tribunales, lo que indiscutiblemente complementara el análisis de esta pieza legislativa.

Espero que nuestros comentarios legales le sean de utilidad.

## **15. Departamento de la Familia**

El Departamento de la Familia (Departamento) ha analizado cuidadosamente la medida de referencia. La misma, de convertirse en ley, legalizaría el uso medicinal de la marihuana en Puerto Rico, siguiendo una tendencia mundial que va en aumento. La Exposición de Motivos sugiere que legalizar el uso terapéutico medicinal de la marihuana sería un primer paso para también atender el problema de uso de sustancias controladas y su consecuente efecto en la alta tasa de criminalidad en la Isla. Coincidimos con esta apreciación de la Asamblea Legislativa, e informamos que apoyamos la medida, haciendo unas recomendaciones sobre su alcance y la manera en que se pondrá en vigor.

La marihuana es una droga que se conoce desde hace miles de años. Se conoce información sobre sus primeros usos desde el año 2727 AC en China. En 1545, España trae semillas de cannabis a Chile para siembra y uso en la confección de ropa, sogas y papel. Históricamente, su uso ha provocado controversias de naturaleza valorativa, toda vez que se asocia con conducta inapropiada e inmoral. Recordemos, por ejemplo, las imágenes del festival de Woodstock, celebrado en la década de los sesenta en las que se muestra a los participantes fumando marihuana en un ambiente de aparente libertinaje.

Los prejuicios morales y sociales han influenciado el debate sobre el uso medicinal de la marihuana, y por un tiempo, evito que se pudiera aprobar legislación que lo permitiera. No es hasta el 1996, cuando el estado de California aprobó la Proposición 215, que se autoriza a los ciudadanos a hacer uso de la marihuana para propósitos terapéuticos. La firma del

proyecto, que se convirtió en el Compassionate Use Act del 1996, se logró luego de que activistas gays de la ciudad de San Francisco lucharan por su aprobación al conocer que la marihuana aliviaba los síntomas asociados al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Hoy en día, países como Canadá, España, Holanda, Uruguay, Italia, Chile, Israel y Alemania, permiten el uso de la marihuana para propósitos terapéuticos. Asimismo, 20 estados de los Estados Unidos han aprobado legislación para permitir su uso entre sus ciudadanos,

A partir de la aprobación en California, la comunidad médica ha realizado múltiples estudios para identificar el valor terapéutico de la marihuana. Un informe publicado en el año 1999 por el Institute of Medicine a instancias de la Casa Blanca reconoce el uso terapéutico medicinal de la marihuana, y confirmó que su uso es seguro y beneficioso para el tratamiento de varias condiciones. Recientemente, el Center for Medicinal Cannabis Research, adscrito a la Universidad de California en San Diego, publicó el 11 de febrero de 2010 un informe en el que detallan varios estudios realizados sobre el uso terapéutico de la marihuana. Entre los hallazgos y conclusiones se encuentran el que la marihuana tiene un efecto analgésico en el dolor producto de lesiones en la espina dorsal, que sirve para tratar enfermedades como el SIDA y la esclerosis múltiple.

También sirve para aliviar las náuseas asociadas con la quimioterapia para el cáncer y para estimular el apetito en pacientes con el síndrome de desgastes que a menudo acompañan al SIDA.

El tema del uso medicinal de la marihuana estuvo el pasado 6 de marzo en los medios de comunicación al publicarse en la página electrónica de la cadena de noticias CNN un editorial de su principal corresponsal médico, el Dr. Sanjay Gupta. En el mismo, el Dr. Gupta reafirma su apoyo al uso medicinal de la marihuana. Cabe señalar que el neurocirujano no siempre era de esta opinión, y que fue luego de un proceso investigativo que lo llevo a examinar evidencia científica de estudios no solo en los Estados Unidos, sino en el resto del mundo, que modificó su opinión. En la actualidad, apoya su uso y promueve que más estados adopten legislación para legalizar su uso. Dice el doctor Gupta que sería irresponsable de la comunidad médica no proveerles a los pacientes el mejor cuidado si este está basado en el tratamiento con marihuana.

No sería la primera vez que en Puerto Rico se establece un sistema controlado de distribución de sustancias controladas con un fin médico y terapéutico. La Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA) opera desde los años setenta un programa con un enfoque salubrista para combatir la adicción a la heroína. Existen dispensarios a través de la Isla que administran una modalidad de tratamiento con metadona de manera ambulatoria para personas que tienen

diagnósticos de adicción a opiáceos. La distribución es estrictamente controlada por disposiciones reglamentarias de ASSMCA. Más de 5,000 pacientes se han atendido en los centros, y muchos han tenido resultados exitosos en que puedan desempeñarse de manera eficaz como miembros de familia y de la sociedad.

La medida que nos ocupa propone un sistema controlado de distribución que regularía la prescripción, administración y entrega de la marihuana mediante la aprobación de la "Ley para el Uso Medicinal de la Marihuana" (Ley). La responsabilidad primaria de poner en vigor las disposiciones de la Ley recae sobre el Departamento de Salud (Salud). Todo paciente que interese utilizar la marihuana como tratamiento medicinal tiene que estar debidamente inscrito en un registro que tiene que crear Salud (Registro). Para tener acceso al Registro, en primer lugar el paciente necesita presentar un certificado de su médico en el que recomiende el uso de la marihuana para su tratamiento, entre otros requisitos. Salud entonces le expedirá una certificación anual y una tarjeta de uso medicinal que le identifique como autorizado a obtener la marihuana de los dispensarios especialmente creados por la Ley. Nos parece prudente que la Ley contemple que, a pesar de que la certificación sea anual, que se le requiera al paciente notificar sobre su condición cada 6 meses de manera que el Estado tenga información actualizada y pueda determinar que se justifica continuar dispensando la marihuana al paciente.

La Ley crea la figura del acompañante autorizado para asistir a los pacientes que estén incapacitados o no puedan acudir a los dispensarios a obtener la marihuana para su tratamiento. Al igual que los pacientes, estas personas tienen que cumplir con requisitos estrictos, como por ejemplo, presentar un certificado de antecedentes penales, ser mayores de 21 años y no haber sido acusada o convicta por un delito que involucre sustancias controladas. Deben, además, estar inscritas en el Registro. Recomendamos que se le añada como requisito el someterse a una prueba de dopaje para descartar el uso de sustancias controladas por parte de los que sean candidatos a asistir a los pacientes.

Sobre las condiciones médicas debilitantes para las que se pueda dispensar la marihuana para tratamiento, sugerimos que sea el Departamento de Salud, la agencia con el peritaje en esta área, el que determine qué condiciones deben ser incluidas en la Ley. Asimismo, debe definir lo que constituye un "suministro de sesenta días" tomando en consideración lo aceptado y recomendado en la comunidad médica. De igual manera, nos parece que la prohibición impuesta en la Sección 7.11 a personas que ejercen profesiones certificadas como de alto riesgo por alguna ley pudiera considerarse como discriminatoria, toda vez que estas personas pueden padecer de condiciones que se aliviarían con el uso terapéutico de la marihuana. Debe atemperarse el lenguaje para que indique que no pueden

reportarse a su empleo mientras estén tratándose, y siempre y cuando muestren evidencia médica de que ha culminado su tratamiento, o, en la alternativa, que los patronos los destaquen en otras funciones que no sean de alto riesgo. También, al igual que la medida habla de requisitos de rotulación y empaque, serían prudentes, además regular los precios que se puedan cobrar por la marihuana dispensada.

Recomendamos la reglamentación implantada por Salud contenga disposiciones que provean para que los pacientes certificados reciban una orientación sobre los posibles efectos nocivos de la práctica de fumar marihuana. De esta manera, podrán tomar una decisión libre, voluntaria e informada sobre recibir el tratamiento para combatir sus condiciones médicas.

La medida dispone que los pacientes solo puedan hacer uso medicinal de la marihuana en la privacidad de sus hogares. No obstante, el proyecto indica que algunos de estos pacientes podrán ser residentes de centros de cuidados paliativos o de hogares de envejecientes, ya que permite que los empleados de un proveedor de cuidados puedan ser el acompañante autorizado. Debe tomarse en consideración que muchos de los pacientes a quienes se les brindaría esta opción para disminuir su dolor y en favor de los cuales se busca promulgar esta ley para mejorar su calidad de vida, residen en instituciones. Es por esto, que debe considerarse ampliar la definición de hogar para que la misma también acoja a todos los pacientes que residen en instituciones. Sería meritorio requerirle a estos establecimientos que seleccionen un lugar dentro de sus facilidades donde el paciente pueda beneficiarse del tratamiento con marihuana terapéutica privadamente y sin perturbar al resto de los residentes.

Finalmente, somos de la opinión que la medida debiera proveer para comenzar el dispensar la marihuana mediante un proyecto demostrativo dirigido por ASSMCA o por alguna organización con el peritaje en el área, como Iniciativa Comunitaria, que pudiera evaluarse al cabo de un periodo de tiempo para constatar que las limitaciones que exige la Ley están siendo verdaderamente observadas. De esta manera, se obtendría información empírica que pudiera servir para identificar las prácticas que están dando resultados y hacer ajustes que sean necesarios para expandirlo e institucionalizarlo.

Deseamos llamar la atención al hecho que varias organizaciones han señalado sobre la interpretación equivocada que puedan hacer los y las niños/as y los y las adolescentes de la aceptación del uso de marihuana para propósitos medicinales. El National Institute on Drug Abuse, adscrito al Department of Health and Human Services federal ha emitido algunas publicaciones sobre este particular. Como agencia llamada a proteger la seguridad y bienestar de los y las menores en Puerto Rico, somos de la

opinión de que la medida debe contener disposiciones sobre campañas para educar a la ciudadanía a los efectos de que el endoso por parte del Estado del uso de la marihuana para propósitos medicinales no significa que entienda que su uso es seguro entre los y las adolescentes. De esta forma, evitaríamos un aumento en el uso entre esta población.

El Departamento entiende que cualquier asunto relacionado con la legalización del uso de sustancias controladas tiene que atenderse desde un enfoque salubrista, haciendo énfasis en que es necesario la supervisión de los profesionales de la salud. En este caso, se propone la legalidad del uso de la marihuana para propósitos medicinales y terapéuticos. La medida incluye los mecanismos para que el dispensar la marihuana se haga de manera controlada y garantizan dichos usos. Asegura, además, que Salud establecerá condiciones estrictas para la distribución y el cultivo entre pacientes debidamente autorizados por médicos. Debe enfatizarse el que todo adulto debe asegurarse, al igual que con otros medicamentos controlados, que menores de edad bajo su cuidado no tengan acceso a la marihuana que posea un paciente dentro de su núcleo familiar. Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, y habiendo hecho recomendaciones para modificaciones, el Departamento apoya la medida.

## **16. Departamento de Corrección y Rehabilitación**

Luego de analizar el Proyecto de referencia, le Informamos que el mismo no está relacionado con el propósito fundamental del Departamento de Corrección y Rehabilitación, que es rehabilitar a nuestra clientela y buscar su bienestar. Entendemos que su aprobación no tendría un impacto significativo sobre la clientela con que cuenta actualmente el Departamento. El mismo va dirigido a aquellas personas que sufren de alguna de las condiciones de salud que el Proyecto enumera y provee para que puedan ser tratadas con marihuana, legalizándola de esta forma para su uso estrictamente terapéutico medicinal. Los méritos del Proyecto deben ser discutidos por el Departamento de Salud, ya que es esta agencia la que recibe un impacto directo por el mismo.

A pesar de que la experiencia nos dice que la clientela por violación a la Ley de Sustancias Controladas no se circunscribe a personas que han decidido tratarse alguna condición de salud con marihuana, se les proveen las estadísticas redactadas por nuestro Departamento en el Informe, *El Perfil de la Población Correccional Total Sentenciada al 30 de junio de 2012*. El análisis se hizo en base a los 6,461 confinados sentenciados al 30 de junio de 2012 y reveló que 1,310 habían cometido delitos relacionados a sustancias controladas. Sin embargo, el estudio no hace un desglose referente a la sustancia por la cual se procesó a la persona. Esto significa que no se puede dar un número certero de personas que hayan

violado la Ley en relación a la marihuana. Además, según lo que propone este proyecto, habría que hacer un estudio más específico aún al tener que evaluar, cuántas personas, si alguna, está cumpliendo una sentencia por violación a la Ley de Sustancias Controladas, como consecuencia de haberse tratado, una condición de salud con marihuana, De tal forma se podría evaluar el impacto operacional del proyecto sobre el Departamento. Dichos estudios tomarían un tiempo razonable y unos gastos extraordinarios, ya que, en el caso de sumariados, se tendría que verificar cada denuncia y en el caso de confinados se tendría que revisar cada expediente. De esta manera se lograría tener un número exacto, que a su vez establecería los ahorros al no encarcelara personas bajo ese precepto.

Lo que habrá que establecerse mediante reglamentación, de ser aprobado el presente Proyecto, serán las medidas de seguridad que se tendrán que adoptar y cómo se implementará el uso de la Marihuana para propósitos medicinales, cuando se trate de un confinado que padezca una de las condiciones enumeradas en el Proyecto.

Agradezco la oportunidad de expresarme sobre este proyecto. Estamos a sus órdenes.

#### **17. Sociedad para la Asistencia Legal**

**(NOTA: DEBIDO A LA EXTENSIVA CANTIDAD DE INFORMACION Y TABLAS COMPARATIVAS QUE PROVEYO LA SOCIEDAD DE ASISTENCIA LEGAL PARA ANALIZAR ESTA MEDIDA, LAS COMISIONES DECIDIERON INCORPORAR SU MEMORIAL EXPLICATIVO COMPLETO COMO PARTE DEL INFORME, EL CUAL ES EL ANEJO 3).**

#### **18. Centro Investigación RCM-Escuela Graduada de Salud Pública**

**(NOTA: LA ESCUELA GRADUADA DE SALUD PUBLICA DEL RECIENTO DE CIENCIAS MEDICAS BRINDO UNA PRESENTACION LA CUAL SE INCORPORA A ESTE INFORME CONJUNTO, EL CUAL ES EL ANEJO 4).**

#### **19. Sr. Ismael Ortiz (Paciente Cáncer)**

***“Mi Experiencia tratándome con Extracto Altamente Concentrado de Cannabis en el Estado de Washington, donde es legal para uso medicinal desde el 1996 y recreacional desde el 2012”***

**Mi trasfondo:**

Yo vengo de una familia Cristiana. Además de Cristiana, de una familia pastoral. Mi hermano es pastor, en Texas, mi madrastra fue pastora asociada en la Primera Iglesia Bautista de Carolina y en el presente es ministro ejecutivo asociado de la Denominación de Iglesias Bautistas de Puerto Rico. Yo fui maestro de escuela Bíblica de los jóvenes de escuela superior. En un momento de mi vida comencé estudios de maestría en el Seminario Evangélico. Los cuales se vieron interrumpido por los compromisos de familia que tuve en el momento y otros factores. Pero antes de eso, hice mi bachillerato de Administración de Empresa en la Universidad de Puerto Rico. Saliendo de la Universidad comencé a trabajar en el campo de la asesoría y planificación financiera, lo cual continúe por alrededor de 8 años y hoy en día soy ejecutivo de cuentas corporativas.

### **El comienzo de mi jornada:**

Cerca del final de estos 8 años, en el 2009 recibí la noticia de que mi madre, la cual residía en Seattle, tuvo un derrame, luego dos días más tarde me informaron que le encontraron cáncer de ovarios. La próxima semana ya yo estaba en Seattle Washington, junto a ella, para ayudarle en el proceso. Dado al derrame no se recomendaba una histerectomía, por lo que comenzó inmediatamente a recibir infusión de Quimio Terapia. Fue en este proceso, el cual duro casi dos años y la llevo a su muerte, que yo pude conocer la tortura extrema, por la que pasa un paciente de cáncer, especialmente al recibir los tratamientos tradicionales de la práctica Oncológica. En este proceso vi a mi madre pasar noches sin dormir, llorar, sudar en frio y temblar del dolor. Cuando no vomitaba, luchaba con ella para que se alimentara, pues una de las razones que sobre salen, de las muertes, en los pacientes de cáncer es el deterioro por falta de nutrición, al perder el apetito. Teníamos uno de los mejores hospitales y médicos de la industria, gracias a vivir en Seattle, Washington.

Sin embargo, eso no la hizo exenta a la falta de fármacos realmente efectivos, para contrarrestar los síntomas de su tratamiento y estado. Desde entonces estuve investigando, leyendo Cuadernos Médicos de alrededor del mundo, sobre el cáncer, sus causas, busque otros tratamientos tradicionales o como también le conocen, "alopáticos". También investigue sobre tratamientos Ayurvédicos, Naturopáticos y Homeopáticos. Este proceso es uno sobre abrumador, pues es un mar de información, la que existe al respecto. El daño que había hecho la quimioterapia y su condición al cuerpo de mi madre era irreparable, llego el punto en que colapsaron sus pulmones

y falleció. Esto hizo que me esforzara aún más investigando, pues decidí que no me tomaría por sorpresa, si a uno de mis hermanos, a mi padre, mi padrastro, mi madrastra, algún otro familiar o amigo cercano y en especial a mi hija, les llegaban a diagnosticar.

### **Mi primer encuentro con los beneficios del Cannabis:**

Durante dos años más continué investigando casi obsesivamente. Y fue en este proceso que me encontré con la patente. Patente de uso de cannabis, registrada por el Gobierno de Estados Unidos, representado por El Departamento de Salud, "US Patent 6630507", la cual expresa claramente su beneficio antioxidante y su capacidad de asistir y tratar padecimientos, tales como Alzheimer, Parkinson y HIV demencia, los cuales menciona. Además encontré múltiples patentes, para asistir en tratar y/o tratar, cáncer, entre toda una gama de patentes para tratar múltiples tipos de cáncer y muchos otros padecimientos. Y aquí fue que despertó mi interés sobre el tema del Cannabis (la planta o hierba que muchos llaman Marihuana).

Además de esto encontré múltiples testimonios de personas que habían sido curados de sus padecimientos o habían logrado mejorar su calidad de vida, gracias a las propiedades benéficas de esta planta. Entre ellos un caballero Canadiense llamado Rick Simpson, el cual hizo un extracto con Cannabis y lo uso para curarse de cáncer de la piel. Luego continuó haciendo el mismo, de gratis, regalándolo a todo el que le refirieran, viendo miles de casos de personas curadas o mejoradas de una diversidad cánceres y otras condiciones.

### **Mi diagnóstico de cáncer:**

En Diciembre del 2012, hace menos de un año, me diagnosticaron con un tipo de cáncer incurable, pues los tratamientos tradicionales como quimioterapia, radioterapia y/o intervención quirúrgica no son efectivos con el mismo. Aun así, los mismos médicos que me dijeron que estos tratamientos no eran efectivos, me ofrecieron experimentar e intentar altas dosis de quimioterapia. Yo decidí enfocar mis esfuerzos e investigación, en buscar otras alternativas, que de no ser posible que me curaran, al menos

mantuviesen estable mi calidad de vida; especialmente al pensar en todo lo que mi madre sufrió con la quimioterapia. No me hacía sentido utilizar un método con tantos efectos secundarios crónicos, si ya se sabía que no eran efectivos en el tipo de cáncer del cual fui diagnosticado.

Los médicos descubrieron mi condición, al ser recluido en el hospital en múltiples ocasiones, dado a los dolores extremos que me provocaba la misma. Estos dado a que los dos tumores se encuentran detrás de mí intestino, en dos nódulos linfáticos. Los mismos, hacen mis intestinos hipersensitivos. Por lo que algo que a otros les provoca un poco de malestar, a mí me enviaba directo al hospital a recibir inyecciones de Demerol, varias veces al día, para siquiera tolerar el dolor. Cualquier tratamiento, que lograra detener el dolor extremo, temporariamente, incluyendo el Demerol, me dejaba inconsciente, por lo cual no era una persona funcional. Lo que era peor es que muchos de ellos, tenían efectos secundarios que prolongaban la recuperación, al pasar sus efectos primarios. Incluso, tenían efectos secundarios preocupantes, en el caso del Demerol, algunos son respiración débil, latido cardiaco opuestos extremos (lento/rápido); somnolencia severa; convulsiones; movimientos musculares involuntarios; confusión, debilidad; mareo severo; alucinaciones, fiebre, reflejos hiperactivos, náusea, vómito, diarrea, pérdida de coordinación y desmayo.

Estos son solo algunos de los efectos secundarios de este fármaco, para manejo de dolor. Rápidamente concluí que esto no era manera de vivir, yo tengo una niña por lo cual luchar, por lo que decidí intentar el tratamiento del extracto concentrado de Cannabis (Marihuana). Me pareció que era uno de los tratamientos que menos efectos secundarios podía provocar. Miles ya habían sido beneficiados por el mismo y los efectos secundarios que podía tener eran sumamente mínimos, especialmente en comparación a cualquier analgésico común. El problema era que, a pesar de que conseguir varias onzas de Cannabis (Marihuana) en Puerto Rico es sumamente fácil, incluso más fácil que los fármacos controlados o el alcohol (en los menores de edad). Sin embargo, mi tratamiento requería de más de una libra de Cannabis y eso en Puerto Rico, al ser ilegal, sale en más de \$5,000, además del riesgo de ser atrapado por el Estado con esa cantidad conllevaría una pena de cárcel, entre 10 y 30 años.<sup>5</sup> Lo cual no ayudaría en nada a yo poder ser productivo, para el bien de mi hija.

---

<sup>5</sup> Según la Ley de Sustancias Controladas, 24 L.P.R.A §2401, siendo la marihuana una droga de clasificación del Tipo I dicha violación acarrea una pena fija de 20 años de cárcel. De mediar circunstancias agravantes se podría elevar a un máximo de 30 y de mediar atenuantes reducirse hasta un mínimo de 10 años.

Yo, a diferencia de la gran mayoría del pueblo de Puerto Rico, tenía familia en Seattle Washington, además, tenía los recursos y los familiares que me respaldaron, para yo poder pasar casi 6 meses en Seattle Washington, donde es legal, para uso “medicinal” desde el 1996. Al llevar más de una década legalizada, tiene un mercado altamente desarrollado y aceptado. Por lo que fui a Seattle Washington a tratarme, desde Marzo del 2013 hasta Agosto del 2013. Lo primero que hice fue sacar la licencia de consumo, pues sin la misma, los dispensarios ni siquiera te permiten entrar. Son bien estrictos con esto, dado a que la licencia de ellos está en juego. La licencia la recibí por medio de un médico, los cuales, cualquier medico puede otorgarlas, de considerarla, en su juicio profesional, justificada para alguno de sus pacientes (copia incluida en apéndice). La misma la tienen disponible y la otorgan al momento, luego de revisar tu caso médico. Cuando llegue a Seattle, ya me estaban comenzando los dolores intestinales, además de unos hipos crónicos, los cuales me daban por días corridos. En una ocasión llevaba 5 días corridos y dos veces me dejaron sin poder respirar. No podía ni exhalar, ni inhalar, por casi un minuto. Por lo que estaba desesperado por comenzar el tratamiento, antes de que fuera a repetirse mi experiencia. El mismo día que me otorgaron la licencia de paciente de Cannabis para uso medicinal, fui al dispensario más cercano y compre dos gramos del extracto. Comencé con la dosis recomendada, para pacientes que aún no han desarrollado tolerancia, la cual era “un granito de arroz”. ¡En cuestión de minutos, los hipos se detuvieron! Continué el tratamiento a diario, aumentando la dosis, poco a poco, buscando lograr tolerar la dosis necesaria, para el tratamiento que son entre 1 gramo y 2 gramos diarios, por entre 60 y 90 días, dependiendo de los resultados y la efectividad experimentada. En dos semanas ya había logrado subir a un gramo diario, ya al final del primer mes, había logrado llegar a los 2 gramos diarios.

Para que tengan idea de lo que yo consumía, este extracto tenía entre 85% y 97.5% de concentración de THC, el Cannabinoide responsable por los efectos psicoactivos, que tanto se critican, además de beneficios terapéuticos tales como reducir los vómitos y las náuseas, aliviar dolor, suprimir espasmos musculares, ser analgésico, analgésico anti-neoplástico, estimulante del apetito y varios más, mencionados en los aditamentos de esta deposición. El resto del extracto es una combinación de cannabinoides sin los efectos psicoactivos del THC, tales como CBD, el cual modera los efectos psicoactivos del THC, además de reducir y hasta eliminar convulsiones, neuroprotector, reducir inflamación, entre otros beneficios. CBCA, CBC, CBGA. CBG y CBDA entre otros, los cuales tienen beneficios similares, como anti inflamatorios, anti espasmódico y analgésico, entre otros.

Cuando uno utiliza Cannabis, fumándola, solo obtienes menos del 5% del THC o los efectos del mismo. Por medio del extracto, yo introduje a mi cuerpo 2 gramos diarios de 85% a 97.5% de THC, pero también al consumirlo, no fumarlo, introduje los cannabinoides a mi cuerpo, en vez de quemarlos. Básicamente suplementando los cannabinoides que ya nuestro cuerpo produce, para activar los receptores endocannabinoides, de nuestro sistema endocannabinoide. De modo que los receptores endocannabinoides tuviesen suficientes cannabinoides, para hacer su trabajo y contrarrestar el desbalance que existía en mi cuerpo.

El resultado fue que en menos de una semana, ya mis dolores habían desaparecido, de hecho, TODOS los síntomas que yo sufría habían desaparecido. Mi funcionamiento general no se vio afectado, excepto el segundo día, cuando subí la dosis de el comparativo de un granito de arroz en cantidad a casi medio gramo, la mitad de una jeringuilla, por lo cual dormí un día entero y luego me levante con la energía que hacían meses no sentía. Continué el tratamiento, a la vez evitando comer aquellos productos que en el pasado me habían ocasionado dolores. Al cabo de tres meses, comencé a incluir en mi dieta nuevamente las carnes, la leche y otros alimentos que antes del tratamiento me ocasionaban dolor. Esto, simplemente para ver cuán efectivo había sido el tratamiento. El resultado fue que luego de años sin comer carne de cerdo, comí las costillas de cerdo ahumadas más exquisitas, que jamás había probado. También comí carne de res, de diversos cortes y maneras, productos lácteos de distintos tipos y pollo. Cualquiera de las anteriores hacia unos meses, me hubiese provocado múltiples padecimientos y en ocasiones enviado directo al hospital a manejar dolores inexplicables. ¡Sin embargo, ninguno me provoco dolor!

Continué comiendo de todo, sin problema alguno. Incluso, cuidaba de mi sobrino de 1 añito y ayudaba a mi hermana en la casa, mientras ella trabajaba y a la vez yo continuaba investigando, leyendo Cuadernos Médicos y artículos sobre Cannabis y tratamientos de otros países para el cáncer, todo, usando 2 gramos diarios del extracto altamente concentrado de Cannabis (Marihuana). El tratamiento duro hasta que consumí el total de poco más de 60 gramos. Una vez finalice el tratamiento descontinué el uso del extracto. Mi primer día sin usar el extracto, no experimente efecto de retiro de adicción alguno. No amanecí con fiebres, ni migrañas, tampoco temblores, ni sudando en frio. Lo que si experimente y continuo experimentando es que los síntomas que había tenido ya no los tenía. Además, que mi calidad de vida se había normalizado.

En este proceso, durante y luego de finalizar el tratamiento no se me vio afectado mi capacidad de aprender, de hecho me la pasaba leyendo cuadernos médicos, sumamente complejos. Tampoco se vio afectada mi capacidad de conducir, lo cual hacía regularmente, para hacer compra, diligencias y para ir a los dispensarios tanto a comprar el extracto, como a aprender de los beneficios del Cannabis (Marihuana).

El dueño de un dispensario me permitió compartir en su local para poder aprender y tener la experiencia completa que se vive en los mismos. Esto despertó mi pasión por el tema y por lograr que mi pueblo de Puerto Rico tuviese acceso a esta planta y sus propiedades terapéuticas y curativas. Conocí pacientes de Alzheimer, que esta planta detenía sus temblores y les permitía funcionar como cualquier persona saludable. Conocí epilépticos que se beneficiaban de vivir sin convulsiones. Conocí asmáticos que lograban vivir sin ataques de asma. Conocí pacientes de cáncer, que recibían sus tratamientos de quimioterapias sin los efectos tan famosos de las mismas. Pacientes de cáncer con aspectos sumamente saludables, ya que el Cannabis (Marihuana) les abría el apetito. Pacientes de cáncer que vivían sus vidas, como si no estuviesen recibiendo quimioterapias, gracias a que el Cannabis (Marihuana) les servía de antiinflamatorio, anti náuseas y analgésico a un nivel que ningún fármaco les había logrado brindar. Vi pacientes de cáncer que me contaron como ingerir Cannabis (Marihuana) comenzó a hacer funcionar sus tratamientos de quimioterapia, luego de que los médicos estaban considerando detenerlos, porque el cuerpo de ellos no estaba viendo progreso con el tratamiento. Vi personas llorar, de alegría, al contarme sus experiencias tratando padecimientos, con Cannabis (Marihuana). Vi pacientes decirles a los empleados del dispensario, que los amaban y que les admiraban por su valentía, porque a pesar de ser legal a nivel estatal, era ilegal a nivel federal y estos se exponían a serias consecuencias legales al llevar a cabo dicho tipo de negocio.<sup>6</sup>

Además de lo que vi en los dispensarios, vi un cambio drástico en la calidad de vida del estado de Washington, luego de haberse legalizado, para uso medicinal el Cannabis (Marihuana). Yo me crié gran parte de mi niñez y partes de mi adolescencia en Seattle Washington, antes de que se legalizara el Cannabis (Marihuana). Viví un tiempo en el cual la criminalidad era peor que aquí en Puerto Rico. Un tiempo en el cual la prohibición había permitido

---

<sup>6</sup> En ese momento no se había divulgado el Memorando del Fiscal General de los EU Eric Holder cual limitaba la discreción de los fiscales de llevar casos contra personas que posean o distribuyan legalmente marihuana adhiriéndose a leyes estatales. Se determinó que en dichos casos el Gobierno Federal no va a intervenir, dándole deferencia a los Estados a que se encarguen del cumplimiento de leyes mientras dicha práctica se mantenga dentro de su jurisdicción. Ver Memo del AG con fecha del 29 de agosto de 2013

que se levantaran dos pandillas, los Crips y los Bloods. No se podía caminar en la calle con unos tenis Jordan o vestimenta de los Bulls, tampoco con mucho rojo o azul, pues podías convertirte en el blanco de un tiroteo. La criminalidad era tal, que hacía ver al Puerto Rico de hoy en día, como un paraíso. Luego de más de una década de haber legalizado el Cannabis (Marihuana) la criminalidad se redujo exponientemente. A nivel de que yo fui a dispensarios de áreas exclusivas, como de áreas de barriadas o “guetos” en una guagua Lexus, nueva, sobresaliendo en vestimenta y apariencia física, sin sentirme ni verme intimidado en lo más mínimo. Es más me sentí tan cómodo en los dispensarios de áreas de alta clase socioeconómica, como los de áreas de baja clase social económica. El estado de Washington recauda casi 2 billones anuales en recaudos relacionados a la ley de la legalización del Cannabis para uso medicinal. La acogida a la ley y los resultados de la misma ha sido tan abrumadoramente exitosa, que la ciudadanía, por medio de un referéndum en las elecciones de Noviembre del 2012, aprobó legalizar el consumo de Cannabis para uso recreacional a mayores de 21 años de edad. La policía esta tan desocupada, de luchar contra crímenes, que el estado de Washington hizo noticia mundial, al ocupar oficiales en repartir Doritos con un sello informando sobre la nueva ley, de lo cual yo fui testigo.

### **Conclusión:**

La razón por la cual comencé con mi fundamento Cristiano y detalles sobre mi vida profesional es por mi deseo de corregir la idea equivocada de que los Cristianos están en contra de la legalización del Cannabis (Marihuana) para uso medicinal y suplementario o para sus beneficios terapéuticos. A la vez comienzo describiéndome en el aspecto profesional, con la intención de corregir la idea equivocada de que quienes están a favor no son profesionales, si no hippies, vagos, drogodependientes u otras etiquetas absurdas. La realidad es que quienes no están a favor de legalizar esta planta para uso medicinal son aquellos que aún son víctimas de décadas de desinformación por una campaña de mentiras, fundamentada en rumores, esparcidos por intereses políticos y corporativos.

Otros quienes no están a favor son aquellos que aun sabiendo los beneficios enormes que brindaría la accesibilidad y regulación de esta planta para el pueblo de Puerto Rico, ponen por encima sus intereses políticos y dejan a un lado el bienestar, de quienes les pusieron en el poder. En lo personal, yo trabaje de voluntario en la campaña del PNP. Pero puedo ver que esto no es un proyecto de ley de un partido, esto es un proyecto de ley para beneficiar el pueblo de Puerto Rico. Es hora de que comencemos a

utilizar la empatía y nos pongamos en el lugar de los miles de pacientes de cáncer, Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatía, de dolores crónicos, hasta de padecimientos comunes como asma y cientos más. Pues, ser partícipe de obstaculizar el acceso a esta planta y sus propiedades terapéuticas, es ser partícipe del dolor de estos pacientes y de no permitirles llevar una vida de calidad y con dignidad.

Participar en marchas, caminatas, maratones y recaudos para entidades dirigidas a beneficiar pacientes, los cuales estos mismos se beneficiarían de la accesibilidad a las propiedades de esta planta suplementaria y medicinal, y a la vez estar en contra de hacerles accesible la misma es sencillamente una hipocresía. Es hora de que dejemos los juegos políticos a un lado y nos unamos por el bien de la salud de nuestro pueblo. Ser partícipes del sembrar miedo y desinformación, sobre un tema, por más controversial que pueda ser, nunca será mejor que educar la verdad sobre el mismo tema.

**¿Como continuar desinformando con hipótesis y hasta mitos, cuando la verdad ya está disponible para todos?** Como por ejemplo:

- “El Cannabis (Marihuana) mata las neuronas.” La patente 6630507 del Gobierno de EEUU no solo dice que es neuroprotector<sup>7</sup>, la misma incluye 25 referencias de publicaciones evaluadas por sus pares (“peer reviewed”), en la patente registrada, los cuales respaldan la misma.
- “El Cannabis (Marihuana) daña los pulmones, como lo hace el cigarrillo.” Múltiples estudios buscando probar que mientras más se fumaba Cannabis (Marihuana) más probabilidades habrían de desarrollar cáncer, estudiaron en el transcurso de vida a miles de usuarios de Cannabis (Marihuana), entre 20-30 años. Los resultados han probado lo contrario, repetidas veces. Muchos llegando a la conclusión de que incluso ayuda a los pulmones y que tiene propiedades protectoras para los mismos, Entre las observaciones incluyen que el Cannabis dilata las vías respiratorias, contrario a los cigarrillos, y encontraron que el uso del mismo es un tratamiento efectivo contra asma y enfisema. La publicación más reciente siendo del American Medical Asociación, el cual publicó que el uso ocasional del cannabis no está asociado a efectos adversos del funcionamiento pulmonar como lo es en el caso del cigarrillo.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>The Journal of Neuroscience, September 1, 2001, 21(17):6475-6479 (Donde se publican estudios que demuestran que el THC es un neuroprotector natural) Disponible en <http://www.jneurosci.org/content/21/17/6475.full.pdf+html>

- “El Cannabis (Marihuana) es un portal al consumo de drogas más fuertes.” Estudios demuestran que muchas personas que consumen cannabis nunca usan otras drogas ilícitas.<sup>9</sup> Se podría inferir que, dado al hecho que el cannabis solo sea accesible en el mercado negro, el usuario estaría expuesto a otros tipos de narcóticos. Por lo tanto es la prohibición la que sirve de vehículo al acceso de narcóticos realmente preocupantes y dañinos a la salud, no el Cannabis (Marihuana).
- “El uso del Cannabis (Marihuana) causa enfermedades mentales.” Estudios demuestran que no existe vínculo alguno entre el cannabis y el desarrollo de enfermedades mentales. De hecho, los investigadores de un estudio para pacientes de Síndrome Post Traumático (comúnmente conocido por sus siglas, PTSD) entienden que el incremento de cannabinoides, puede restaurar la química natural y el balance psicológico de los pacientes.<sup>10</sup>
- “El uso del Cannabis (Marihuana) presenta un riesgo sustancial a la seguridad vial.” Dos nuevos estudios por parte de la Administración Nacional de Seguridad Vial de Transporte han confirmado la seguridad relativa de la marihuana en comparación con el alcohol. El alcohol se

---

8- Pulmonary Hazards of Smoking Marijuana as Compared with Tobacco Tzu-Chin WU, M.D., Donald P. Tashkin, M.D., Behnam Djahed, M.D., and Jed E. Rose, Ph.D. *N Engl J Med* 1988; 318:347-351 February 11, 1988 DOI: 10.1056/NEJM198802113180603

-*Proceedings of the 104th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research; 2013 Apr 6-10; Washington, DC. Philadelphia (PA): AACR; 2013. Abstract nr 3633*

-<http://www.oncologypractice.com/oncologyreport/single-view/marijuana-habit-not-linked-to-lung-cancer/73840afd2cca226b9e6a9ddc7cb0d039.html>

9 Morral, Andrew R.; McCaffrey, Daniel F. and Susan M. Paddock. “Reassessing the marijuana gateway effect.” *Addiction* 97.12 (2002): 1493-504. Ver también, United States. National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1994. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1995; National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1994. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1996; D.B. Kandel and M. Davies, “Progression to Regular Marijuana Involvement: Phenomenology and Risk Factors for Near-Daily Use,” *Vulnerability to Drug Abuse*, Eds. M. Glantz and R. Pickens. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1992: 211-253.

10 Iverson, Leslie. “Long-term effects of exposure to cannabis.” *Current Opinion in Pharmacology* 5(2005): 69-72; “Cannabis use will impair but not damage mental health.” *London Telegraph*. 23 January 2006; Degenhardt, Louisa, Wayne Hall and Michael Lynskey. “Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis,” *Drug and Alcohol Dependence* 71 (2003): 42-4. - *Molecular Psychiatry* 18, 1034-1040 (September 2013) Elevated brain cannabinoid CB<sub>1</sub> receptor availability in post-traumatic stress disorder: a positron emission tomography study. A Neumeister, M D Normandin, R H Pietrzak, D Piomelli, M Q Zheng, A Gujarrro-Anton, M N Potenza, C R Bailey, S F Lin, S Najafzadeh, J Ropchan, S Henry, S Corsi-Travali, R E Carson and Y Huang

encuentra en 51,5% de las muestras, en comparación con 17,8% para todos los demás estupefacientes combinados.<sup>11</sup>

### **Recomendaciones:**

- **Eliminar la limitación del acceso al cannabis por el factor de edad y antecedentes penales.**

La limitación de acceso medicinal del cannabis dispuesto en la Sección 3.4 (a) (1) prohíbe a toda persona que haya sido convicta de delito grave o de un delito que implique depravación moral de conseguir legítimamente el cannabis. La mayoría de las personas en este país que han sido convictas por algún delito grave o que implique depravación por lo general provienen de sectores marginados del país con escasos recursos económicos que no podrían tener acceso a los fármacos tradicionales para tratar enfermedades que bien podrían ser sustituidos por el cannabis. Dicha disposición solo abona a que este sector de la población que busque adquirir dicha sustancia continúe utilizando el mercado negro y de esta forma perpetuando la misma criminalidad que se pretende erradicar. Mientras sigamos marginando este grupo de la población y continuemos poniendo obstáculos para que este grupo de personas puedan legítimamente reinsertarse a la sociedad estamos implícitamente fomentando la delincuencia.

Por otro lado, el limitar tajantemente la discreción de un médico de recetar el cannabis para el tratamiento de enfermedades a un menor de edad cuando este la necesita solo abona a que se siga incentivando la economía subterránea del país. Además exponen innecesariamente a jóvenes a las graves consecuencias penales y a las peligrosidades del mercado del bajo mundo, que no es regulado y cuya calidad de producto no puede ser medida ni garantizada como lo fuera si se obtuviese de una manera legítima. Además limita las alternativas de padres que desesperadamente buscan un remedio efectivo para tratar la enfermedad de su hijo/a. Jóvenes como Charlotte cual sirvió de inspiración para la redacción de este proyecto de ley no podría recibir un tratamiento que potencialmente le salvaría la vida aquí en PR de no enmendarse este proyecto de ley. Si verdaderamente queremos proteger a los jóvenes y alejarlos del consumo de las drogas, ha quedado demostrado que el modelo prohibicionista no ha sido efectivo

---

<sup>11</sup> K.W. Terhune et al., "The Incidence and Role of Drugs in Fatally Injured Drivers," NHTSA Report # DOT-HS-808-065 (1994).

por lo cual no existe razón por que continuar bajo el mismo modelo fracasado. La Organización Mundial de la Salud (WHO) realizó un estudio entre 17 países y determinó que Estados Unidos, a pesar de su modelo punitivo para tratar el problema contra las drogas, es el país donde más se consumen narcóticos ilícitos por un amplio margen. Al igual encontró que países que despenalizaron la posesión y el consumo de este tipo de sustancias no varió significativamente en cuanto a incrementos al consumo.<sup>12</sup> Jurisdicciones de Estados Unidos con penas reducidas no tienen tasas más altas de uso de drogas. De hecho, muchos estados que tratan la posesión como delito menor tienen tasas ligeramente más bajas de consumo de drogas ilícitas y mayores tasas de admisión a un tratamiento que los estados que lo consideren un delito grave.<sup>13</sup>

## - **Desclasificar la marihuana como droga**

El actual sistema de clasificación de las drogas ilegales (y la mayoría de las legales) es errónea, obsoleta y se basa en datos científicos que han sido desmentidos. Según la Ley Federal de Sustancias Controladas (CSA) de 1970<sup>14</sup> y la Ley de Sustancias Controladas estatal, este sistema sitúa erróneamente a el cannabis (marihuana) en la clase más restrictiva, la Lista I, reservado a los narcóticos con un "alto potencial para el abuso", "ningún uso médico aceptado actualmente" y al "no ser un medicamento seguro".

Pese a las restricciones sobre la realización de investigación sobre la marihuana, una gran cantidad de evidencia científica ha surgido, que

---

12 Louisa Degenhardt et al., "Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis and Cocaine Use: Findings from the WHO, World Mental Health Surveys." PLOS Medicine 5, no. 7 (2008): 1053-56.

13 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Table B.6 Illicit Drug Use Other Than Marijuana in Past Month, by Age Group and State: Percentages, Annual Averages Based on 2008 and 2009 NSDUHs," State Estimates of Substance Use and Mental Disorders from the 2008-2009 National Surveys on Drug Use and Health (2011), <http://www.samhsa.gov/data/2k9State/AppB.htm>.

14 Esta designación suponía fuese temporera en respecto al cannabis hasta tanto se concluyera el estudio en 1972 del the National Commission on Marijuana and Drug Abuse (Ver estudio aquí <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1749335/>) encargado por la Casa Blanca bajo la presidencia de Richard Nixon. Dicho informe recomendó despenalizar la marihuana y sacarlo de las listas federales. El presidente Richard Nixon rechazó las recomendaciones de la Comisión.

no solo confirma los beneficios medicinales de la marihuana<sup>15</sup>, sino también un amplio margen de seguridad en su consumo.<sup>16</sup>

Debido a la clasificación federal de la sustancia los médicos se les impiden recetar y en su lugar solo puede recomendar su uso sin acceso legal o protección para sus pacientes.

- **Que los médicos expidan licencias de acceso en vez de recetar**

Debido a la clasificación federal de la sustancia los médicos se les impiden recetar y en su lugar solo puede recomendar su uso sin acceso legal o protección para sus pacientes. Por esto entiendo debemos seguir el modelo ya implementado en muchos de los estados, como Seattle Washington, donde el médico expide una licencia o permiso de compra a los pacientes que entiende están justificados para utilizarlo, pues tienen una condición médica genuina. El médico no se puede hacer responsable de recetar Cannabis ni recomendar cantidades, pues les limita sus licencias, las cuales estarían en conflicto, al respecto.

- **Redistribución de recursos y destino de nuevos recursos.**

Actualmente se invierten en el país 600 millones de dólares en la guerra contra el narcotráfico.<sup>17</sup> Esto a pesar de los pésimos resultados que ha tenido la política prohibicionista a través de los años. Por otro lado solo una ínfima cantidad de recursos va dirigida a programas preventivos y de rehabilitación de adictos a drogas. Dicho esto y reconociendo nuestra realidad socio económica actual considero prudente una reevaluación de cómo se destinan los escasos recursos

---

<sup>15</sup>University of California, Center for Medicinal Cannabis Research, Report to the Legislature & Governor of the State of California (2010), [http://www.cmcr.ucsd.edu/images/pdfs/CMCR\\_REPORT\\_FEB17.pdf](http://www.cmcr.ucsd.edu/images/pdfs/CMCR_REPORT_FEB17.pdf). (Estos estudios se hicieron siguiendo los estándares establecidos por la FDA.

<sup>16</sup>David Nutt et al., "Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse," The Lancet 369, no. 9566 (2007).

<sup>17</sup>As appropriated by J. Res. 56, 5th Sess. (P.R. 2011), J. Res. 54, 5th Sess. (P.R. 2011) and Puerto Rico Act No. 112, July 1, 2011, available at <http://www.oslpr.org/2009-2012/leyes/pdf/ley-112-01-Jul-2011.pdf>.

existentes para atender el problema de la adicción y el narco tráfico. Al igual los fondos que se extraigan bajo esta iniciativa se deben considerar para fines como:

- Programas de habilitación y rehabilitación de drogodependientes.
  - Programas de educación a la población general
  - Destino de recursos para rehabilitar comunidades marginadas donde además se establezcan programas de capacitación vocacional.
  - Fondos para la creación de micro empresas para personas de escasos recursos económicos y establecimiento de programas de adiestramiento empresarial.
- **Eliminar las penas por la posesión no autorizada del cannabis.**

Como sabemos la actual política prohibicionista trae consecuencias nocivas a la hora de procesar a un ciudadano por una violación a la actual Ley de Sustancias Controladas. Esto ya que el individuo no solo se expone a una pena de reclusión carcelaria sino también se le cierran todos los accesos y posibilidades a reinsertarse nuevamente en la sociedad una vez extinga su pena y ganarse la vida de una manera legítima y digna. Entre los cuales de ser una persona de escasos recursos como lo es en la mayoría de los casos, el mismo no tendría derecho a recibir ayudas federales alguna como Becas Pell para adquirir un título universitario. Igual se le deniega el acceso a vivienda pública y un sinnúmero de otras ayudas gubernamentales dejando a la persona desprovista de toda ayuda social y propicia para que la persona incida nuevamente a una vida delictiva.

Por todo lo cual considero prudente que se elimine la penalidad por la posesión no autorizada del cannabis ya que resulta ser mucho más dañinas las consecuencias de la penalización al “daño” que produce en el individuo o entorno social el consumo de la sustancia. Se puede lograr el efecto disuasivo sin recurrir a medidas punitivas. Por ejemplo se podría instituir en su lugar un sistema de multas o de labor

comunitario que a su vez puede reducir los gastos por el servicio público provisto.

## **20. Sra. Madeline Rivera (Paciente Esclerosis Múltiple)**

“Alguien muere cada 19 minutos de una sobredosis por medicamentos de prescripción, la mayoría de las muertes son accidentales. Cada 19 minutos. Es una estadística horrenda. Por mucho que investigué, no pude encontrar un caso documentado de muerte por sobredosis de marihuana.” Dr. Sanjay Gupta

Mi nombre es Madeline Rivera Feliciano soy de Mayagüez. He venido en este día porque el año pasado fui diagnosticada con Esclerosis Múltiple y estoy aquí luchando por el derecho que tengo de ser yo quien elija y no el estado, lo que yo considero el tratamiento adecuado en beneficio de mi salud. Del mismo modo estoy aquí representando a Vivian Marie Rivera Acevedo<sup>18</sup>, la joven viequense de 23 años que en el 2008 por poseer una bolsita de marihuana y ser pobre y no pudiendo pagar la multa de \$1,000, cae presa en la cárcel de mujeres de Vega Baja.

Antes de ser diagnosticada con Esclerosis era parte de la masa que repetía que la marihuana era una droga dañina y que era la puerta de entrada a otras drogas más fuertes. Realicé mi propia investigación del tema y para mi sorpresa encontré toneladas de información y estudios de importantes universidades sobre las bondades de la planta para la Esclerosis Múltiple y muchas otras condiciones.

Tod H. Mikuriya, MD, siquiatra y especialista en dolor, publicó en internet su informe acerca de 259 condiciones tratadas con Marihuana, titulado "International Classification of Diseases 9-CM 1996, Chronic Conditions Treatedwith Cannabis, Encountered Between 1990-2004".<sup>19</sup> Condiciones como alcoholismo, autismo, depresión, diabetes, fibromialgia, epilepsia, síndrome de stress post-traumático, epilepsia, fibrosis del hígado, y hasta la alta presión pueden ser tratadas con cannabis<sup>20</sup>. De hecho, hay casos como la epilepsia conocida como Síndrome de Dravet que genera 300

---

<sup>18</sup><http://www.primerahora.com/noticias/puertorico/nota/jovenagonizatresdiasenlaenfermeriadecarcelycuandolallevanalhospitalyaerademasiadotarde-370525/>

<sup>19</sup> <http://medicalmarijuana.procon.org/view.background-resource.php?resourceID=1393>

<sup>20</sup> [http://www.cannabiseearch.com/medical\\_benefits/](http://www.cannabiseearch.com/medical_benefits/)

convulsiones semanales, para la cual el único tratamiento existente es la marihuana.<sup>21</sup>

Otro falso argumento es que la marihuana no es una droga segura, pero los estudios demuestran que fármacos recetados han sido causa de muerte mientras que por la marihuana no se registra ninguna. Este estudio realizado acerca de las muertes causadas por marihuana y otras drogas legales entre 1997 al 2005 y con información obtenida de la FDA reflejó la siguiente cantidad de muertes<sup>22</sup>:

Baclofe n	Haldol	Lition	Neuronti n	Ritaly n	Wellbutri n	Aderal l	Viagr a	Marihuan a
72	250	175	968	121	1,132	54	2,254	0

La marihuana como “puerta de entrada” al uso de otras drogas es otro argumento falso repetido por muchos, pero un estudio federal<sup>23</sup> realizado en el 2002 concluyó que “algunas personas simplemente tienen una tendencia subyacente a probar las drogas, y empezar con lo que es más fácilmente disponible.” Otro estudio federal demostró que las políticas de prohibición pueden de algún modo incrementar el uso de drogas duras.<sup>24</sup> Ese estudio comparó a Holanda donde no hay prohibición versus San Francisco donde sí hay prohibición y se encontró que el uso de drogas fuertes es significativamente menor en Holanda, aún con sus políticas tolerantes hacia la marihuana. Por otro lado, científicos<sup>25</sup> hace tiempo abandonaron la idea de que la marihuana hace que los usuarios prueben otras drogas ya en 1999, en un informe encargado por el Congreso para examinar los posibles peligros de la marihuana medicinal, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, escribió: “el tabaquismo en menores y el alcohol suelen preceder a la marihuana, la marihuana no es la más común y rara vez es la primera, “puerta de entrada” al consumo de drogas ilícitas. No hay pruebas concluyentes de que los efectos de las drogas de marihuana están causalmente relacionadas con el abuso posterior de otras drogas ilícitas.”

---

21 <http://www.primerahora.com/noticias/estados-unidos/nota/ninaconeepilepsiaestratadaexitosamenteconmarihuamedicinal-video-952149/>

22 <http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000145>

23 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2002.00280.x/pdf>

24 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448346/>

25 <http://healthland.time.com/2010/10/29/marijuana-as-a-gateway-drug-the-myth-that-will-not-die/>

La marihuana no causa adicción, el doctor Adi Jaffe, Ph.D. del Psychology Today dice:<sup>26</sup> “La gran mayoría de las personas que acceden a probar la marihuana lo hacen de manera experimental y nunca se convertirán en adictos. A diferencia de otras sustancias, la marihuana tiene muy pocos síntomas de abstinencia graves y la mayoría de las personas pueden dejar de fumar más fácilmente.” De su investigación agrega también que, “en comparación con otras sustancias, la marihuana no es muy adictiva. Se estima que el 32% de los consumidores de tabaco se convertirá en adicto, el 23% de los consumidores de heroína, el 17% de los consumidores de cocaína, y el 15% de los consumidores de alcohol. La cocaína y la heroína son más físicamente dañinas y la nicotina es más adictiva. Es mucho más difícil dejar de fumar cigarrillos de lo que es dejar de fumar marihuana.”

Lester Grinspoon, MD, profesor emérito de psiquiatría en la Facultad de medicina de Harvard, luego de estudios escribió el libro titulado “Marihuana: la medicina prohibida” y junto a James Bakalar, terminó concluyendo que el público en general había estado mal informado e inducido a error sobre el cannabis. Este libro hizo una contribución formidable al debate sobre y el conocimiento de las propiedades medicinales de la planta.<sup>27</sup>

Otro médico que repitió por mucho tiempo que la marihuana era peligrosa lo es el Dr. Sanjay Gupta. En agosto pasado, Gupta tuvo la valentía y humildad de reconocer que estaba equivocado, admitirlo y hacerlo público<sup>28</sup>. Entre otras cosas al galeno le preocupa el porqué en 1970 el Sub-Secretario de Salud estadounidense recomendó que la planta, marihuana, se clasificara como sustancia en la lista 1 poniéndola al nivel de la heroína y cocaína. Descubrió que lo hizo no por datos científicos sólidos, sino más bien por su ausencia se clasificó a la marihuana como sustancia de lista 1. No obstante, si había datos. En 1944 el alcalde de la ciudad de Nueva York, Fiorello LaGuardia, encargó a la New York Academy of Science (Academia de Ciencias de Nueva York) que realizara una investigación. Entre sus conclusiones: descubrieron que la marihuana no ocasionaba una adicción significativa en el sentido médico de la palabra. Tampoco encontraron evidencia de que la marihuana llevaba a la adicción de morfina, heroína o cocaína. <sup>29</sup> Mi pregunta: ¿Qué pasó entonces?....

---

<sup>26</sup> <http://www.psychologytoday.com/blog/all-about-addiction/201001/is-marijuana-addictive-you-can-bet-your-heroin>

<sup>27</sup> [http://books.google.es/books/about/Marihuana.html?hl=es&id=flqjZyAC\\_MUC](http://books.google.es/books/about/Marihuana.html?hl=es&id=flqjZyAC_MUC)

<sup>28</sup> <http://cnnespanol.cnn.com/2013/08/08/por-que-cambie-de-opinion-sobre-la-marihuana/>

<sup>29</sup> <http://cnnespanol.cnn.com/2013/08/08/por-que-cambie-de-opinion-sobre-la-marihuana/>

Como parte del debate en Canadá se desprende lo siguiente: "La comunidad científica, la comunidad médica en particular, se divide sobre la verdadera eficacia terapéutica de la marihuana. Algunos se apresuran a decir que la marihuana medicinal abre la puerta y sería un paso hacia la pura y simple legalización de la sustancia. Pero nada de eso debe importar a médicos o científicos. No es una cuestión de la defensa de las políticas públicas en general en marihuana o incluso todas las drogas ilegales. No es una cuestión del envío de un mensaje simbólico acerca de las "drogas". No es una cuestión de tener miedo de que los jóvenes usarán la marihuana si se aprueba como una medicina. La pregunta y la única cuestión, para los médicos como profesionales es, *en qué medida y en qué circunstancias, la marihuana tiene un propósito terapéutico*". ~ Comité Especial Canadiense del Senado sobre Drogas Ilegales. Resumen del Informe de 2002.

La Esclerosis Múltiple es un "trastorno causado por el daño a la vaina de mielina, la cubierta protectora que rodea las neuronas".<sup>30</sup> De entre sus síntomas la fatiga es un síntoma común y molesto a medida que la EM progresa y con frecuencia es peor al final de la tarde.<sup>31</sup> Es una condición incapacitante y que puede ser fatal.

Mis síntomas son: hormigueo especialmente en las piernas lo que me dificulta guiar, dolores de cabeza, dolores neuropáticos fuertes en distintas partes del cuerpo, dificultad al hablar lo que me avergüenza a veces porque soy maestra, los dolores por la fatiga son fatales ya que vivo en una casa de dos pisos y se me hace difícil subir las escaleras a diario para subir a mi dormitorio, los espasmos son frecuentes y dolorosos, incontinencia urinaria debido a lo cual he tenido que recurrir al uso de pañales desechables, insomnio y para eso voy al siquiátra por somníferos y para la depresión, estreñimiento y escape de heces, dolor y debilidad en los brazos y piernas, problemas de audición (hipoacusia), problemas visuales y esto sin hablar de los problemas cognoscitivos que me afectan el área de la comprensión del cerebro y la memoria. Para mí la Esclerosis Múltiple ha sido lo peor que ha podido sucederme y afecta mi vida diariamente.

Lo peor de esto es que no hay un tratamiento que sea totalmente efectivo. Aparte de lo costosos que son, los efectos secundarios varían de persona a persona sin garantizar alivio en los síntomas y sin curar la enfermedad, solo retrasa las recaídas. Los medicamentos recetados y que son los que el estado me permite usar para la condición, tienen efectos secundarios que en algunos casos son graves, por ejemplo:

---

<sup>30</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000737.htm>

<sup>31</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000737.htm>

- 1) **Avonex**- problemas de salud relacionados a la conducta (incluidos depresión, suicidio o pensamientos suicidas y alucinaciones), problemas hepáticos (incluidas insuficiencia hepática y muerte), reacciones graves, alérgicas y reacciones de la piel, problemas del corazón (incluida insuficiencia cardiaca), problemas sanguíneos, convulsiones, infecciones y problemas de tiroides<sup>32</sup>
- 2) **Betaseron**- depresión, ansiedad, dificultad para dormir, inquietud, o pensamientos de suicidio o de querer hacerse daño; moretones, hinchazón, supuración, o cambios en la piel donde le pusieron la inyección; cambios en peso, latidos cardiacos fuertes, sentirse caliente o frío; fiebre, escalofríos, dolor de cuerpo, síntomas de la gripe; o náusea, dolor de estómago, fiebre baja, pérdida del apetito, orina oscura, heces fecales de color arcilla, ictericia (piel u ojos amarillos). Los efectos secundarios de menor gravedad pueden incluir: debilidad, dolor de cabeza; dolor muscular, problemas para dormir (insomnio), dolor de estómago, hinchazón en sus manos o pies, sarpullido; o periodo menstrual irregular<sup>33</sup>
- 3) **Copaxone**- sofoco, dolor torácico, palpitaciones, ansiedad, disnea (dificultad respiratoria), constricción de garganta y urticaria<sup>34</sup>
- 4) **Extavia**- enfermedad del hígado, trastorno de la glándula tiroidea, epilepsia u otro trastorno de convulsiones, trastorno de sangrado o de la coagulación de la sangre, como hemofilia, anemia (falta de células rojas de la sangre) o historial de depresión o de comportamiento de suicidio<sup>35</sup>
- 5) **Gilenya**: Ritmo cardíaco lento (bradicardia), Aumenta el riesgo de infecciones serias, Incrementa el riesgo del edema macular, Disminuye la función (respiratoria) de pulmón causando problemas para respirar, Aumento leve en la presión arterial, Aumento de las enzimas del hígado (que podrían indicar lesión o daño en el hígado), Riesgo de daños severos al feto.<sup>36</sup> La FDA continúa recomendando que se mantenga en observación a todos los pacientes que comiencen a tomar Gilenya, en busca de indicios de una frecuencia cardiaca baja (bradicardia) durante por lo menos 6 horas después de la primera dosis. La FDA ahora está recomendando que se les mida el pulso y la presión arterial cada hora a todos los pacientes que comienzan a tomar Gilenya. Se deben realizar electrocardiogramas antes de la dosis

---

32 [http://www.avonex.com/pdfs/guides/AvonexBienveniedo\\_EnEspanol.pdf](http://www.avonex.com/pdfs/guides/AvonexBienveniedo_EnEspanol.pdf)

33 [http://www.drugs.com/mtm\\_esp/betaseron.html](http://www.drugs.com/mtm_esp/betaseron.html)

34 <http://www.ivax.com.ar/copaxone/pdf/copaxone2011.pdf>

35 [http://www.drugs.com/mtm\\_esp/extavia.html](http://www.drugs.com/mtm_esp/extavia.html)

36 <http://www.hablemosdeem.com/Fingolimod.html>

y al final del periodo de observación. La observación cardiovascular debe continuar hasta que todo síntoma desaparezca.<sup>37</sup>

- 6) **Novantrone-** puede interferir con la acción de bombeo del corazón, Náuseas, Vómitos, Hemorragias o hematomas inusuales, Heces negras o alquitranadas, o presencia de sangre en las heces o la orina, Fatiga extrema (imposibilidad de realizar las actividades de cuidado personal), Coloración amarillenta de la piel o los ojos, dificultad para respirar. Hinchazón de los pies o tobillos. Aumento repentino de peso, Signos de infección tales como enrojecimiento o inflamación, dolor al tragar, tos con expectoración o micción dolorosa, Existe un riesgo leve de desarrollar un cáncer en la sangre como la leucemia años después de recibir (qué), Debilidad, Llagas en la boca, Caída del cabello, Diarrea, Problemas cardiacos, Presión arterial baja, Coloración azul o verdosa de la esclerótica (membrana que forma el blanco de los ojos) y/o de la orina durante 1 ó 2 días después del tratamiento, Recuento bajo de células sanguíneas. Sus niveles de glóbulos blancos y rojos y de plaquetas pueden disminuir temporalmente. Esto puede hacer que corra un riesgo mayor de padecer una infección, anemia y/o hemorragias, Fiebre, Problemas del hígado.
- 7) **Rebif-** ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de su cara, labios, lengua, o garganta, fiebre, escalofríos, dolor del cuerpo, dolor de pecho, síntomas de la influenza, moretones o sangrado con facilidad, debilidad inusual, dolor severo, moretones, hinchazón o cambios en la piel donde se administró la inyección, cambios en su visión, sentirse deprimido, con ansiedad, dificultad para dormir, pensamientos de suicidio o de querer hacerse daño, convulsiones, sensación de calor o frío, cambios inexplicables en su peso; o náuseas, dolor en la parte superior del estómago, picazón, pérdida del apetito, orina oscura, heces fecales de color arcilla, ictericia (color amarillo de la piel u ojos), dolor de estómago, dolor de cabeza, somnolencia<sup>38</sup>
- 8) **Tysabry-** sarpullido, ronchas, picazón; mareo, fiebre; náusea, vómito; sensación de calentura; dolor del pecho, dificultad al respirar; hinchazón de su cara, labios, lengua, o garganta; sentirse mareado o que se desmaya, cambio en su estado mental, problemas con el habla o para caminar, o disminución en la visión (estos síntomas pueden empezar de forma lenta y empeorar rápidamente), náusea, dolor en la parte superior del estómago, picazón, pérdida del apetito, orina oscura, heces fecales de color arcilla, ictericia (color amarillo de la piel u ojos), dolor o quemazón al orinar; tos con moco amarillo o verde, dolor o opresión punzante del pecho, sibilancias, respirar con dificultad; síntomas de la influenza, manchas blancas o llagas dentro de la boca o en sus labios, picazón vaginal o flujo, dolor del diente,

---

<sup>37</sup> <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm304654.htm>

<sup>38</sup> [http://www.drugs.com/mtm\\_esp/rebif.html](http://www.drugs.com/mtm_esp/rebif.html)

dolor de las encías o hinchazón; o empeoramiento de la infección de herpes (herpes labial, ampollas o lesiones en la región genital o del ano), dolor de cabeza, sentirse cansado, dolor muscular o de las articulaciones, dolor de estómago, diarrea, depresión, calambre menstrual doloroso; o síntomas de resfriado como nariz tupida, estornudo, dolor de garganta.

Inclusive algunos de ellos dan advertencias de sus efectos secundarios a nombre del gobierno (FDA) como lo son: Avonex, Betaseron, Copaxone, Gilenya, Rebif y Tysabri. Mientras que el cannabis es una simple planta natural la industria farmacéutica quiere envenenarnos con estos medicamentos. Lidar con estos efectos secundarios se traduce en dinero adicional y tiempo saludable de mi vida para más médicos, análisis, hospitales, pruebas y más medicinas para combatirlos. A mí y a mi familia no les conviene mi condición pero a la industria de la salud, sí.

Un estudio publicado en Mayo de 2012 efectuado por la Escuela de Medicina de San Diego California, demostró que fumar cannabis puede ser un tratamiento eficaz para la espasticidad y el dolor neuropático.<sup>39</sup>

Ni siquiera los efectos sicodélicos de la planta la hacen dañina.<sup>40</sup> De hecho, dichos efectos son comparables a los del alcohol y algunos medicamentos con receta y nadie habla de volverlos ilegales.

En Holanda la legalización de algunas drogas entre ellas la marihuana ha permitido el cierre de 8 cárceles<sup>41</sup> mientras que en Suiza de entre el 50% a 80% de los presos tienen acceso a la marihuana para mantenerlos más tranquilos durante su estadía en la cárcel.<sup>42</sup> Pero, el caso más impactante es el de Portugal donde han sido despenalizadas todas las drogas logrando una baja en la delincuencia y el consumo entre los jóvenes.<sup>43</sup>

De ningún modo es justo que los que vemos en la planta la medicina natural y efectiva para aliviarlos síntomas de nuestras terribles condiciones médicas que haríamos cualquier cosa por no padecerlos y que además

---

39 <http://health.ucsd.edu/news/releases/Pages/2012-05-14-smoked-cannabis-reduces-symptoms-of-multiple-sclerosis.aspx>

40 <http://costaricalegaliza.com/cannabis-a-fondo/marijuana/41-efectos>

41 <http://www.lamarihuana.com/noticias/la-legalizacion-de-algunas-drogas-diezmo-la-criminalidad-en-holanda/>

42 <http://es.growlandia.com/descubren-que-la-marihuana-ayuda-a-mantener-las-carceles-seguras-y-tranquilas-en-suiza/>

43 <http://www.lr21.com.uy/comunidad/1049537-despenalizacion-de-las-drogas-en-portugal-redujo-la-delincuencia-asociada-y-el-consumo-entre-los-mas-jovenes>

somos ciudadanos productivos de nuestra sociedad no podemos elegir el modo de dar alivio a nuestra miseria por: 1)el miedo a ser arrestados como criminales en un punto de drogas y que se dañe nuestro record, 2)que perdamos nuestros empleos, 3)el estigma de marihuana”, 4) o peor aún la posibilidad de ser víctimas inocentes del narcotráfico siendo muertos a tiros productos de las guerras entre los puntos.

Me preocupa que el estado me obligue a usar drogas legales que muchas de ellas provocan los mismos síntomas que padezco exacerbándolos, como lo son la depresión, fatiga, problemas con mi sistema digestivo y urinario, dolores de cabeza, insomnio, infecciones, etc. Aun las drogas legales a base de cannabis como el Marinol y Sativex tienen efectos secundarios. Me preocupa que mi calidad de vida continúe afectándose. Me preocupa que los jóvenes sigan entrando a las cárceles del país tronchando sus vidas por un crimen sin víctima. Me preocupa que atacemos tanto a una inofensiva planta que es medicinal mientras que nadie se queja de como estamos infestados de anuncios de tabaco y alcohol drogas legales y letales, de las cuales si hay evidencias de muertes y adicción.

Pero sobre todo me preocupa que sigamos el estilo del secretario de salud estadounidense en el 1970, y que sigamos tomando decisiones con falta de datos. Debo decir también que me he sentido indignada por las posturas deshumanizadas e insensibles de algunos deponentes que han estado en estas vistas. Entiendo que han llegado a decir que el uso medicinal de la marihuana no se debe permitir porque es sólo un paliativo. Están tan fanatizados o tan financieramente interesados, que son capaces de pararse aquí y asumir una postura tan cruel y tan salvaje, como la de negarle a gente como yo un remedio meramente porque sus grandes virtudes son paliativas. Obviamente el dolor que padezco lo desconocen ellos, no lo sienten ellos. Qué atrevida es la ignorancia; y que fea es cuando persiste por no quitarse la venda de los ojos o el ánimo de lucro del alma. Señores, eso es traición a la Patria.

Para concluir, expreso mi apoyo condicionado al PC 1362, pero el mismo tiene que ser enmendado. En primer lugar, este proyecto no puede contradecir al PS 517 como en efecto lo hace, estableciendo penas crueles, injustificadas y retrogradadas que, de hecho, se apartan de los motivos de este proyecto que pretende combatir el narcotráfico desde la perspectiva sabia del Juez Toruella, la de la legalización. Lo que sí debe hacer el PC 1362 es complementar el PS 517 y mantener su brillante sencillez, atendiendo sus deficiencias. Específicamente, el PC 1362 hace 3 grandes aportaciones y complementos al PS 517. Éstos son proponer el autocultivo, proponer un sistema de venta y asegurar que los médicos pueden trabajar con la marihuana sin miedo a que los persigan criminalmente. Ahora bien, todo el sistema que propone el PC 1362 es una burocracia innecesaria, reflejo de los tabúes que a pesar de todo, todavía permean este proyecto de ley.

Sencillamente, la marihuana hay que tratarla como la aspirina. ¿Por qué hay que estar carpeteando a médicos y a pacientes que usen la marihuana, o meter presos a ciudadanos que escojan usarla responsablemente aunque no sea con fines medicinales? ¿Acaso se carpetea a los usuarios y a los que recetan los venenos que antes mencioné cuando listé los efectos secundarios de los medicamentos que el Estado pretende que yo consuma? Es hora de arrebatarse la marihuana a la violencia del narcotráfico, es hora de reglamentar el mercado, es hora de respetar el derecho que tengo a decidir sobre mi cuerpo.

Aunque felicito y extiendo mi más sincero agradecimiento a todos los legisladores y legisladoras que se han atrevido a tocar este tema tan maltratado, tengo que decir que todavía el miedo se refleja en la calidad del PC 1362. Puerto Rico está más que listo para hablar de este tema, ya eso se vio en las vistas del PS 517. Sin miedo, dejemos los cuentos del Cuco a un lado, hablemos con ciencia y con conciencia. Reciban todos los que se han atrevido mi más profundo respeto, son ustedes los agentes de cambio. Adelante, caminen indiferentes al chantaje de la ignorancia.

## **21. Dr. Rafael Torruellas - INTERCAMBIOS Puerto Rico**

Buenos días. Me alegro que estemos dándole frente al tema de la medicalización de la Marihuana en Puerto Rico en este foro. ¡Enhorabuena! Para efectos del record, soy el Doctor Rafael A. Torruella, director ejecutivo de **INTERCAMBIOS Puerto Rico** y director de la campaña **Dcscriminalizacion.org**. Soy psicólogo social con especialización en la conducta de usuarios de drogas y tengo vasta experiencia profesional tanto en la isla como en los EE.UU. Realice estudios postdoctorales con el **National Institute of Drug Abuse** (N.I.D.A., parte del National Institutes of Health - N.I.H.) sobre la reubicación de usuarios de drogas de Puerto Rico a los EE.UU. por falta de tratamiento en nuestra isla. Pero más allá de los títulos, me dirijo a ustedes como director de una organización de base comunitaria enfocada en la reducción de danos y la prevención del VIH y la Hepatitis C.

Dirijo el programa de intercambio de jeringuillas de mayor volumen en todo Puerto Rico. Proveemos asistencia a cientos usuarios de drogas inyectables en Fajardo, Luquillo, Loiza, Canovanas y Naguabo. Al mes repartimos más de 15,000 jeringuillas con un índice de efectividad de recogido de jeringuillas usadas de hasta 94%. En un año hemos intercambiado más de 140,000 jeringuillas para así combatir el contagio del VIH en todo Puerto Rico. Con **CERO ayuda del Gobierno de Puerto Rico**, nuestro pequeño equipo de trabajo le provee asistencia a más de 630 usuarios de drogas inyectables anualmente metiéndose en lugares donde muchos lo pensarían tres veces antes de entrar.

Entiendo que mi deber como científico social y como persona que ha dedicado más de 15 años a tanto estudiar cómo trabajar con usuarios de drogas en nuestro querido país y en los EE.UU. mi deber es informar y brindarle a esta comisión claridad sobre el tema de la medicación con la Marihuana. Entiendo que mi contribución comienza en aclarar algunos puntos básicos sobre los riesgos y las hipótesis que ustedes, como comisión necesitan entender para estar claros y poder tomar una decisión informada al momento de deliberar sobre este Proyecto #1362.

Lo primero que esta comisión necesita tener claro es que la tal llamada Guerra Contra las Drogas ha fallado en controlar el consume de sustancias ilícitas. Como ejemplo tenemos que el precio de estas sustancias llamadas ilícitas, incluyendo la que aquí específicamente estamos tomando en consideración, la Marihuana, ha bajado, la calidad ha subido y hoy en día las sustancias ilícitas son más accesibles que en el pasado. Básicamente, el tratar de limitar el flujo de sustancias "ilícitas" para que así los individuos no puedan utilizarlas, para bien o para mal, ha fallado rotundamente. Esto debe de estar claro, pues nuestra sociedad sufre los estragos de esta guerra fallida a diario. Ya se ha demostrado múltiples veces que la Guerra Contra las Drogas es una política pública sin evidencia de su efectividad que justifique los recursos que en el presente se le asignan. En cambio, nosotros en el campo de la salud pública y la reducción de danos, hablamos de minimizar los riesgos y de proveer tratamiento basado en la ciencia para aquellos/as con verdaderos problemas de dependencia a sustancias, sean las que sean. Este punto es relevante a este proyecto, pues la medicalización de la Marihuana extraería del campo ilícito a un número de individuos que usan esta droga para fines medicinales y para los cuales los productos médicos disponibles legalmente no son suficientes. Debemos de establecer algunos puntos de partida, en cuanto a la sustancia "ilícita" llamada Marihuana, a la que se le está brindando un énfasis medico en esta comisión, para tener una discusión informada. Esto es necesario para no caer en moralismos que nos llevan a argumentar de manera circular y sin fundamentos científicos.

El primer mito sobre la Marihuana que debemos abordar es la famosa teoría del puente. Esta teoría estipula que el problema de la dependencia a las sustancias ilícitas comienza con la Marihuana, ya que el probar la Marihuana lleva a individuos usar otras drogas más fuertes que conllevan mayores riesgos. Esta teoría fue descartada hace varios años. Y no lo digo yo simplemente porque mi trabajo en la calle con cientos de usuarios así lo comprueba, lo dijo en el 1999 el **Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias** EEUU y recientemente el director de ASSMCA, el Dr. Salvador Santiago en su ponencia ante el senado, nos recordó que el creer en la "Teoría del Puente" es como creer todavía que la Tierra es plana. ¿Porque es que no hay duda entre los científicos sociales y de la salud de que la teoría del puente es cosa del pasado - una teoría descartada - y no es la realidad de nuestro Puerto Rico del 2013? La ciencia nos dice que si existe una relación de correlación

entre la Marihuana y otras sustancias pero no de causalidad. En otras palabras, no hay evidencia científica alguna que la Marihuana lleve a usar otras drogas más fuertes.

Siento decirle a esta comisión de salud que todas aquellas personas que aquí se han sentado y han dado testimonio de que la teoría del puente es evidente y real, pues, les están mintiendo a ustedes por las razones que sean. Yo, como investigador científico y proveedor de servicios directos a la comunidad Puertorriqueña no puedo engañar a esta comisión, pues la ciencia - a la que esta comisión ciertamente tiene el mandate de seguir - dicta lo contrario. Además, la correlación que muchas personas usan erróneamente como explicación de la teoría del puente tiene que ver más con la política de drogas vigente que con los efectos de la sustancia como tal. Esto nos lleva a hacer el punto 16gico de que hay que cambiar las políticas de drogas actuales. Por eso es que el proyecto 1362 es tan importante para Puerto Rico en estos momentos, porque busca una alternativa médica para aquellas personas para quien la Marihuana es un medicamento y no una recreación. Revisemos los números que tenemos sobre la Marihuana y la teoría del puente: En Puerto Rico más de 535,000 personas reportan haber usado Marihuana alguna vez en su vida (AS SMC A, Encuesta de Hogares 2008). Si la teoría del puente fuese cierta, entonces estas personas pasarían a ser usuarios de heroína y cocaína y sabemos que esa no es nuestra realidad de país. El mismo informe que reporta las más de 535,000 personas que han usado Marihuana alguna vez en su vida nos dice que "solo" 45,000 han usado alguna vez en su vida heroína y no necesariamente son las mismas personas. Además, el usar la lógica de la teoría del puente y de la prohibición nos llevaría directamente y por razones de salud meramente a prohibir y castigar con penas carcelarias a los usuarios de alcohol y tabaco, pues estas sustancias también las han usado los usuarios de heroína y cocaína antes de iniciarse en el uso de heroína y cocaína. Ciertamente ya sabemos las nefastas consecuencias que tiene el prohibicionismo gracias al experimento que hizo los EE.UU. en los 1920s con la prohibición del alcohol.

El segundo mito sobre la Marihuana que hay que desmentir con la ciencia para que esta comisión tome una decisión informada es que la Marihuana es altamente adictiva. Sin duda esta comisión ya sabe, por las discusiones que hemos tenido en PR durante el último mes y por las lecturas que deben haber hecho sus miembros sobre el tema de la Marihuana medicinal, que tan solo un 9% de los usuarios de Marihuana desarrollan una dependencia, y esta es una leve y mayormente psicológica. Esto quiere decir que 91% de las personas que fuman Marihuana no tienen problemas con ella. Es decir, que la mayoría de las personas que consumen Marihuana son solo usuarios y no dependientes a ella, por ende no necesitan tratamiento y mucho menos penas carcelarias (como las mencionadas en este proyecto en el Capítulo VII, pagina 47-50). La evidencia de que la Marihuana no es altamente adictiva es tan contundente que los Hogares CREA utilizaron las mismas estadísticas que acabo de mencionar, el

miércoles 2 de octubre, en su ponencia ante esta misma comisión. Otro punto importante sobre el riesgo de la Marihuana y que ya es conocimiento científico y público es que la Marihuana conlleva menos riesgos, tanto individuales como sociales, cuando se compara con el tabaco y el alcohol (Nutt, D., King, L. & Phillips, L. 2010. Drug harms in the U.K.: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, p.1558-1565). Nuevamente, la persona que aquí diga o haya dicho que la Marihuana tiene mayores riesgos de adicción, muerte, riesgo individual o colectivo que el alcohol o el tabaco está simple y sencillamente usando la evidencia de manera selectiva para su finalidad y no la está sopesando de un modo sistemático y científico.

El tercer mito a desmentir sobre la Marihuana es que la aprobación de una ley para permitir su uso medicinal, incrementa el uso no-medicinal de la misma. Este mito también se podría desmentir sobre la descriminalización y a la despenalización de la Marihuana, pero como entiendo claramente que aquí, en esta comisión de salud, lo único que se está discutiendo es la medicalización, me limitare exclusivamente a dicho cambio de ley, a la medicalización como dispuesto en el proyecto 1362. Según el reporte comprensivo de políticas de drogas sobre la Marihuana de la renombrada agencia Drug Policy Alliance publicado en agosto del 2013 y los 78 estudios que en este se referencian enfatizan que "State medical Marijuana laws are not associate with increases in non-medical use of Marijuana" ("Las leyes estatales de medicalización de la Marihuana no están asociadas con incrementos de uso de la Marihuana para uso no medicinal"). Este reporte usa como base artículos como el del prestigioso American Journal of Public Health que concluyo que "adolescents marijuana use has not increased in states with medical Marijuana laws" ("el uso de Marihuana en adolescentes no ha incrementado en estados con leyes para el uso medicinal de Marihuana").

En el estado de California, donde la ley es más permisible que el P. de la C. 1362, y donde la Marihuana medicinal fue aprobada en el 1996, el uso de Marihuana de hecho ha bajado, no subido, para la población en general. Y, específicamente entre los jóvenes de 7mo, 9no y undécimo grado el uso de Marihuana se mantiene más bajo en comparación a cuando se aprobó la ley de uso medicinal en el 1996 (Estudio del Fiscal General de California 2009-10). La ciencia nos dice que el uso de Marihuana entre adolescentes puede bajar si se pasa una ley de uso medicinal de Marihuana. Adicionalmente, un estudio del 2011 declara que de los 13 estados donde había datos disponibles para antes de que pasaran leyes para medicalizar la Marihuana, "diez [estados] reportaron una baja en general [del uso] desde que pasaron leyes de consumo medicinal de la Marihuana. Ningún estado que ha pasado leyes de uso medicinal de la Marihuana ha visto un incremento general significativo en el uso de Marihuana por adolescentes". En cuanto a los otros riesgos, también se ha encontrado que "estados con legislación de Marihuana medicinal no han reportado tener la experiencia de otros efectos negativos en sus leyes, tales como el incremento en crimen o de muertes por accidentes de transito. De

hecho, un estudio reciente encontró que las muertes por accidentes de tránsito aparentan haber disminuido en estados con leyes de Marihuana medicinal, posiblemente porque algunos adultos pueden haber sustituido Marihuana por alcohol, el cual [el alcohol] afecta mucho más los sentidos para la seguridad vehicular y es mucho más probable que se consuma en barras y otros lugares públicos" (Drug Policy Alliance, p.2).

Después de haber leído detenidamente el Proyecto de la Cámara 1362 presentado por los representantes José L. Báez Rivera y Carlos J. Vargas Ferrer visto en esta Comisión de salud, nuestro grupo de trabajo en **INTERCAMBIOS Puerto Rico y Descriminalizacion.org** apoya el proyecto con enmiendas. Apoyamos el proyecto porque entendemos que es uno de avanzada y se une a múltiples países y 18 estados de EE.UU que ya han medicalizado la Marihuana. Entendemos también que este proyecto sería de beneficio no solo para aquellos puertorriqueños y puertorriqueñas que necesitan la Marihuana como alternativa medicinal sino que le permite al país iniciar un proceso de reevaluar las políticas de drogas vigentes que no han dado resultado, en específico la Marihuana.

Sin embargo entendemos que es indispensable enmendar el proyecto para eliminar el carácter punitivo que les aplica a aquellos individuos que no están registrados bajo los parámetros que esta ley propone. En particular nos referimos a la totalidad del capítulo VII titulado "Limitaciones De Esta Ley" encontrado en la página 47 a la 50, el cual dispone entre otras cosas una pena fija de hasta 15 años de cárcel y una multa de al menos 10 mil dólares por poseer cualquier cantidad de Marihuana sin tener una licencia para su uso medicinal. Esto es sinoplemente un ejemplo de como las normas presentadas en este capítulo criminalizan aún más que las leyes vigentes a los usuarios de Marihuana que no lo usen de manera medicinal. Ciertamente esto representa un costo añadido al erario público y penalizaría aún más que en el presente, a los sectores más pobres y marginados de nuestra sociedad. Nuestra sugerencia es que simplemente y sencillamente se estipule penalidades administrativas para los infractores.

Otra enmienda que entendemos necesaria para este proyecto es que se elimine la estipulación que dicta que personas que en el pasado han sido penalizadas por poseer Marihuana no podrán registrarse para recibir Marihuana con fines medicinales. Esto ciertamente es una doble penalización para aquellas personas que esta ley pretende ayudar. Ante esto sugerimos que el record criminal por posesión de Marihuana en el pasado no sea tomado como un elemento de juicio negativo para considerar una solicitud de acceso a Marihuana con fines medicinales o de acompañamiento.

Entendemos que es primordial retener el numeral 13 bajo el inciso (c) en la página 9 para permitir que a medida que la ciencia arroje nuevos usos médicos con evidencia científica se puedan incorporar como condiciones médicas permitidas bajo este proyecto. Por ejemplo, uno de los usos

emergentes de la Marihuana medicinal, con estudios científicos que lo sustentan, es el proveer Marihuana como sustituto a los usuarios de drogas más fuertes como la cocaína. Esto es paralelo a la práctica médica de proveer Metadona o Buprenorfina como sustituto a los usuarios de heroína. Simplemente se sustituye una droga de alto riesgo por una de menor riesgo y manejada por médicos de manera controlada. La práctica médica de proveer Marihuana a usuarios de drogas más fuertes ciertamente sería un beneficio no solo para los usuarios de cocaína en Puerto Rico, sino también para todo el país. El tratamiento con Marihuana para usuarios con problemas de abuso o dependencia a drogas más fuertes se ha visto en países como Colombia, Brasil y Jamaica con resultados positivos. Actualmente se están desarrollando proyectos de investigación que buscan evaluar la efectividad de tratamiento para usuarios de drogas fuertes a través de su sustitución con Marihuana en el Bronx, Bogotá. Es importante que exista el espacio para hacer investigación sobre el uso de Marihuana con fines medicinales en Puerto Rico. Por esta razón sugerimos que se debe enmendar el proyecto para permitir el uso de Marihuana con fines de investigación científica sobre nuevos posibles usos.

Para finalizar, reiteramos nuestro apoyo al P. de la C. 1362 con las enmiendas mencionadas pues la aprobación de la Marihuana medicinal en Puerto Rico extraería del campo ilícito a un gran número de individuos que usan esta droga para fines medicinales y para los cuales los productos médicos disponibles legalmente no son suficientes.

## **22. Fraternidad Pentecostal de Puerto Rico**

La Fraternidad *Pentecostal* de Puerto Rico *es una* entidad que recoge 23 concilios debidamente incorporados con una matrícula activa de sobre 2,600 iglesias y unas 850,000 personas aproximadamente.

Los términos cannabis y marihuana, entre muchos otros hacen referencia a las sustancias psicoactivas que son consumidas de la planta cannabis sativa con fines recreativos, religiosos y medicinales, hoy nos compete discutir el uso medicinal del compuesto psicoactivo predominante en el cannabis THC el cual contiene más de cuatrocientos compuestos químicos diferentes entre ellos al menos sesenta y seis cannabinoides aparte del THC que tienen diferentes efectos en el sistema nervioso de la persona.

Síntomas comparables a la esquizofrenia y la psicosis

Estudios señalan que la marihuana produce síntomas relacionados a la esquizofrenia con episodios visuales y auditivos, estos síntomas por lo general los se dividen en tres categorías.

- Síntomas desorganizados.

- Síntomas negativos.
- Síntomas positivos o "psicóticos".

Incluyen delirios y alucinaciones que ocurren cuando el paciente ha perdido el contacto con la realidad, en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad, en el ámbito vegetativo: insomnio, palpitations, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios, síntomas positivos de la motricidad: comportamiento agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

Por tal motivo y reconociendo que las consecuencias adversas sobrepasan los beneficios de la legalización para la medicación del THC nos oponemos enérgicamente al proyecto 1362 por las razones que exponemos a continuación.

Produce: Delirios,

Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas, el alcance de la realidad se restringe y la persona ve el delirio como su única realidad, aunque los pensamientos son contrarios a toda lógica, los delirios hacen que las personas, creen que otros individuos les están leyendo la mente o están conspirando en su contra; también creen que alguien los está vigilando y amenazando en secreto o que ellos mismos pueden controlar la mente de los demás.

Alucinaciones:

Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo, la persona no está en condiciones de reconocer que lo percibido surge de sus propias vivencias interiores y no está presente en el mundo exterior haciendo que la persona oiga o vea cosas que no están presentes o no existen, estas experiencias pueden ser táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

Los síntomas desorganizados incluyen ideas y habla confusas y comportamiento que no tiene sentido alguno para los demás. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia a veces tienen dificultades para hablar formando oraciones coherentes o no pueden llevar una conversación normal con otras personas. Por lo general se mueven más lentamente de lo normal, repiten ademanes o gestos rítmicos o hacen movimientos poco usuales como caminar en círculos o de un lado a otro. A las personas que tienen síntomas también se les podrá hacer difícil entender objetos, sonidos o sentimientos y emociones diarias.

Los síntomas negativos.

Incluyen embotamiento emocional o falta de expresión, incapacidad de comenzar y terminar actividades, habla breve y aparentemente incoherente y falta de interés y placer en la vida.

Pobreza afectiva.

Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; En comportamiento como expresión facial inmutable la cara permanece helada sin expresión como de madera y mecánica, evitan la mirada, incongruencia afectiva, se ríen cuando se habla de temas serios y su hablar carece de énfasis con un mismo tono.

Alogia.

Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y la cognición y se manifiesta en pobreza de lenguaje espontáneo, con respuestas breves y raramente hay información adicional, pobreza del contenido de lenguaje, el lenguaje es vago, estereotipado y pobre.

Abulia- apatía.

La abulia se manifiesta como la falta de energía, de impulso, la apatía es la falta de interés, a diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y generalmente no está acompañada de tristeza, se manifiesta en la falta de aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, sentimiento de cansancio, lentitud y propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia inconciliable.

Es la dificultad de experimentar interés o placer por las cosas que anteriormente le importaban o por las actividades que normalmente encontraba placenteras, incapacidad para crear relaciones apropiadas para su edad, relaciones con amigos y pares restringidas y hacen poco o ningún esfuerzo para desatollar dichas relaciones.

Problemas cognitivos de la atención.

Problemas de concentración y de atención, se concentran esporádicamente y se distraen en medio de una conversación o actividad, en actividades sociales se notan con la mirada perdida, no pueden sostener el argumento de una conversación porque muestra poco interés en el tema y acaban bruscamente una tarea o conversación.

¿Por qué los efectos adversos?

Los científicos no conocen todavía la forma específica de los efectos, pero estudios de tomografía nuclear demuestran los efectos en el cerebro de una persona bajo los efectos del cannabis donde la persona muestra un lóbulo frontal totalmente apagado o sin actividad cerebral, cabe redundar que la palabra esquizofrenia significa mente dividida.

Consecuencias:

a) paranoia.

Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una sola unidad, es la más frecuente y suele presentarse entre los usuarios siendo la condición que mejor evoluciona a pesar de la condición subyacente de los casos.

b) Estados catatónicos.

A pesar de tener la conciencia despierta el cliente no produce movimiento alguno inclusive cuando el estímulo por dolor intenso es aplicado permaneciendo con su rostro inmóvil e inexpresivo, en casos graves pueden perder las funciones de comer y beber poniendo de esta manera su vida, sin embargo dentro de la persona pueden haber verdaderas batallas emocionales.

c) Hebefrenia.

Predomina un afecto absurdo, no apropiado, se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles y su estado de humor es absurdo, suelen realizar muecas, se manifiestan alucinaciones y delirios aunque estos no delimitantes.

d) Indiferenciada.

Es un tipo de esquizofrenia donde no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la fusión de diferentes síntomas.

e) Residual.

En estos casos debe haber habido un episodio de esquizofrenia anteriormente pero en presente no hay síntomas psicóticos presentes.

Como podemos notar la ciencia ha demostrado como estos efectos del THC que permanece en el cuerpo sin poder ser procesado por varios días, estaría trabajando con la psiquis del paciente bajo los efectos del THC, causando varios o todos los síntomas esquizofrénicos en la persona sin que

podamos identificar cual compuesto activo de todos los que contiene el cannabis o el THC es el agente detonante para la condición. Cumpliendo el viejo dicho popular.

## EL REMEDIO PASO A SER MÁS MALO QUE LA ENFERMEDAD

Existen caminos que al hombre le parecen de bien pero sus consecuencias son de muerte.

### REFERENCIAS:

1. *Special Article - Blured Boundaries: The Therapeutics and Politics of Medical Marijuana, Mayo Foundation for Medical Education and Research*
2. *Mayo Foundation - Marijuana and Cronic Pain*
3. *Mayo Foundation - La Marihuana Medicinal no es solución para el Dolor Crónico, Dr. J. Michael Bostwick.*
4. *Marihuana: 10 Razones para Dejar de Utilizarla o Nunca Iniciar su Uso, Carlos Reyes PhD (INSPIRA)*
5. *Journal of Opioid Management, Original Article, Medicinal Use of Cannabis in the United States*
6. *Review on Clinical Studies with Cannabis and Cannabinoids-2005-2009, Leyden University, Holanda, 2010*
7. *Colorado Department of Public Health and Environment*
8. *UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime 2013*
9. *Marihuana Medicinal, un Poco de Cautela, Dr. Lester Grinspoon, profesor emérito asociado de psiquiatría, Universidad de Medicina, Harvard*
10. *SensiSeeds Spanish Blog - Semillas y Productos*
11. *Industrial Hemp, Normi's Online Network, Marino! vs. Natural Plant*
12. *Pew Research - April 4. 2013*
13. *Office of National Drugs Control Policy, Questions about Marijuana, Marijuana Resource Center*
14. *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (La Marihuana)*

## **23. Padre Carlos Pérez - Fundación por la Familia**

Buenos días, quien les habla es sacerdote católico, residente en Puerto Rico y abogado civil admitido a la práctica de la abogacía por el Tribunal Supremo de Puerto Rico. Aunque no represento oficialmente a la Arquidiócesis de San Juan, todas mis expresiones son consistentes y están en plena comunión con la doctrina moral de la Iglesia Católica. Esa consistencia y comunión doctrinal es una exigencia de mi condición de sacerdote católico, ya que mi ministerio eclesial tiene un carácter público y jerárquica.

Estimados Representantes, el fenómeno de la droga en general y de la marihuana en particular ha despertado el interés y la preocupación de la Iglesia Católica a lo largo de las últimas décadas<sup>44</sup>. Ella, que es *experta en humanidad*, quiere ofrecer a las autoridades públicas la riqueza de su perspectiva creyente y la seriedad de su experiencia secular. Es elocuente el testimonio de tantas Iglesias Cristianas que se esmeran generosamente en la atención de las personas dependientes a las drogas para librarlas de esas cadenas y proponerles el camino de una libertad que se realiza plenamente en auto dirigirse al bien que seduce.

La Iglesia Católica, y con ella toda la tradición cristiana, ante el problema de la droga en general y de la marihuana en particular, fundamenta sus posturas en varios principios importantes:

1) Primeramente la Iglesia afirma que la distinción falaz entre "drogas blandas" y "drogas fuertes" no está sustentada en una base científica unánime y que toda droga, por su propia naturaleza, incluida ya marihuana, llevan al ser humano a una dependencia deshumanizante.

2) Segundo, que la despenalización supone introducir en la sensibilidad social y en el imaginario colectivo un mensaje erróneo de que las drogas despenalizadas, como la marihuana, no tienen consecuencias devastadoras sobre el ser humano y la sociedad en general.

3) Tercero, que no basta la penalización de la droga para afrontar eficazmente su erradicación, sino que es necesario que se desarrollen medidas positivas de carácter educativo y preventivo que hagan descubrir la belleza del bien que una vida sin droga comporta para un ser humano digno.

4) El Catecismo de la Iglesia Católica de manera general afirma: *"El uso de la droga inflige muy grave daño a la salud y a la vida humana. Fuera de los casos en que se recurre a ello por prescripciones estrictamente terapéutica es una falta grave"*. Por lo tanto el uso terapéutico de cualquier droga debe estar enmarcado en un sentido de proporcionalidad entre los males que se pueden liberar y los bienes que se podrían alcanzar. Esa proporcionalidad no está presente en este proyecto de ley.

Comienzo afirmando con preocupación que en la Exposición de Motivos se afirma que en Puerto Rico ha fracasado la lucha punitiva contra el uso y trasiego de la droga. Pero esa afirmación es parcialmente cierta ya que el problema del enfoque anterior no era el aspecto punitivo, era que el enfoque anterior partía de la concepción errónea que castigando al delincuente se propiciaba su rehabilitación. En otras palabras, faltó el aspecto más importante en la lucha contra las drogas que era la educación. El hombre no se rehabilita teniendo

---

<sup>44</sup> Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, *Manual de Pastoral: Iglesia, Droga y Taxonomía*, (2002) [ De ahora en adelante. Manual de Pastoral]

miedo al castigo sino descubriendo la belleza del bien que apela a la libertad. Quede claro que la Iglesia es consciente "que la represión por sí sola no basta para frenar el fenómeno de la droga"<sup>45</sup>, pero debemos afirmar que la penalización en Puerto Rico se quedó a mitad, falto el proceso educativo.

Por eso el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud afirma:

Como hemos destacado ya, los efectos neurobiológicos aparentes de un producto no constituyen todas las consecuencias del uso de un producto tóxico sobre la persona y sobre sus relaciones. Es importante descubrir, en la medida de las posibilidades, todas las repercusiones de un comportamiento tóxico y, por tanto, ver a la persona en su totalidad, para ayudarlo a tener una actitud plenamente humana, conforme a su dignidad. No podemos limitarnos a la cuestión de la dependencia física de un producto tóxico, porque las formas de dependencia son múltiples y no están necesariamente vinculadas solo a la fisiología del individuo.

La reflexión debe ser más global, con el fin de proponer a nuestros contemporáneos, especialmente a los jóvenes, un mensaje coherente y sin contusión, para ayudarles a rechazar cualquier práctica tóxica y proponerles una forma de vida conforme al modelo que ellos mismos buscan en lo más íntimo de su ser<sup>46</sup>.

Estimados legisladores, la marihuana es un mal social. Este proyecto no tiene claro el problema de la despenalización de la marihuana. De hecho, la medicalización es para este proyecto de ley el camino para la despenalización de la marihuana. La posibilidad que la despenalización podría enviar un mensaje erróneo a la opinión pública, ya que la gente, sobre todo los más jóvenes, podrán pensar que se despenaliza la marihuana porque es inocua, es decir no daña<sup>47</sup>. ¿Es eso cierto? Es interesante hacer

---

<sup>45</sup>Manual de Pastoral, #58

<sup>46</sup> Manual de Pastoral, #169-170

<sup>47</sup> Otro aspecto de la despenalización es que la fácil accesibilidad a la marihuana que según los estudios aumenta la posibilidad de su uso entre jóvenes. Cf. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, pag. 70: Youths aged 12 to 17 in 2012 who perceived that it was easy to obtain specific illicit drugs were more likely to be past month users of those illicit drugs than were youths who perceived that obtaining specific illicit drugs would be fairly difficult, very difficult, or probably impossible. For example, 17.4 percent of youths who reported that marijuana would be easy to obtain were past month illicit drug users, but only 2.9 percent of those who thought marijuana would be more difficult to obtain were past month users. Similarly, 14.4 percent of youths who reported that marijuana would be easy to obtain were past month marijuana users, but only 1.1 percent of those who thought marijuana would be more difficult to obtain were past month users.

notar que la National Institute on Drug Abuse., que es una entidad federal que se dedica a la investigación y educación sobre las drogas, afirman que el uso de la marihuana puede tener consecuencias negativas sobre un ser humano, entre estas: Deterioro de la memoria a corto plazo, deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas, deterioro de la coordinación y el equilibrio, aumento en el ritmo cardíaco, episodios psicóticos, deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje, deterioro en el sueño, puede llevar a la adicción, aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis, aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles, puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional<sup>48</sup>. Incluso, algunos estudios científicos subrayan el aspecto devastador que la marihuana puede tener sobre jóvenes, poniendo en peligro su desarrollo educativo y psicológico<sup>49</sup>. Otros estudios afirman que la marihuana llevaría a la dependencia<sup>50</sup>. También se ha afirmado científicamente que el uso de la marihuana podría ser el puente para otras drogas más fuerte<sup>51</sup>.

Por otro lado, quiero afirmar que existen países que aunque han liberalizado el uso de la marihuana han entendido que la marihuana con un 15% de THC es una droga fuerte con alto riesgo para la salud y el bienestar público<sup>52</sup>. De hecho, estudios recientes demuestran que la marihuana está

---

48NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSES, Marijuana Abuse, 5

49Cf. Madeline H. Meiera,b,l, Avshalom Caspia,b,c,d,e, Antony Amblere.f, HonaLee Harringtonb,c,d, Renate outsb,c,d, Richard S. E. Reefed, Kay McDonaldf, Aimee Wardf, Richie Poultonf, and Terrie E. Moffittab,c,d,e, "Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife", [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1206820109](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1206820109) PNAS Early Edition | 1 of 8 Por eso ellos afirman: "Findings are suggestive of a neurotoxic effect of cannabis on the adolescent brain and highlight the importance of prevention and policy efforts targeting adolescents". Cf. James C. Anthony, Lynn A. Warner, and Ronald C. Kessler, "Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey", *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1994. Vol. 2, No. 3, 244-268

50Cf. Raul Gonzalez and James M. Swansonb, "Long-term effects of adolescent-onset and persistent use of cannabis", [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1214124109](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1214124109)

51Cf. Michael T. Laynskey, et alia, "Escalation of drug in early-onset cannabis users vs Co- twin controls", <http://jama.jamanetwork.com/on> 09/16/2013.

52Cf. Government of the Netherlands, Strong cannabis becomes hard drug, Press release | 11-10-2011: On a proposal of Ms Schippers, the Minister of Health, Welfare and Sport, and Mr Opstelten, the Minister of Security and Justice, the Council of Ministers has determined the Cabinet's reaction on the report "Listed drugs" of the expert committee on listing systems for the Opium Act (the Garretsen committee). The Cabinet's reaction states that the system of the Opium Act, which applies two lists (list I containing hard drugs and list II containing soft drugs), will remain unchanged. One of the most striking recommendations of the committee is to make a distinction between cannabis with a low THC content and cannabis with a high THC content. The Cabinet has taken over that advice. Strong cannabis (with a THC content of 15 per cent or more) will be placed on list I of the Opium Act and will become a hard drug as a consequence. The Cabinet wants to indicate that strong cannabis is regarded as a drug with an unacceptable risk. A high THC content plays a role in the increased health risks, especially when the drug is used at a young age. The consumption and production of strong cannabis must be reduced; By virtue of a new governmental decree (algemene maatregel van bestuur) coffeeshops will be allowed to offer cannabis with a THC content of 15 per cent at the most. The trade in and import and export of strong cannabis will be punished more severely. The Cabinet has also taken over the committee's proposal to set up a hotline for monitoring new drugs. This hotline must provide an overview of the use and prevalence of new, mostly synthetic drugs. The hotline will be managed by the Drugs Information and Monitoring System forming part of the Trimbos Institute,

teniendo altas concentraciones de THC que supone un alto riesgo para la seguridad pública<sup>53</sup>. Es lamentable que en esta propuesta de despenalización no hayamos nada que afronte los peligros que esa alta concentración supone para la salud pública.

A este respecto, es interesante un estudio de la Comunidad Europea del 2012 sobre el problema de la droga en esos países podía concluir lo siguiente:

A range of acute and chronic health problems associated with cannabis use have been identified. Acute adverse effects include nausea, impaired coordination and performance, anxiety, and psychotic symptoms, which may be more commonly reported by first-term users. Observational epidemiology studies showed that cannabis consumption by drivers also increases the risk of being involved in a motor vehicle collision (Abridge et al., 2012).

Chronic effects of cannabis use include dependence and respiratory diseases. Regular cannabis use in adolescence might adversely affect mental health in young adults, with evidence of an increased risk of psychotic symptoms and disorders that increase with frequency and quantity of use (Hall and Degenhardt, 2009)<sup>54</sup>.

Queridos Legisladores, como han escuchado en la cita anterior, otras comunidades son conscientes de los peligros de la marihuana y sus consecuencias negativas no solo sobre las personas individuales sino sobre el bien común, por eso pregunto: ¿Este proyecto de ley manifiesta una clara conciencia de todos estos problemas que otros países están confrontando? ¿O es más bien este proyecto una solución simplista a un problema complejo?

En Puerto Rico se ha afirmado que la experiencia de otros países nos enseña que la despenalización de la marihuana ha llevado un decrecimiento en la criminalidad organizada en torno a la droga, incluso se habla de un descenso de la drogadicción en la población general. ¿Eso es cierto? Voy a presentar un ejemplo muy utilizado en el debate público sobre este tema, me refiero al ejemplo de Holanda. Holanda ha sido uno de los países que ha desarrollado una política de tolerancia con respecto al uso de la marihuana. Se ha creado el

<http://www.government.nl/documents-and-publications/press-releases/2011/10/07/strong-cannabis-becomes-hard-drug.html>

<sup>53</sup>Cf. Zlatko Mehmedic; Suman Chandra; Desmond Slade; Heather Denham, Susan Foster, Amit S. Patel, Samir A. Oss,; Ikhlas A. Khan,; and Mahmoud A. ElSohly, "Potency Trends of D9-THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008", Journal of Forensic Sciences, September 2010 Vol.55, No. 5 1209-1217

<sup>54</sup>EUROPEAN MONITORING FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, The State of the Drugs problem in Europe, 46

mito que en ese país han habido un decrecer de las drogadicción. Permítanme citar el informe del Chair of the Committee on Drugs Policy, Professor Wim BHJ van de Donk, al Ministro de Salud, Bienestar y Deporte:

Young people must be kept further away from drugs (and alcohol than is currently the case. More and more scientific studies have found that young people under the age of 18 are particularly at risk. Scientists highlight the risks to their developing brains, for example. Regular, 'problematic use of drugs, which is particularly prevalent among disadvantaged groups (and is often associated with truancy and other issues) not only poses a threat to their health, but also damages their prospects in society.

Coffee shops and drug use have become far too “normalized”, which was never the intention. A more restrictive approach is therefore urgently needed.

We need to take the disruption to society and threat to social integrity from organized drug-related crime very seriously, and tackle it more intelligently and rigorously than has hitherto been the case. We must not focus exclusively on large-scale cannabis production, for example, but on the most professional criminal gangs operating in all kinds of illegal markets<sup>55</sup>.

Claramente, Holanda no es el paraíso terrenal donde la despenalización de la marihuana ha llevado a una ausencia del uso de otras drogas han querido presentar.

Por otro lado es preciso recordar que aunque el Departamento de Justicia Federal ha tomado la decisión de no perseguir legalmente a los individuos que usen la marihuana para consumo personal, en los estados y territorios donde ha sido despenalizada o legalizada el uso de la marihuana por distintas razones, ellos han sido claro que se reservan el derecho de intervenir si no se cumplen con protocolos, medidas y procedimientos para afrontar los peligros que el uso de la marihuana puede comportar para la seguridad y el bienestar del país. ¿Cuales son esas inquietudes?

- the distribution of marijuana to minors;
- revenue from the sale of marijuana from going to criminal enterprises, gangs and cartels;
  - the diversion of marijuana from states where it is legal under state law in some form to

---

<sup>55</sup> Professor Win B.H.J. Van de Dunk, *Tackle drug use among youngsters more rigorously*, 2 July 2009, <http://english.minvws.nl/en/nieuwsberichten/vgp/2009/Tackle-drug-use-among-youngsters-more-rigorously.asp>

- other states;
- state-authorized marijuana activity from being used as a cover or pretext for the trafficking of other illegal drugs or other illegal activity;
- violence and the use of firearms in the cultivation and distribution of marijuana
  - drugged driving and the exacerbation of other adverse public health consequences associated with marijuana use;
  - growing of marijuana on public lands and the attendant public safety and environmental dangers posed by marijuana production on public lands;
- Preventing marijuana possession or use on federal property<sup>56</sup>.

Este proyecto de ley no afronta ninguno de esos problemas, solo deja inquietudes y problemas. ¿Como se va acceder a la droga? Como se va evitar que el crimen organizado se meta ya que es legal su consumo? ¿Como se va proteger la seguridad en lugares sensibles al bienestar del país?. ¿Como son las vías públicas o la seguridad de nuestros niños? Nuestro país va tener a las autoridades federales como *una Espada de Damocles*, y lo terrible de la espada de Damocles no es que pueda caer sino que esta ahí.

Estimados legisladores, soy consciente que algunos legisladores han afirmado públicamente que han usado la marihuana y que esta no fue la puerta a drogas más fuertes. Recordemos que las circunstancias de las personas son distintas de uno a otro, y que por lo tanto pueden existir personas que el uso de la marihuana, unidos a otros factores de riesgo individuales, la convertiría, a la marihuana, en la puerta a otras drogas más fuertes. Por eso es interesante el testimonio de los Hogares Crea sobre la despenalización de la marihuana. Recordemos que ellos tienen una experiencia de más de cuarenta años bregando con adictos a drogas. Ellos afirman de manera categorica que el 99% de sus clientes han comenzado su carrera de drogadicción comenzando con la marihuana.

### **Uso medicinal de la marihuana**

Teniendo en cuenta todos esos problemas colaterales de la despenalización de la marihuana en general podemos ahora entender que debemos ser responsables y prudentes a la hora de meternos por el camino de la medicalización de la marihuana. Por eso, el Psiquiatra Carlos Augusto Caban que es el presidente y Directo Medico de la Clínica Interdisciplinaria de Psiquiatría Avanzada y en representación de la Sociedad Puertorriqueña de Psiquiatría podía afirmar categóricamente:

La Marihuana es una droga devastadora, Su medicalización y peor aún, su legalización, seria nefasta para el país, aun peor para nuestros jóvenes [...] El uso medicinal en lugares como California, Colorado, Portugal entre otros, ha arrojado resultados negativos y en detrimento especialmente para los jóvenes [...] Los estudios no evidencian que la medicalización ha contribuido en gran escala a los pacientes de posible uso<sup>57</sup>

Tomando en cuenta lo anterior nos preguntamos si unidos a esos problemas de salud, criminalidad puede y podría encontrarse algún uso medicinal de la marihuana? Recordemos que la FDA solo ha aprobado dos medicamentos, Marinol and Cesamet, para uso terapéutico. En Estados Unidos. Su uso está circunscrito para enfermos de Sida en el problema de la apetencia y para las nausea asociado a la quimioterapia. Por eso la medicalización de la marihuana plantea varias inquietudes:

En primer lugar, no ha habido suficientes estudios científicos que demuestre que los beneficios de la marihuana son mayores que sus riesgos en los pacientes cuyos síntomas se quieren tratar es interesante notar que la FDA requiere estudios cuidadosamente realizados en un gran número de pacientes (de cientos a miles) para evaluar con precisión los beneficios y los riesgos de un medicamento potencial. Por eso ellos concluyen:

A past evaluation by several Department of Health and Human Services (HHS) agencies, including the Food and Drug Administration (FDA), Substance Abuse And Mental Health Services Administration (SAMHSA) and National Institute for Drug Abuse (NIDA) concluded that no sound scientific studies supported medical use of marijuana for treatment in the United States, and no animal or human data supported the safety or efficacy of marijuana for general medical use. There are alternative FDA-approved medications in existence for treatment of many of the proposed uses of smoked marijuana<sup>58</sup>.

En segundo lugar, considero que para ser considerado un medicamento adecuado, una sustancia debe tener ingredientes bien definidos y que se puedan medir, de tal manera que las dosis unitarias (por ejemplo pastillas aerosol o inyecciones) sean las dosis adecuadas para la enfermedad que se intenta afrontar. Y es preocupante que esa dosis adecuada ,el proyecto pretende que

---

57

Ponencia ante el Senado de Puerto Rico del 17 de septiembre de 2013.

58

FDA, Inter-Agency Advisory Regarding Claims That Smoked Marijuana Is a Medicine, Statement April 20, 2006 Cf Potential Merits of Cannabinoids for Medical Uses Statement of Robert J. Meyer, M.D. Director Office of Drug Evaluation II Center for Drug Evaluation and Research Food and Drug Administration U.S. Department of Health and Human Services before the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy, and Human Resources House Committee on Government Reform April 1, 2004.

el Departamento de Salud en 180 días, le pueda dar criterios claros sobre cada enfermedad. Todo eso sin estudios previos, claros y precisos que ayuden a los médicos a la hora de recetar este medicamento altamente toxico con efectos colaterales serios.

Ademas existe una especie de ambigüedad en la ley al presentar la posibilidad de que otras condiciones puedan ser medicadas sin especificacion<sup>59</sup>. Incluso la cantidad posible podría ser de 10 onzas que son sobre 283 gramos. La ley del senado hablaba de 1 onza 27 gramos que son alrededor de 60 cigarrillos de marihuana, se puede imaginar lo que supondría 283 casi sobre 10,000 cigarrillos en 2 meses. Por lo tanto no hay claridad y criterios de salubridad en este proyecto de ley. Otras jurisdicciones se han tenido que enfrentar con las ambigüedades propias de un proyecto de ley como este<sup>60</sup>.

Además del THC, la planta de la marihuana contiene más de 400 compuestos químicos, incluyendo otros cannabinoides que pueden ser biologicamente activos y varian de una planta a otra. Esto hace que sea difícil considerar su uso como un medicamento a pesar de que algunos de los ingredientes específicos de la marihuana pueden ofrecer beneficios. De hecho, la NIDA<sup>61</sup> ha afirmado que no hay diferencia entre la marihuana de la calle y la marihuana medicada. De hecho, como pudimos ver anteriormente, el THC es uno de los componentes más devastadores de la marihuana y. aunque en la Pag. 16 del Proyecto afirma que el Departamento de Salud velara por los porcentos de THC ¿Cómo podrán cumplir con el estándar de medición del potencial del THC en los casos en las semillas, ¿tendremos la capacidad técnica para hacerlo?

Por último, la marihuana tiene ciertos efectos adversos para la salud que también deben tomarse en cuenta. Debido a que normalmente se fuma, la marihuana puede causar o empeorar síntomas respiratorios (por ejemplo, la bronquitis o la tos crónica). También disminuye la memoria a corto plazo y la coordinación motora; retrasa el tiempo de reacción; altera el estado de ánimo, el juicio y la toma de decisiones; y en algunas personas puede causar ansiedad severa (paranoia) o psicosis (perdida de contacto con la realidad).

De hecho, dice la NIHA que alrededor de 4.5 millones de personas en los Estados Unidos cumplen con los criterios clínicos requeridos para un diagnóstico de abuso o dependencia de la marihuana.

---

59

Pag. 9

60

Gerald Caplan, Medical Marijuana: A Study of Unintended Consequences, McGeorge Law Review; Jan2012, Vol. 43 Issue 1, p127

61

La misión del NIDA es la de liderar a los Estados Unidos en incorporar el poder de la ciencia para combatir el abuso y la adicción a las drogas

Es interesante que, en enero de 2013, la Corte de Apelación federal para el distrito de Columbia afirmó que el criterio evaluador de la no autorización del uso de la marihuana para otras enfermedades no aprobadas por la FDA es un acto razonable y prudencial que no adolece de arbitrariedad. Incluso citando las mismas conclusiones de la FDA nos hace entender que la literatura a favor del uso de la Marihuana para propósitos medicinales no tienen “the minimal assurance of quality, and that the public conception of peer review as stamp of authentication is far from the truth”<sup>62</sup>

¿Que nosotros proponemos ante el problema del uso de la marihuana incluso medicinal?

Primero, es preciso acercarse al uso de la marihuana con el convencimiento social que es un problema serio de salubridad y seguridad pública por la capacidad destructiva que esa droga tiene sobre la dignidad humana.

Segundo, debemos ser conscientes que no existe un derecho a drogarse. La reivindicación de la libertad de drogarse sin restricciones y sentido ético promueve una conducta descontrolada e irresponsable que nos dejara a todos en sociedad, sobre todo a los más vulnerables que son los niños, bajo la tiranía inaceptable del capricho de algunos. Pensemos en las cuestiones de seguridad pública que yo he planteado. Por eso la Santa Sede recuerda que:

La persona y su conducta individual no pueden ser los únicos criterios éticos y sociales de las decisiones morales o legislativas; las personas no pueden reivindicar una legislación que responda a un mero deseo individual de libertad, lo cual constituiría un incentivo a encerrarse en el egoísmo y un rechazo de las relaciones humanas<sup>63</sup>.

Tercero, debemos recordar que ante el fenómeno de la droga, el Estado no puede renunciar a la responsabilidad de proteger a sus ciudadanos. Por eso, entre los medios disponibles están los medios coercitivos. Sin duda simplemente penalizar el consumo de la droga demuestra que es ineficaz para liberar a la ciudadanía de ese flagelo. Si tenemos claro como meta social rehabilitar a los que la usan podríamos pensar en el uso de medidas de naturaleza administrativa como multas.

Insisto que es importante enviar un mensaje claro que existen conductas irresponsables que tiene consecuencias, y solo se puede enviar ese mensaje a través de penas de cárcel o administrativas como son las multas. De hecho la

---

62

United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit. AMERICANS FOR SAFE ACCESS, ET AL., Petitioners, v. DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION, Respondent, CARL ERIC OLSEN, Intervenor. No. 11-1265. Argued October 16, 2012. Decided January 22, 2013. Pag.26

63

misma ley actual prevé el desvío no penal de la libertad bajo prueba para afrontar la rehabilitación de la persona. Curiosamente este proyecto usa medidas represivas mas fuertes, renunciando al consenso general que se busquen medidas coercitivas tipo administrativo En el Capitulo VII sección 7.2 se llega a poner las penas hasta 15 años con agravantes, más graves que las penas actuales de la Ley de Substancias Controladas.

Cuarto, no podemos quedarnos en el camino superficial de las consecuencias penales o administrativas. Debemos desarrollar medidas preventivas de carácter educativo en la que se informe y eduque a todos en sociedad de las ventajas de vivir libre de la marihuana. Por eso un estudio científico afirma que cuando los jóvenes perciben los riesgos, o la desaprobación de los padres en el uso de las drogas y la poca accesibilidad a las drogas les lleva a ellos a alejarse de ese flagelo humano. En desarrollar proyectos educativos las Iglesia y organizaciones como los Hogares Crea podríamos contribuir grandemente.

Quinto, sobre el uso medicinal de la marihuana, creo que como país debemos estar en una expectativa responsable esperando que la comunidad científica y las Agencias Reguladoras Federales puedan encontrar el consenso necesario para un uso adecuado de la marihuana como medicina. Eso es debido que como país no hemos desarrollado, a nivel público, una agencia que pueda encargarse de analizar con seriedad científica el alcance del uso medicinal de la marihuana, Por eso, la prudencia política nos exige trabajar con aquellas agencias federales que durante décadas han desarrollado unos protocolos adecuados y un *expertise* responsable para afrontar responsablemente el uso medicinal de la Marihuana. Para eso no hace falta legislación específica sino que el Departamento de Salud puede realizar legalmente esos acercamientos.

Gracias y que Dios me los bendiga.

## **24. Concilio de Iglesias de Puerto Rico**

### **I. Saludo**

Las ocho denominaciones cristianas de tradicion catolico-reformada, protestante y evangelica que componen el Concilio de Iglesias de Puerto Rico (CIPR) saludan a esta Honorable Comision de Salud de la Camara de Representantes, especialmente a su Presidenta, Honorable Lydia Mendez, deseando las mas ricas bendiciones para sus vidas y labores aqui en la Casa de las Leyes de Puerto Rico. Somos una entidad ecumenica mas que centenaria al servicio de Dios y de nuestro projimo en este pais que tanto amamos. Reciban

un saludo del Presidente del Concilio, Obispo Rafael Moreno Rivas, de su Junta de Directores y de este servidor.

## II. Introducción

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes ha tenido la deferencia en invitarnos a exponer nuestra Ponencia en torno a la Proyecto de la Cámara Núm. 1362.

Parte de la Exposición de Motivos de este proyecto señala su principal objetivo:

Esta reclasificación permitiría el uso controlado de la marihuana para propósitos medicinales pero a la misma vez mantendría los controles necesarios para evitar el abuso de esta sustancia debido a su historial como una sustancia completamente ilegal. Utilizando los controles ya establecidos en la Ley de Sustancias Controladas, el procedimiento de legitimar la producción y el uso de la marihuana para propósitos medicinal será efectivo y eficiente. Si queremos que en el ámbito social y económico la medicalización de la marihuana tenga algún efecto para mitigar el daño que causa el trasiego ilegal de las drogas, es necesario legalizar tanto el uso como la producción de este medicamento para razones medicinales exclusivamente. El sistema de dispensarios que establecemos mediante esta Ley ha sido organizado siguiendo el ejemplo de los mas de 18 estados de los Estados Unidos que han establecido sistemas de dispensarios y cultivos similares para la medicalización de esta sustancia en sus respectivas jurisdicciones.

## III. Aspectos medulares en la consideración de este Proyecto

### 1. Fundamentos para la expresión del CIPR

Desde su nacimiento y vida en Cristo, la Iglesia es constituida por Dios en una comunidad apostólica de esperanza, de transformación social, de fraternidad humana, y de solidaridad en todos los tiempos y para todas las naciones. Así, las iglesias protestantes, evangélicas y católico-reformadas se convierten por iniciativa divina en un espacio de afirmación de la dignidad y del valor de cada persona y de socialización comunitaria de las luchas y vivencias humanas. Como puntos de encuentro para la proclamación del Evangelio y el fomento comunal de la esperanza, la sanidad integral, la alianza familiar y la solidaridad vecinal y nacional, las iglesias protestantes, evangélicas y católico-reformadas crecen vertiginosamente en el país, sobre todo en los sectores mas pobres y marginados, por varias razones:

- a. Su predica no se circunscribe a la oficialidad, sino que responde a la necesidad y apela a la coherencia entre lo discursivo-teórico de la

- Palabra y su practica cotidiana, dinamizada por el Espíritu de Dios.
- b. Hace visible al ser humano como actor de un proyecto de vida plena en Cristo en las distintas esferas y dimensiones de la sociedad en que vive.
  - c. Vincula al sujeto a una comunidad de iguales: niñas, niños, jóvenes y adultos (mujeres y hombres) creados todos/as a imagen y semejanza de Dios.
  - d. Posibilita la apropiación comunitaria de la Visión del Reino de Dios, aquí y ahora, mediante la participación en los servicios de adoración y otros actos litúrgicos, así como en el estudio y la meditación de la Sagradas Escrituras, otras disciplinas de la devoción, el ayuno, la oración y la piedad.
  - e. Contribuye a la formación integral y la espiritualidad del pueblo<sup>64</sup>.

Para quien profesa la fe en Cristo desde un entendido protestante, evangélico o católico-reformado, la evangelización y la conversión implican un encuentro genuino con Dios y una transformación del ser y de la conciencia a partir de dicho encuentro y de su realidad cotidiana en la Iglesia, el cuerpo místico de Cristo. Este proceso de concienciación nos permite entender la relación intrínseca que existe entre las iglesias protestantes, evangélicas y católico-reformadas con las comunidades pobres, marginadas y desposeídas para, de alguna manera, superar ese estado de postración e indigencia estructural a otro que valore su condición de personas hechas a imagen y semejanza de Dios.

A partir de su practica, podemos entender que la Iglesia mira al ser humano como un ser integral y, a su vez, como parte constituyente e insustituible de una comunidad—con identidad, con presencia, y con voz. En su discurso, la Iglesia intenta dignificar al ser, en su practica, lo humaniza. Desde sus principios, estimula una practica de responsabilidad ciudadana, consigo mismo, con el otro, con su entorno<sup>65</sup>.

No cabe duda que el narcotráfico y la drogadicción se erigen en nuestra sociedad como un problema social que hay que atender de forma urgente. Puerto Rico exhibe una tasa de asesinatos que ronda las 26 muertes violentas por cada 100,000 habitantes, una de las mas altas del mundo<sup>66</sup>. El año 2012 termino con 1,004 asesinatos, con el siniestro record de ser el segundo año mas violento de nuestra historia. El mas violento lo fue el año 2011, con 1,136. Desde el 1993, en Puerto Rico, han asesinado a 16,478 personas. Indica el periodista Cortes Chico que esto "es como si ,casi la población

---

64

Comisión de Teología del CUM. (2000) Iglesia y Pobreza en América Latina. Documentos de reflexión para la Consulta de Misión y la Cuarta Asamblea del CLAI. Quito, Ediciones CLAI, p. 28.

65

Ibíd.

66

Cortes Chico, Ricardo. Una Isla saturada de criminalidad. El Nuevo Día, edición del 26 de noviembre de 2012. <http://www.elnuevodia.com/unaislasaturadadecriminalidad-1393770.html>

completa de un pueblo pequeño como Rincón, Florida, Jayuya o Ceiba fuera asesinada en un periodo de 20 años.”<sup>67</sup> De acuerdo con el Profesor de Criminología José Raúl Cepeda, ese año presento tendencias muy similares al 2010, cuando ya se daba por descontrolada la violencia, especialmente en lo que respecta a las guerras por el control de los puntos de drogas. Así las cosas, para el año 2007 se estimo que el 80% de los delitos cometidos estaban asociados al trasiego de drogas. Entre los crímenes reportados están el robo, apropiaciones ilegales y la agresión agravada, entre otros.<sup>68</sup> También sabemos que el uso y abuso de sustancias ilegales también se relaciona con otras esferas de nuestra vida familiar y comunitaria. Las drogas impactan la vida familiar generando violencia al seno de estas, dificultan el desarrollo de la niñez y la juventud, lanzan a miles de puertorriqueños a la vida sin hogar, crean problemas de salud y fisiológico y neurológico así como otras condiciones infecciosas como lo son la hepatitis C, la hepatitis B y el VIH/SIDA.<sup>69</sup>

Las estrategias para la intervención para atender el problema de la drogadicción han enfocado, por un lado, la prohibición y criminalización del uso de sustancias ilegales y, por el otro, la prevención. En cuanto a la prohibición, durante el año fiscal 2007-2008 el gobierno invirtió mas de 3 mil millones de dólares en estas estrategias de control sin alcanzar resultados satisfactorios. La política publica punitiva fue responsable de generar una tasa de alrededor de 356 arrestos por cada 100,000 habitantes. Asimismo, en el aspecto de la prevención se han creado programas tales como las llamadas Escuelas Libres de Drogas, cambios curriculares en las escuelas y centros de estudio, programas dirigidos a impactar comunidades y el tratamiento de adicciones. Lo absurdo de esta situación es que, de un presupuesto de 3,300 millones de dólares para atender el problema de sustancias controladas, el 97% fue dedicado al Sistema de Justicia Criminal (policía, tribunales, y otros componentes) mientras que solo un 3% del mismo se asigno a ASSMCA para propósitos de tratamiento. Conforme al citado estudio que realizara la Iglesia Metodista de Puerto Rico, “se desprende con claridad, que sanar al necesitado y al desvalido, especialmente de forma integral, no ha sido el principal propósito que se ha seguido para enfrentar el problema de la drogadicción en Puerto Rico”.

## 2. Position del CIPR en torno a la medicalización de la droga

Desde hace mas de veinte años, el CIPR, antes Concilio Evangélico de Puerto Rico (CEPR), viene planteando la necesidad de que el tratamiento hacia la

---

67

Id

68

Pereira, Miguel. 2008. Alianzas para Reducir la criminalidad y la reincidencia. Presentación Universidad Católica de Ponce, citada en Iglesia Metodista de Puerto Rico. 2009. Hacia un tratamiento integral de la persona humana asistido con medicamentos. Posición de la Iglesia Metodista de Puerto Rico sobre la Medicación de las Drogas. Comisión Especial para el Estudio de la Medicación de la Droga. pago. 9.

69

Id. págs. 9-10.

drogadicción cambie su enfoque de uno altamente punitivo a uno reparador, salubrista, misericordioso y pertinente a las necesidades de los usuarios. Uno de mis grandes mentores, el Rvdo. Moisés Rosa Ramos, Secretario Ejecutivo del CEPR para el año 1993, decía en un documento oficial del organismo lo siguiente:

"Para nosotros (el Concilio Evangélico), el alcoholismo y la adicción a las drogas deben ser clasificados como enfermedad. Estos son males endémicos de nuestra sociedad.... Es decir, las lesiones que acompañan a estos enfermos son incapacitantes. Además, hay alcohólicos y adictos a drogas que funcionan socialmente. Las conductas derivadas de estas enfermedades son fuente de delitos de todo tipo. Los costos sociales y económicos de ellos superan por mucho el presupuesto dedicado a algunas agencias del Estado. La penalización de estos, y parece que no tenemos consenso para lidiar con el mal, parece ser la única medida de control social para atajar y aislar a las y los victimarios. De camino, toda la sociedad es victimizada ya que huyendo de estos males, vive en creciente temor y encierro, creando la fragmentación permanente entre los diferentes sectores sociales.... Lo que corresponde al delito, debe ser considerado como delito, pero el alcoholismo y la drogadicción no deben ser tratados por medios tradicionales."<sup>70</sup>

En el año 1996, se retoma dicha posición y se reelabora para llamar la atención sobre la calidad de vida de nuestro pueblo y como la criminalidad ha afectado la fibra más profunda de nuestra sociedad: la familia. Allí se dijo que "deseamos ver que los programas gubernamentales y las plataformas de los partidos, destaquen la importancia de la familia para la salud social de nuestro pueblo. Se necesitan programas que hagan énfasis en "aspectos preventivos, no punitivos" para tratar el tema de la criminalidad."<sup>71</sup> En términos similares se manifiestan los y las miembros de nuestras iglesias en un diagnóstico que realizara esta organización en el año 2002 para propósitos de delinear su Misión y Visión. Allí las congregaciones identificaron los problemas más significativos del país y como visualizan las soluciones que se esgrimen para los mismos. Entre ellos se identificó "la economía de las drogas, la cual se considera amenazante para aquellos que quieren eliminar su uso y que tiene una influencia grande en los grandes centros comerciales y compañías de construcción. La poca atención que se le presta a la rehabilitación de adictos, el control y la rehabilitación, elimina las ganancias.

---

70

Concilio Evangélico de Puerto Rico. Informe a las iglesias miembros a febrero del 1993. Actividades, informes, estado de situación y posiciones del año 1992, Fotocopia. pago. 22.

71

"Posición del Concilio Evangélico ante las elecciones del 1996", en CONCILIO: Boletín informativo del Concilio Evangélico de Puerto Rico. Septiembre de 1996 pago. 2.

Ya para el año 2011, el CIPR redacta su documento TIEMPO NUEVO: *Una agenda mínima para la construcción de la Fe y la Esperanza en tiempos de crisis*. En el mismo, el CIPR hizo un llamado a los servidores y servidoras públicos aspirantes a posiciones electivas a aportar en la construcción de una "Agenda Mínima de País", que contenga los siguientes elementos:

1...

2...

3...

4. El reconocimiento al fracaso de las políticas de "Guerra contra las Drogas" así como un abordaje integral al problema de la drogadicción y el narcotráfico que propulse soluciones desde valores salubristas, buscando la medicalización y el control de las adicciones, entre otras alternativas.

Es decir, que el CIPR, y su antecesor CEPR, han sostenido la necesidad de un cambio de ruta a la hora de tratar los asuntos de drogadicción y narcotráfico, planteando la necesidad de atender estos problemas desde una óptica salubrista, específicamente dando énfasis a la medicalización y al control de las adicciones.

Por ello, el CIPR avala, en principio, la política de medicalización que plantea este proyecto de ley. Habiendo dicho esto, pasamos entonces a las observaciones que hacemos al proyecto, que nos llevan a dar un apoyo condicionado al mismo.

### 3. Misericordia sin sacrificios: la medicalización mas allá del sentido punitivo

Aun cuando podamos coincidir en la intención del proyecto y, de ese modo, encontremos loable el esfuerzo que se realiza desde esta Cámara de Representantes, lo cierto es que el proyecto, tal y como esta redactado, presenta unas contradicciones de fondo que muy bien podrían militar en contra de la intención que legítimamente se pueda perseguir con el mismo.

Desde su propia Intención de Motivos, el Proyecto de la Cámara 1362 ya va haciendo unos señalamientos que desembocan en sus contradicciones. Dice una portón de dicha Intención que "[U]tilizando los controles ya establecidos en la Ley de Sustancias Controladas, el procedimiento de legitimar la producción y el uso de la marihuana para propósitos medicinal será efectivo y eficiente.<sup>72</sup> ¿Acaso no son esos llamados "controles ya establecidos" parte del problema y no necesariamente la solución del mismo? Por otro lado, la Sección 7 del mencionado proyecto abre las puertas a un catálogo de sanciones y penas que fluctúan entre los 10 y los 20 años de cárcel y multas que van desde los \$10,000.00 hasta los \$20,000.00 por, entre otras cosas, "el poseer cualquier cantidad de

---

72

Véase P. de la C. 1362, pago. 4.

marihuana, producto que contenga marihuana o algún derivado de marihuana sin tener licencia de uso medicinal o licencia de dispensario, según lo dispuesto en esta ley,<sup>73</sup> o el vender cualquier cantidad de marihuana, producto que contenga marihuana o algún derivado de marihuana sin tener licencia de dispensario de marihuana según lo dispuesto en esta ley.<sup>74</sup> Entonces, aunque pudiéramos coincidir con el necesario abordaje para evitar la comercialización de drogas ilegales en un contexto de medicalización, lo cierto es que el proyecto endurece las penas existentes y refuerza el enfoque punitivo que ha demostrado ser detrimento a la hora de atender el problema de la drogadicción en nuestro país. No queremos imaginar al Estado sumido nuevamente en una "Guerra para las Drogas en tiempo de medicalización", tratando de hacer cumplir las disposiciones de esta ley, erogando fondos que se pueden utilizar para el tratamiento y rehabilitación de adictos/as y sumido en toda una crisis fiscal por el hecho de arrestar a adictos a la marihuana que no hayan entrado por el riel determinado de la "medicalización" que establece este proyecto.

Por otro lado, nos preocupa el que este proyecto faculte a determinadas instrumentalidades gubernamentales a asumir roles nuevos, sin establecer los pasos necesarios para su reestructuración, asignación de fondos y personal así como de equipo necesario para dar fiel cumplimiento con lo estipulado por este Proyecto. Nótese que se trata de agencias tales como el Departamento de Salud, el de Hacienda y el de Justicia, instrumentalidades del gobierno central que han sufrido cambios y hasta reducciones en sus asignaciones presupuestarias. A todo esto, si sumamos toda la nueva penalización de usuarios de drogas, estaríamos manteniendo el mismo círculo vicioso que señala el estudio de la Iglesia Metodista, en el cual se plantea el uso de un 97% para la atención de políticas punitivas *vis a vis* un 3% destinado a la prevención o al tratamiento de las adicciones.

Otro planteamiento que nos preocupa del P. de la C. 1362 es que limita tanto el tratamiento médico en cuestión como el acompañamiento al mismo a personas que no hayan incurrido en "crímenes de depravación moral".<sup>75</sup> Esto implica la negación al tratamiento médico a personas que en el pasado han sufrido los efectos del enfoque punitivo en las políticas de la Guerra contra las Drogas. Entendemos que el fin medicinal que persigue este proyecto debe primar sobre las medidas impositivas de naturaleza penal.

#### 4. Sugerencias para el trámite legislativo subsiguiente

---

73

Véase Sección 7.2 (a) del P. de la C. 1362, pago. 47

74

Id

75

Véase Sección 3.4, pago. 18, a manera de ejemplo.

Entendiendo las situaciones particulares y los riesgos que puede conllevar un proyecto de esta naturaleza, nos permitimos hacer unas sugerencias en el mejor espíritu de adelantar la intención salubrista y medica del mismo.

- i.* Se debe diseñar un Plan Nacional Anti-drogas que establezca claramente los objetivos más amplios de atención a las adicciones, sus remedios y tratamientos, mas allá de la legislación que contemple estrategias tales como la legalización o la medicalización.
- ii.* Se puede comenzar a implantar un Plan de esta naturaleza de forma piloto, acompañado de un estricto proceso de evaluación, para determinar si se debe o no extender el mismo a todo el país.
- iii.* Se debe apoyar una política pública dirigida a aumentar el presupuesto gubernamental de las partidas dedicadas a la prevención y/o atención salubrista a las adicciones, luego de establecerse las prioridades, fruto del Plan Nacional antes descrito.
- iv.* Se debe establecer un amplio proceso de consultas con la sociedad civil, especialmente con aquellas organizaciones que vienen trabajando y planteando conceptos análogos al expresado en este Proyecto de ley, de forma tal que la experiencia permita replantear conceptos y alcances del mismo.
- v.* Se debe revisar el concepto de sanciones y penas contemplado en el proyecto y elaborarse mas bien una serie de multas de índole administrativa o civil, que no impliquen el crear "antecedentes penales" y que no cierren la puerta a la rehabilitación, la medicalización y la atención integral y salubrista a las adicciones. Se trata de un sistema que conduzca al usuario de drogas a la debida atención de su necesidad sin verse condenado penalmente por ella.

Una vez mas, gracias por la oportunidad de contribuir en este proceso, y que el Dios de paz y bien bendiga a nuestra tierra.

## 25. **Fundación Upens, Inc.**

En primer lugar, debemos resaltar que U.P.E.N.S. fue creada en Vega Baja Puerto Rico el 4 de noviembre de 1997. Su propósito principal es reforzar el bienestar social de nuestra comunidad. Su norte es estar al servicio del pueblo para ayudar en la rehabilitación de personas con problemas de adicción a drogas y/o alcohol, tabaco, enfermedades como el VIH/SIDA y otras, como consecuencia de los problemas sociales. Durante los pasados quince años nuestra Fundación ha demostrado tener la capacidad administrativa y la infraestructura necesaria para atender a esta población disminuyendo la cantidad de personas enfermas en nuestra sociedad.

Esta medida debate sobre un tema que afecta la vida del ser humano, en vez de garantizarle su salud y bienestar social. Dicho esto, nos surge la siguiente interrogante:

### **¿Que se pretende hacer al legislar la marihuana para uso medicinal?**

Con esta acción se expone a una población, cuyas características han sido determinadas bajo este proyecto, a crear dependencia de una sustancia controlada que por años se ha probado que conlleva más efectos adversos a la salud que positivos.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés) bajo su revista Serie de Reportes de Investigación, expone claramente los efectos de esta droga sobre las regiones del cerebro pudiendo de esta forma un ser humano bajo sus efectos "experimentar psicosis aguda que incluye alucinaciones, delirio y pérdida del sentido de la identidad personal y autoreconocimiento." (2011) Se indica además, que el uso de la marihuana deteriora la capacidad para crear recuerdos nuevos, desvía la atención, entorpece el equilibrio y la coordinación, entre otras cosas, afectando por lo tanto la capacidad de realizar tareas complicadas, deportes o hasta el conducir.

Condiciones como cáncer, glaucoma, VIH, SIDA, hepatitis C, entre otras como las mencionadas en el Artículo 5 del proyecto de ley bajo consideración, son actualmente tratadas con farmacoterapias aprobadas por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés). Estos tratamientos no solo han sido aprobados sino estudiados y sus efectos secundarios ya son conocidos. Entonces, porque no tratamos estas condiciones con medicamentos potencialmente probados.

Además de lo antes establecido, es de nuestro conocimiento que el compuesto tetrahidrocannabinol (THC) sustituye el neurotransmisor anandamida el cual es producido de forma natural por el cuerpo y el cerebro. Estas sustancias se unen a receptores de cannabinoides y estos receptores a su vez se agrupan en áreas del cerebro que influyen en el placer, la memoria, la coordinación, la concentración, etc. Es por eso que un mal uso de sustancias como la marihuana o sustancias derivadas del cannabis pueden provocar un efecto adverso a nivel neurobiológico. Es de todos conocido que la FDA aún no aprueba la marihuana como uso medicinal ya que "hasta la fecha, la evidencia científica no es suficiente para que la planta de la marihuana obtenga su aprobación".<sup>76</sup>

---

76

National Institute and Drug Abuse. Drug Facts, ¿La marihuana es un medicamento? (2012). Recuperado del Portal: [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov) el 24 de septiembre de 2013.

Bajo esta línea de pensamiento, Fundación U.P.E.N.S. Inc. coincide y expone que la marihuana para uso medicinal no debe ser una alternativa. Por cuanto:

1. No existe evidencia clínica que demuestre que los beneficios de la marihuana superan los riesgos a la salud de los pacientes tratados.
2. Según la FDA un medicamento es legítimo cuando el mismo tiene ingredientes bien definidos y se puede medir de tal forma que las dosis unitarias sean consistentes de una administración a otra, para así permitir a los médicos determinar la dosis y su frecuencia.
3. El THC y la planta de marihuana contienen más de cuatrocientos compuestos químicos además de otros cannabinoides biológicamente activos que varían de una planta a otra. Esto hace difícil considerar su uso como medicamento a pesar de que algunos de los ingredientes específicos de esta planta, puedan bien o no, ofrecer beneficios.<sup>77</sup>

Reconocemos la intención loable que persigue este proyecto. Sin embargo, entendemos no debe ser considerado hasta tanto no exista evidencia sustentable por la FDA donde se presenten claramente la precisión de los beneficios y los riesgos como medicamento potencial.

## **26. Hogares Crea, Inc.**

Evaluada la Exposición de Motivos y las referencias clínicas y estudios que aparentan sustentar el motivo para la radicación de este Proyecto, argumentamos lo siguiente:

Primero: Que tanto los estudios a los que hacen referencia como, investigaciones realizadas por el (NIDA) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas y (MTF) siglas en inglés del Estudio de Observación del Futuro. Este nos dice que “el consumo de drogas y las actitudes relacionadas con estos hábitos, se miden a través de tres categorías o periodos:

1. Uso en la vida
2. Uso en el año anterior
3. Uso en el mes anterior

Este informe muestra que la marihuana continúa siendo la droga ilícita de abuso más frecuente entre los jóvenes adultos entre 18 a 25 años (NSDUH 2011) de 3.1 de millones de personas, 21.4%, o sea, 642,021 jóvenes. Una de las razones principales para el alza en el consumo, es que se

---

77

National Institute and Drug Abuse. Drug Facts, ¿La marihuana es un medicamento? (2012).

piensa que la marihuana, como una droga, es menos peligrosa que antes. ¿Saben ustedes que el consumo repetido de marihuana lleva a la adicción?

NIDA calcula que el 9% de las personas que alguna vez probaron la marihuana se vuelven adictos. 1 de cada 11 personas de 4.3 millones que abusaron de la marihuana, 63% son adolescentes de 12 a 14 años y 69% de 15 a 17 años. Estos ingresaron a tratamiento por el uso de marihuana. Además, consumir marihuana y conducir es sumamente peligroso, ya que afecta el juicio, la atención, la concentración, la coordinación y el tiempo de reacción. Hace difícil juzgar las distancias y reaccionar ante las señales visuales y auditivas. La marihuana es la droga que más se identifica con accidentes fatales (14%) de los conductores.

Promueve el fracaso escolar, tiene efectos negativos sobre la atención, la motivación, la memoria y el aprendizaje y los usuarios de marihuana son más propensos a abandonar la escuela. Los consumidores a largo plazo, tienen una disminución en su nivel de satisfacción, salud mental y física, la memoria, problemas en sus relaciones y menos éxito profesional.

### **Las dosis altas causan psicosis o pánico**

Todas las preparaciones de Cannabis alteran la función mental. Son psicoactivas, todas contienen THC delta 9 y más de 400 sustancias químicas adicionales.

Además, hay quienes la mezclan con la comida, dulces, infusiones, té; se reemplaza con el tabaco haciendo un (blunt o filling). Se remojan con PCP (Clorhidrato de Fenciclidina), se mezclan con crack, cocaína y heroína. El más usado por los jóvenes es el “diablillo” (marihuana con cocaína). Los efectos de la marihuana pueden durar de 1 a tres horas, dependiendo su potencial hasta más. Los efectos se deben a la unión entre el THC y los receptores de cannabinoides. Los receptores de cannabinoides se encuentran en áreas del cerebro que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración el movimiento, la coordinación, el apetito, el dolor y la percepción sensorial y del tiempo (NIDA 2010), teniendo efectos tan diversos, no solo en el cerebro y sobre la salud general de los usuarios. Con algunos efectos agudos como la euforia, deterioro de la memoria, aumento del apetito, aumento del ritmo cardíaco, dilatación en los vasos sanguíneos de los ojos. Reacciones mentales adversas como ansiedad, miedo, pánico, psicosis aguda, alucinaciones, delirios, paranoia y pérdida de sentido de identidad personal.

Enfermedades respiratorias – La marihuana irrita los pulmones. Puede causar tos diaria, flema excesiva, infecciones pulmonares y cáncer, ya que muchos fumadores también usan cigarrillo y afecta adversamente el feto.

Puede traer riesgos adicionales por el consumo al involucrarse en actividades o conductas negativas. Por ejemplo: enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas y trastornos de la personalidad, como el síndrome amotivacional. (Disminución de motivación o pérdida de interés en actividades que antes eran gratificantes)

### **Veamos algunos estudios:**

Un estudio de replicación, conocido como **(Do Medical Marijuana Laws Increase Marijuana Use)** Leyes para marihuana médica, aumenta el uso de la marihuana 2011-2012, Sam Harper, Erin C. Strumpf and Jay S. Kaufman, all Ph.D; en su informe de discusión nos dice lo siguiente: Este estudio de replicación sobre este tópico, establece que el uso de la marihuana es mayor en Estados que han pasado leyes, aprobando el uso de marihuana médica.

Otro estudio del año 2004 en (The Journal of Drug Issues) titulado “**Did medical Marijuana Legalization in California Changes Attitudes about a Use of Marijuana**”, establece lo siguiente y cito, del Instituto de Medicina (IOM) en su reporte final: “The question here is not whether marijuana can be both harmful and helpful, but whether the perception of its benefits will increase its abuse”.

Desde el año 1996, 20 Estados y Washington D.C. han pasado leyes permitiendo fumar y usar marihuana para una variedad de condiciones médicas. Es importante dejar claro que estas leyes no cambian el hecho de que usar marihuana continúa siendo una ofensa bajo la Ley Federal y que estas leyes aprobadas por el estado, no cambian el proceso o criterio de la FDA en cuanto a la seguridad y efectividad de los medicamentos. También es importante hacer notar que el Congreso de E.U. ha determinado que la marihuana es una droga peligrosa y que la distribución ilegal y la venta de marihuana es un crimen serio.

El Departamento de Justicia (DOJ) de E.U. está encomendando a reforzar el acta de sustancias controladas. Las guías se pueden encontrar en su “website” y proveen suficientes detalles al respecto.

¿Por qué el Gobierno Federal tiene oposición a la marihuana médica? De acuerdo al (Office of National Drug Control Policy) **“It is the federal government’s position that marijuana be subjected to the same rigorous clinical trial, and scientific screening that the Food and Drug Administration (FDA) applies to all other new medications, a comprehensive process designed to ensure the highest standards of safety and efficacy”.**

Es de suma importancia lo que establece la FDA como parte de sus reglas y criterios y cito: “es de este riguroso proceso de aprobación de la FDA, no el voto popular, el que debe determinar lo que es o no es un medicamento. La planta de marihuana cruda, que contiene casi 500 compuestos químicos diferentes, no ha cumplido con las normas de seguridad y eficacia de este proceso.

Según el Instituto de Medicina (IOM), fumar marihuana es un sistema de suministro ingenuo que produce efectos nocivos. La FDA, sin embargo, ha reconocido y aprobado el uso médico de los componentes aislados de la planta de marihuana y los compuestos sintéticos relacionados. El Dronabidol es uno de estos compuestos producido sintéticamente, que se utiliza en el Marinol, aprobado por la FDA, que ya está legalmente disponible para prescripción, por los médicos cuyos pacientes sufren de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia para el cáncer y pérdida de masa asociada con el SIDA. Otro medicamento aprobado por el FDA, Cesamet, contiene el ingrediente activo Nabilona, que tiene una estructura química similar al THC, el ingrediente activo de la marihuana y Sativex, un spray bucal aprobado en Canadá y Reino Unido y otras partes de Europa para el tratamiento de la espasticidad de la esclerosis múltiple y el dolor por cáncer, se encuentra actualmente en ensayos clínicos de fase tardía con la FDA. Este combina THC y otro ingrediente activo de la marihuana, el canabidiol (CBD) y proporciona beneficios terapéuticos sin la “euforia” de la droga.

Varios Estados han aprobado acciones legislativas que permiten el uso de la marihuana, pero estas acciones del Estado no son y nunca deber ser la prueba principal para declarar una sustancia como reconocida. La investigación biomédica y el criterio médico deben continuar para determinar la seguridad y eficacia de los medicamentos prescritos. En la revisión de estudios clínicos con cannabis y cannabinoides de 2005 al 2009, del Instituto Biológico Leiden en Holanda, éste establece ocho condiciones médicas o patologías más importantes, donde se usaron diferentes productos como cannabis, marijuana, marihuana, hashish, cannabinoides, tetrahydrocannabinol, THC, CBD, Dronabinol, Marinol, Nabilone, Cannador y Sativex, para atender las ocho condiciones más importantes. Estas son:

1. Neuropatía o dolor crónico
2. Dolor experimental
3. Esclerosis múltiple y espasticidad
4. HIV/SIDA
5. Glaucoma
6. Disfunción intestinal
7. Náuseas, vómitos, apetito
8. Esquizofrenia

Estos productos antes mencionados, reflejaron en el estudio una fuerza terapéutica y potencial como analgésicos en estas condiciones clínicas. Desde luego, la marihuana y sus derivados, en ninguno de los estudios, pueden curar las condiciones; solo sirven como paliativos al dolor.

### **Tratamiento para el uso de marihuana**

En el año 1992, un estimado de 93,000 personas fueron admitidas para tratamiento como droga primaria. Para el 2010, las admisiones fueron estimadas en 353,000. En 1992, la potencia de la marihuana era alrededor de un 3% en THC, para el 2009 se triplicó a un 11%.

De acuerdo al Office of National Drug Control Policy, se han realizado un sinnúmero de estudios, proyectos e investigaciones sobre la marihuana y sus componentes y otros en progreso. Los estudios incluyen el abuso potencial, efectos físicos y psicológicos, efectos adversos, potencial terapéutico y detención. Ninguno de esos estudios incluye investigación de marihuana fumada por humanos.

¿Legalizar la marihuana removerá mayores fondos de los traficantes de drogas? La respuesta es no. El mercado negro no desaparecerá si la droga es legalizada o se recargan impuestos. Por eso es crucial reducir la demanda de marihuana manteniéndola ilegal.

Un asunto relevante en el debate de la marihuana, por ejemplo, en California estiman que 1.4 billones pueden llegar al fisco producto de la legalización. Esta evaluación es muy incierta y poco válida, de acuerdo al Rand Corporation. Esta corporación también nos dice que el mercado negro de la marihuana no desaparecerá si la droga es legalizada. El mercado negro deja mucha ganancia; aún pueden manejar los costos y obtener una buena partida. Legalizarla le traerá también al gobierno gastos y pagos por los efectos negativos de la distribución del producto y los costos sociales, que pueden ser mayores que el dinero que genere.

El cultivo de la marihuana también tiene efectos negativos en el ambiente, *Office of National Drug Control Policy* y cito: “El cultivo de marihuana tiene un efecto negativo en el medio ambiente. Afecta la vida silvestre, la vegetación, el suelo y otros recursos naturales por el uso de fertilizantes y químicos que se usan para su crecimiento y desarrollo.

### **Veamos otros puntos importantes de las disposiciones**

Este proyecto permite que los pacientes puedan cultivar su propia planta de uso medicinal o que la puedan obtener de manera legal. La venta y distribución es ilegal y viola los estatutos federales. ¿Quién controla el cultivo, cómo se va a cualificar su calidad? ¿Qué tipo de planta y qué tipo de

semilla se va a autorizar? Existen muchas variedades (krippy, white label seeds, semillas de interior, semillas de exterior, semillas regulares, semillas para principiantes, semillas feminizadas, aceite de cáñamo, cannabis sativa, cannabis índigo, etc.) No está definido. ¿Crea el proyecto los dispensarios autorizados, la figura del acompañante autorizado, etc., bajo el Departamento de Salud? ¿A qué costos y con qué personal?

El proyecto tampoco explica quién va a cubrir los costos para llevar a cabo el proceso, si este fuera el caso. Los planes médicos no cubren estos gastos y no se pueden usar fondos federales para esos propósitos.

## **Conclusiones**

1. La marihuana medicinal no es la solución para mitigar los dolores crónicos de alguna enfermedad, es solo un paliativo.
2. Para aquellas personas que tienen condiciones de salud que pudieran beneficiarse del uso del cannabis, existen ya medicamentos aprobados por la FDA para estos fines.
3. El uso de los mismos debe estar basado en consideraciones médicas y no de la Legislatura.
4. Contrario a las creencias populares, la marihuana es adictiva; la evidencia científica está más que documentada.
5. El uso de la marihuana, aparte de adicción, trae consigo otros problemas de salud. Bajo desempeño académico, efectos psicológicos adversos y otros problemas legales.
6. Este proyecto abriría la puerta, aún más, al mercado negro.
7. La experiencia empírica de Hogar CREA trabajando con todo tipo de adicción, demuestra que más del 80% de los jóvenes comenzaron usando marihuana y emigraron a drogas más fuertes.
8. Por último, si están tan convencidos como legisladores que el proyecto es bueno, abran la discusión a una consulta de pueblo y ustedes verán el resultado.

## **27. Arquidiócesis de San Juan**

Señores legisladores, señoras legisladoras:

Soy Ramón Antonio Guzmán, diacono de la Iglesia Católica, abogado y catedrático de derecho civil en la Escuela de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Compa-rezo ante ustedes en representación del Señor Arzobispo de San Juan de Puerto Rico, S.E.R. Mons. Roberto Octavio González Nieves, de quien soy el Delegado de Asuntos Legislativos.

Me complace ser el portador, para todos y para todas ustedes, de un saludo muy cordial de su Excelencia Reverendísima, quien también les comunica su felicitación por la discusión y el estudio de un tema tan importante para todos los hijos y todas las hijas de la nación puertorriqueña. También les agradece la invitación a participar en estas vistas.

Jesucristo, el Señor, se encarnó y se hizo hombre para que todos los hombres y todas las mujeres tengamos vida y la tengamos en abundancia. (J. 10, 10) En consecuencia, nuestra vida es abundante en la medida que permitimos que la vida de Jesús ocupe un espacio amplio en nuestras vidas; es abundante en proporción con nuestra disponibilidad para que Él camine con nosotros en todos los asuntos relacionados con nuestra individualidad y con nuestra colectividad. La vida abundante es la vida en la fe, en la verdad, en la libertad, en la virtud, en la caridad, en la salud del alma y del cuerpo y en todas las conductas que nos acercan a Dios.

Todos nuestros proyectos, todos nuestros trabajos y todos nuestros afanes deben tomar en cuenta ese anuncio de Jesús: que la vida del hombre y de la mujer pertenece a Dios y que ella es el valor supremo que debe respetar y que debe pretender toda la legislación y todas las regulaciones que provengan del Estado.

En consonancia, hay que decir que el uso de drogas, excepto cuando se trata de medica-mentos que son moralmente aceptables, es un acto contra la vida. "No se puede hablar de la 'libertad de drogarse' ni del 'derecho a la droga', porque el ser humano no tiene la potestad de perjudicarse a sí mismo y no puede ni debe jamás abdicar de la dignidad personal que le viene de Dios y menos aún tiene facultad de hacer pagar a los otros su elección"<sup>78</sup>. Desde la dimensión moral el drogarse es siempre ilícito, porque comporta una renuncia injustificada e irracional a pensar, querer y obrar como persona libre.<sup>79</sup> Esto implica que la "ilicitud de la droga no es un dictamen de condena al drogado. Él vive la propia situación como una 'pesante esclavitud', de la cual tiene necesidad de ser liberado. La vía de recuperación no puede ser ni la de la culpabilidad ética ni la de la represión legal, sino impulsar sobre todo la rehabilitación que, sin ocultar las eventuales culpas del drogado, le favorezca la liberación y reintegración."<sup>80</sup>

Por eso el Señor Arzobispo no favorece, según lo expreso por escrito a la Comisión de lo Jurídico del Senado, la despenalización de la marihuana, según se propone en el Proyecto del Senado 517. Otro asunto es que esta

---

78

Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Carta de los agentes sanitarios, num.96

79

Idem., núm. 94

80

Idem.

Asamblea Legislativa pueda examinar la proporcionalidad de la pena en las normas que actualmente regulan la posesión de la marihuana.

El Proyecto de la Cámara 1362 propone un programa más abarcador. Sin embargo, su aprobación debe estudiarse intensamente, con la participación de los grupos profesionales que tienen alguna relación con el uso de la marihuana y siempre que la nueva ley no se convierta, en su aplicación, en una aprobación legislativa del uso de la marihuana. Hay que consignar que la determinación jurídica de que algo es medicina no significa, por este simple hecho, que la droga se haya convertido realmente en un medicamento.

Reiteramos nuestro agradecimiento por invitarnos a participar en estas vistas y estamos a su disposición para seguir dialogando sobre el asunto.

Nuestros hermanos y nuestras hermanas que sufren el tormento de la adicción merecen toda nuestra solidaridad y todo nuestro amor; pero la permisividad y la falta de controles morales y legales no es, precisamente, la ayuda que necesitan.

## **28. Dr. César Vázquez - Puerto Rico por la Familia**

Se dirige a esta Comisión el Dr. César A. Vázquez Muñiz, especialista en Medicina Interna y subespecialista en Cardiología, Pastor y Portavoz de Puerto Rico por la Familia. Agradezco la oportunidad que se me brinda de expresarme sobre el Proyecto de la Cámara 1362.

Puerto Rico atraviesa por un momento crítico en su historia. Tenemos muchos problemas significativos como sociedad... pero el peor problema es que no tenemos un consenso de cómo resolverlos. La primera controversia es determinar las causas que nos han llevado a esta crisis. No existe una sola causa. Sería correcto reconocer que son múltiples las razones que nos han traído hasta aquí. Pienso que cada cual tendrá su lista y su orden de importancia. En términos médicos hablamos de establecer un diagnóstico que explique todos los síntomas del paciente. La alta incidencia criminal y el problema de tráfico de drogas que la alimenta están como uno de nuestros principales problemas. Un grupo significativo de nuestro pueblo está de luto por el dolor producido por las muertes asociadas a este tráfico. Pero todos vivimos con la incertidumbre de si nosotros o alguien que amamos será la próxima víctima. Este es el trasfondo de esta medida.

Como referencia quiero señalar que 1973 fue el primer año en nuestra historia donde tuvimos por lo menos un asesinato por día. Desde entonces esa cifra trágica ha ido en aumento independientemente de quién ostente el poder político. En esa época terminó la guerra de Vietnam y también se

instituyó el divorcio por consentimiento mutuo, entiéndase no culposo. Para ese tiempo tuvimos una debacle económica por el aumento del precio del crudo después de la guerra de octubre en el medio oriente. Sin animo de ser simplista y reconociendo otros factores importantes creo que la destrucción del matrimonio y la familia es uno de los factores importantes que influyen en la desintegración social que hemos desarrollado. A mitad de los noventa, con las “936” y con 250,000 empleos más, tuvimos casi mil asesinatos dos años corridos. Los problemas anteceden el chatarrazo.

La primera máxima en la intervención médica es “primum non nocere” que significa “Sobre todo, no hagamos daño”. Dicha expresión enfatiza que lo que hagamos no puede empeorar la condición del paciente. El paciente no sólo corre peligro por su problema particular, sino que enfrenta peligros directamente relacionados con nuestra intervención. Es precisamente el hecho de que las decisiones médicas pueden hacer daño irreversible e inclusive causar la muerte, la que obliga al médico a recibir un entrenamiento riguroso. Es este entrenamiento, después de muchos años de estudio y de supervisión directa, lo que lo capacita para hacer el diagnóstico correcto e instaurar las medidas terapéuticas adecuadas. La gente pone literalmente su vida en nuestras manos. Todavía el hacer el diagnóstico equivocado sigue siendo la primera causa de demandas por negligencia médica. Esta responsabilidad fundamental nos obliga a ser cuidadosos en nuestro acercamiento al paciente y a mantenernos educados en los avances de la medicina particularmente de nuestra área de competencia. Parte de nuestro “expertise” es evaluar los estudios.

En el pasado, la intervención terapéutica se basó en las opiniones de autoridades médicas o en la experiencia inmediata del médico. De unos años al presente se ha generalizado la idea de que las intervenciones terapéuticas tienen que estar basadas en evidencia médica fundamentada en la experimentación. A eso llamamos **medicina basada en evidencia**. La expresión concreta de esto es que para que se apruebe un tratamiento, particularmente un medicamento, para una condición tiene que pasar por un proceso que dura largos años y que cuesta muchas veces millones de dólares. Se comienza con estudios a nivel de ciencias básicas. A esto sigue estudios que demuestran la seguridad y tolerabilidad del medicamento. Por último viene la fase de evaluación clínica donde usualmente participan a veces miles de pacientes ubicados en diferentes instituciones alrededor del mundo. Toda esta data posteriormente se le presenta a la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) la cual determina, por su facultad en ley, si finalmente esta substancia va a obtener una indicación para una condición médica particular. El proceso es meticuloso, largo y sumamente costoso. ¿Por qué? Porque la vida y la salud del paciente está en juego. La palabra es “expertise”, entiéndase, pericia en el manejo de la data científica.

Veamos los reclamos que sobre la marihuana se hace en el P. de la C

1362. No puedo evitar notar la deferencia que se le hace al juez Torruella y a sus expresiones sobre la marihuana. Es extraño que no se mencionen las expresiones que por conducto de sus directivos hizo el Hogar Crea sobre estos asuntos. Nadie tiene más experiencia que ellos tratando adictos en nuestra tierra.

Sobre la marihuana se dice que “la medicalización es un primer paso para utilizar legalmente de manera limitada y controlada esta sustancia que tiene amplios usos medicinales para la ciudadanía”.<sup>1</sup> Dos párrafos más abajo se asevera de que “existe amplia evidencia científica sobre los usos medicinales de la marihuana”.<sup>2</sup> Para sustentar esta declaración fáctica se hace referencia a un estudio publicado en el 2010 que revisó 37 estudios controlados sobre la seguridad y eficacia de la marihuana medicinal y sus compuestos naturales.<sup>3</sup> Un examen de este estudio demuestra que esta alegación es falsa.

Es importante que aclaremos parte de la confusión que se ha utilizado para inducir a error a legisladores y al pueblo. Ya existen compuestos derivados de la marihuana aprobados por la FDA para tratamiento de unas condiciones en particular. El Marinol o dronabinol, un Tetrahidrocannabinol (THC) sintético, está aprobado para náuseas y vómitos después de quimioterapia en pacientes que no responden a tratamientos usuales. También están aprobados para mejorar el apetito y aumentar el peso en pacientes de SIDA con “Wasting Syndrome”, condición asociada a falta de apetito y pérdida de peso severa. El nabilone o Cesamet también está aprobado desde el 2006 como droga de segunda selección para náuseas y vómitos en pacientes postquimioterapia. No existen reparos para la utilización de estos cannabinoides purificados para las condiciones aprobadas. De hecho el Secretario de Salud tiene facultad de ley para clasificar apropiadamente estos medicamentos según la FDA, Marinol control III, Cesamet control II. El repaso citado presenta 29 estudios que tienen que ver con estos cannabinoides purificados ya aceptados en la jurisdicción estadounidense para su uso apropiado. Pero esa no es la intención de este proyecto.

El propósito real del P. de la C. 1362 es clasificar a la marihuana fumada como medicamento. Para esto comienza cambiando la misma de Clasificación Uno a Clasificación Dos. Clasificación Dos implica que la sustancia tiene un uso médico aprobado en Estados Unidos. Esto no es así para la marihuana fumada. Al día de hoy no existe una indicación clínica para la marihuana fumada aprobada por FDA. De hecho no existe ningún medicamento aprobado que se fume. El primer requisito para un medicamento es que esté en su forma purificada. Un cigarrillo de marihuana contiene sobre 400 sustancias, algunas de las cuales son carcinógenas.

Veamos la evidencia propuesta por los autores de esta medida. De los

37 estudios sólo ocho utilizaron marihuana fumada. El de Ware (2006) sólo demostró que ocho fumadores de marihuana podían discriminar entre diferentes productos.<sup>4</sup> No tiene ninguna relevancia clínica. Wallace (2007) encontró que en 15 voluntarios saludables al inducirles dolor experimentalmente una dosis mediana del cannabis reducía el dolor pero paradójicamente una dosis alta empeoraba el dolor.<sup>5</sup> Wilsey (2008) encontró que en pacientes con unos diagnósticos específicos de dolor por neuropatía el fumar marihuana mejoraba significativamente el mismo.<sup>6</sup> Sin embargo los 38 participantes habían fumado marihuana anteriormente, pues se quería reducir el riesgo de efectos adversos psicoactivos en individuos que nunca hubiesen fumado marihuana. Además se evaluaron los pacientes para descartar que tuviesen depresiones profundas o algún otro diagnóstico de enfermedad mental que pudiera empeorar por el uso de marihuana. El autor declara y cito *“debido a que el efecto del cannabis puede exacerbar la enfermedad mental y ha estado ligado a un aumento en el riesgo de suicidio los candidatos con historia o diagnóstico de esquizofrenia o depresión bipolar fueron excluidos.”*pág.3 También se excluyeron pacientes con hipertensión, enfermedad cardiovascular, problemas pulmonares crónicos y que estuviesen activos en abuso de sustancias. Dentro de los hallazgos el autor describe que cannabis produjo *“una disminución cognoscitiva general”* entre los grupos de tratamiento. pág.11 Concluye el autor que *“la administración de cannabis puede ser perjudicial porque afecta la capacidad cognoscitiva”*.pág.12. Acerca de los jóvenes dice que *“una mayor vigilancia es necesaria en pacientes jóvenes porque el uso de cannabis en la adolescencia aumenta el riesgo posteriormente de psicosis parecida a las esquizofrenia, particularmente en individuos genéticamente susceptibles”*. Hay *“un aumento del riesgo de psicosis en aquellos que han usado alguna vez cannabis y una respuesta dependiente de la dosis con un riesgo mayor en aquellos subgrupos que consumen cannabis frecuentemente”*.pág13 Finaliza diciendo que *“sumado a los asuntos discutidos anteriormente los productos tóxicos (“noxious pyrolytic byproducts”) producidos por la combustión son un problema de salud pública que debe servir de detente al uso del cannabis fumado.”*pág.14

Los próximos cuatro estudios son en pacientes VIH. Haney (2005 y 2007) encontró que en pacientes de VIH con “Wasting Syndrome” tanto el fumar cannabis como el dronabinol oral produjeron beneficios similares en mejorar el apetito y aumentar el peso.<sup>7, 8</sup> No hubo diferencia en el efecto terapéutico entre fumar y el medicamento oral. Esta indicación para el THC sintético fue aprobada por FDA. El mismo autor asevera que la tolerabilidad del dronabinol depende en parte del historial de uso de marihuana. En pacientes que nunca habían usado marihuana el dronabinol en dosis bajas mejoró el ánimo y disminuyó la náusea pero también produjo problemas mentales y confusión por lo cual muchos pacientes abandonaron la terapia. Es importante recalcar que los cigarrillos tenían 2.0 por ciento y 3.95 por ciento del THC. Es interesante que los pacientes no pudieran diferenciar el

THC oral de la marihuana fumada.

Ellis (2009) estudió el efecto de marihuana fumada en 28 pacientes VIH positivos con dolor neuropático refractario a por lo menos 2 analgésicos previos.<sup>9</sup> Casi todos (96%) habían tenido exposición a cannabis. Dos de los sujetos fueron retirados por razones de seguridad. Un sujeto que nunca había fumado marihuana tuvo una psicosis aguda inducida por cannabis al comienzo de la segunda semana. Cuando se reexaminó el caso se encontró que el sujeto había recibido placebo la primera semana y el cannabis durante la segunda semana. Un segundo sujeto desarrolló una tos intratable relacionada al fumar durante el tratamiento con cannabis. El síntoma resolvió espontáneamente cuando dejó de fumar. pág.6 Hubo una mayor incidencia de efectos secundarios con el uso de cannabis que con el uso de placebo. Éstos incluyeron dificultades para concentrarse, fatiga, somnolencia o sedación y otros. Hubo aumentos en la frecuencia cardiaca de por lo menos 30 o más dentro de los primeros 30 minutos de una sesión de fumar cannabis. Fueron mucho más frecuentes con cannabis (46%) que con placebo (4%). El autor concluye que fumar no es la mejor manera (“optimal delivery system”) de aplicar el cannabis y que el uso a largo plazo de la del cannabis fumado está asociado con síntomas que sugieren enfermedad obstructiva pulmonar. Añade que el cannabis tiene efectos psicotrópicos potentes incluyendo efectos paradójicos de despersonalización, alucinaciones y paranoia en una minoría importante de individuos. Concluyó diciendo que un meta análisis reciente sugiere un aumento en riesgo de enfermedad psicótica en individuos que alguna vez han usado cannabis.

Abrams (2007) estudió durante cinco días a 50 pacientes hospitalizados VIH positivos y con neuropatía sensorial asociada al VIH.<sup>10</sup> El efecto de la marihuana fumada fue beneficioso. Aunque el tratamiento activo fue bien tolerado, las mediciones (“ratings”) para efectos secundarios fueron más altos en pacientes del grupo de cannabis para ansiedad, sedación desorientación, confusión y mareo. Este estudio presenta uno de los problemas al estudiar la marihuana fumada. El mismo se realizó con cigarrillos de marihuana y cigarrillos placebo. Esto hace que los pacientes estén conscientes de cuando están fumando verdaderamente marihuana por los efectos psicotrópicos, entendiéndose el estado mental alterado (“la nota”) que produce. Es bien difícil hacer un estudio donde el paciente no esté consciente de que es lo que está usando sin que esto vicie de alguna manera los resultados finales.

El último de los estudios demuestra de manera dramática una de las limitaciones de pretender aplicar estos estudios a una población general. Sylvestre (2006) estudió 71 sujetos ex usuarios de heroína en tratamiento con metadona que padecían de Hepatitis C.<sup>11</sup> Encontró que el grupo que fumaba marihuana tendía a terminar el tratamiento con mayor frecuencia que los no fumadores. Sin embargo le preocupa que algunos estudios hayan

demostrado que el THC puede ser inmunosupresivo y que puede disminuir la inmunidad celular y la inmunidad humoral. Declara que hay un aumento en la recurrencia de lesiones por el virus del herpes simple en fumadores de marihuana y que también existe una disminución de la respuesta al tratamiento con interferón para el virus del papiloma humano.p1061. También le preocupa un estudio reciente que demostró que el uso de cannabis en base diaria puede aumentar la progresión de la fibrosis hepática en pacientes con Hepatitis C. Es trágico que este estudio sobre un asunto bien específico para una población particular pequeña se intente utilizar para justificar el que se permita fumar marihuana a una población general.

Es un principio fundamental al interpretar un estudio entender que los resultados de un estudio solo son aplicables a poblaciones similares a la población estudiada. Por tal razón en el abstracto los autores concluyen que "basado en los resultados clínicos los cannabinoides presentan un potencial terapéutico interesante principalmente como analgésicos en dolor neuropático crónico, como estimulantes del apetito en enfermedades debilitantes (cáncer y SIDA) como también en el tratamiento de esclerosis múltiple".<sup>12</sup> Lo anterior es una conclusión sobre todos los compuestos cannabinoides estudiados. Los estudios citados no dicen nada para la glaucoma, el SIDA sin neuropatía, la enfermedad de Chron's, enfermedad de Parkinson's, fibromialgia, la enfermedad de Alzheimer's, artritis, ansiedad o el zafacón categorizado como "otras condiciones según lo determinado por escrito por el médico de un paciente de clasificación".<sup>13</sup> Esto es una burla a la ciencia y una tomadura de pelo a la sociedad.

Si nos dejamos llevar sólo por los estudios en que se utilizó marihuana fumada los resultados de los mismos sólo serían aplicables en pacientes VIH con dolor neuropático que no ha respondido a otras sustancias y con problemas de pérdida de apetito y de peso. Sin embargo en ambos casos sería posible utilizar el THC sintético que ha demostrado ser tan efectivo como la marihuana fumada sin los efectos dañinos de esta. Si a esto sumamos que al día de hoy la FDA no ha aprobado la marihuana fumada para ninguna condición, entonces nos damos cuenta de que no existe base legal para reclasificar la marihuana de clasificación I a II. Esto es contrario a la ley.

El análisis anterior refleja que este asunto de evaluar estudios médicos es complejo y requiere de un conocimiento especializado. Sin embargo quiero recalcar que cualquier análisis y opinión tiene que partir de la lectura de los estudios. Quien haya utilizado los mismos para apoyar la declaración de que existe evidencia médica contundente para el uso medicinal de la marihuana fumada le miente al pueblo de Puerto Rico e induce a error al legislador. Igual de irresponsable sería el haber hecho esta referencia sin haberla estudiado. A veces tengo la impresión de que quienes legislan en este país son los asesores, por la confianza que se les tiene y que las

medidas no son estudiadas concienzudamente por aquellos que en última instancia tienen una responsabilidad indelegable. Jesús dijo que si un ciego guiaba a otro ciego, ambos caerían en el hoyo.

Quiero traer a colación en este momento los efectos dañinos de la marihuana al sistema cardiorrespiratorio. Ya hay estudios que apuntan a que la marihuana fumada produce daño pulmonar crónico y aumenta el riesgo de cáncer de pulmón independientemente de que se fume tabaco concomitantemente.<sup>14, 15</sup> Se sabe que provoca taquicardia y disminución de la presión arterial que puede llevar a la hipotensión ortostática e inclusive a síncope. Ya se habla de la marihuana como factor de riesgo para infartos agudos del miocardio.<sup>16</sup> Un grupo de patólogos presenta a la marihuana como factor etiológico en infartos en gente joven donde no hay evidencia de enfermedad coronaria.<sup>17</sup> Para colmo existe un informe en la revista *Pediatrics* de tres varones de 16 años que desarrollaron ataques al corazón después de haber utilizado marihuana sintética.<sup>18</sup>

Y de eso es que estamos hablando. De una sustancia que es adictiva a tal grado que el DSM-V le dedica toda una sección para abuso y dependencia y la asocia a psicosis producida por medicamentos. Una sustancia que después de alcohol es la principal causa por la cual los jóvenes visitan salas de emergencia en medio de una intoxicación. La adicción a marihuana es la causa más común por la cual los jóvenes adolescentes son admitidos a los programas de rehabilitación y a los hospitales psiquiátricos. En estos momentos los adolescentes tienen un serio problema de uso de alcohol, de cigarrillo y de adicción a drogas controladas. También tienen un serio problema de adicción a la marihuana. Y hay quien plantea que todo esto va a mejorar cuando la marihuana fumada sea legal y disponible como medicación. ¡Si, ajá! Y la luna es de queso y se come con melao...

Holanda descubrió que la legalización de la marihuana la hizo más accesible a los jóvenes aunque era ilegal su uso por parte de ellos. No disminuyó la criminalidad asociada al trasiego de drogas. Las conclusiones sobre la marihuana de las autoridades holandesas fueron que la misma empobrece las relaciones sociales de los jóvenes que la utilizan, que disminuye la capacidad de estos jóvenes de aprender y que disminuye las posibilidades de que estos jóvenes tengan empleo en el futuro. Y que todo lo anterior era peor en los jóvenes que pertenecían a las clases sociales desaventajadas.<sup>19, 20</sup>

Este empobrecimiento de la capacidad intelectual fue demostrado de manera contundente por un estudio en la ciudad de Dunedin, Nueva Zelanda.<sup>21</sup> Se estudiaron 1037 jóvenes por 25 años desde las edades de 13 a 38 años. Se encontró que mientras más temprano estos jóvenes habían empezado a usar marihuana y mientras más fuerte había sido su uso, mayor era el empobrecimiento cognoscitivo al final de los 25 años. Algunos tuvieron

una disminución de hasta ocho puntos en el cociente de inteligencia. Estamos poniendo en peligro el mayor activo de nuestros jóvenes... su capacidad de aprender. Sin hablar del aumento en accidentes automovilísticos que involucra a jóvenes bajo la influencia de marihuana.<sup>22</sup> Sobran los estudios con neuroimágenes que demuestran el daño al cerebro, a veces permanente, por el uso de marihuana.

La realidad es que detrás de este esfuerzo de presentar a la marihuana fumada como un medicamento bona fide está el intento de mejorar su imagen y así lavarle la cara ante la sociedad. Esto es un subterfugio que se alimenta de la tragedia que viven algunos con condiciones difíciles de tratar y que a todos nos frustra, particularmente cuando es alguien cercano. Lo que se busca es hacerla más aceptable y así liberalizar su utilización. No dudo de que haya quienes tengan buenas intenciones con este esfuerzo. Tampoco dudo que haya otros con intereses siniestros, inclusive económicos. Lo que importa es lo que vayan a hacer ustedes los legisladores. Algunos necesitan una sustancia que los aleje de la realidad para poder vivir. Su vida es tan pobre que la única felicidad que conocen es química. No permitan que quienes viven así arrastren a nuestras generaciones futuras a su error. Pienso que la vida es mejor y uno tiene más oportunidades cuando tenemos los pies plantados firmemente en la realidad. Los que quieran viajar...que se monten en un avión. Quiero traer a colación en este momento los efectos dañinos de la marihuana al sistema cardiorrespiratorio. Ya hay estudios que apuntan a que la marihuana fumada produce daño pulmonar crónico y aumenta el riesgo de cáncer de pulmón independientemente de que se fume tabaco concomitantemente.

### **Referencias:**

1. Memorial Explicativo Proyecto de la Cámara 1362, pág.2
2. "ibíd.", pág.2
3. "Review on clinical studies with cannabis and cannabinoids 2005-2009", *Cannabinoids Vol. 5, Special Issue, February 13, 2010*. Arno Hazekamp, Franjo Grotenhermen, Institute Biology Leiden, Leiden University, The Netherlands.
4. Ware MA, Ducruet T, Robinson AR. Evaluation of herbal cannabis characteristics by medical users: a randomized trial. *Harm Reduct. J.* 2006; 3:32. 10
5. Wallace M, Schulteis G, Atkinson JH, Wolfson T, Lazzaretto D, Bentley H, Gouaux B, Abramson I. Dose-dependent effects of smoked cannabis on capsaicin-induced pain and hyperalgesia in healthy volunteers. *Anesthesiology* 2007; 107(5): 785-796.

6. Wilsey B, Marcotte T, Tsodikov A, Millman J, Bentley H, Gouaux B, Fishman S. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of cannabis cigarettes in neuropathic pain. *J. Pain* 2008; 9(6):506-521.  
<http://www.jpain.org/article/PIIS1526590008003696/fulltext>
7. Haney M, Gunderson EW, Rabkin J, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Foltin RW. Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2007; 45(5): 545-554.
8. Haney M, Rabkin J, Gunderson E, Foltin RW. Dronabinol and marijuana in HIV(+) marijuana smokers: acute effects on caloric intake and mood. *Psychopharmacology (Berl)* 2005; 181(1): 170-178.
9. Ellis RJ, Toperoff W, Vaida F, van den Brande G, Gonzales J, Gouaux B, Bentley H, Atkinson JH. Smoked Medicinal Cannabis for Neuropathic Pain in HIV: A Randomized, Crossover Clinical Trial. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34(3): 672-680.
10. Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, Shade SB, Elbeik TA, Aweeka FT, Benowitz NL, Bredt BM, Kosel B, Aberg JA, Deeks SG, Mitchell TF, Mulligan K, Bacchetti P, McCune JM, Schambelan M. Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Ann. Intern. Med.* 2003; 139(4):258-266.
11. Sylvestre DL, Clements BJ, Malibu Y. Cannabis use improves retention and virological outcomes in patients treated for hepatitis C. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 18(10):1057-1063.
12. "Review on clinical studies with cannabis and cannabinoids 2005-2009", *Cannabinoids Vol. 5, Special Issue, February 13, 2010*. Arno Hazekamp, Franjo Grotenhermen, Institute Biology Leiden, Leiden University, The Netherlands.
13. Memorial explicativo Proyecto de la Cámara 1362, pág.9
14. Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, Benhaïm-Luzon V, Ayoub WB, Dari I, Laouamri S, Hamdi-Cherif M, Bartal M, Ayed FB, Sasco AJ. Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol.* 2008 Dec; 3(12):1398-11403. doi: 10.1097/JTO.0b013e31818ddcde.
15. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A., Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control.* 2013 Oct;24(10):1811-20. doi: 10.1007/s10552-013-0259-0. Epub 2013 Jul 12.

16. Murray A. Mittleman and Elizabeth Mostofsky , Physical, Psychological and Chemical Triggers of Acute Cardiovascular Events: Preventive Strategies *Circulation*. 2011; 124:346-354

17. Tormey , Royal College of Pathologists' autopsy guidelines on sudden cardiac death; roles for cannabis...and psychology , *Journal of Clinical Pathology* 65 (2): 187

18. Arshid Mir, Adebisi Obafemi, Amy Young and Colin Kane, Myocardial Infarction Associated With Use of the Synthetic Cannabinoid K2, *Pediatrics* 2011; 128

19. Drugs Policy Report Summary Netherlands, Holland.com

20. Soft Drugs Policy-Holland Government;  
<http://www.government.nl/issues/alcohol-and-drugs/drugs/soft-drug-policy>

21. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife;  
Madeline H. Meiera, Avshalom Caspia, Antony Amblere, HonaLee Harringtonb, Renate Houtsb, Richard S. E. Keefed, Kay McDonaldf, Aimee Wardf, Richie Poultonf, and Terrie E. Moffitt;  
[www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1206820109](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1206820109)

22. Mu-Chen Li, Joanne E. Brady, Charles J. DiMaggio, Arielle R. Lusardi, Keane Y. Tzong, and Guohua Li; Marijuana Use and Motor Vehicle Crashes; *Epidemiol Rev* 2012; 34:65-72

**29. Dr. Edgar Colon Negrón, Rector Interino, Recinto Ciencias Médicas, Universidad De Puerto Rico**

Comparece ante ustedes el Dr. Edgar Colon Negrón, Rector Interino del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. A través, de esta ponencia, me propongo demostrar que es necesario un cambio, de conformidad con nuestro presente y realidad social, en la filosofía con que, desde las instrumentalidades legislativas, se ha encarado el uso y posesión de la marihuana.

La marihuana fue criminalizada en casi todo el mundo a comienzos del siglo XX, luego de la Convención Internacional del Opio en Suiza en 1925. En el 2014, pasado casi un siglo, se ha despenalizado el uso de la marihuana en la mayoría de los países latinoamericanos, Rusia y en varios países de la Unión Europea. En los Estados Unidos, existen clínicas que distribuyen marihuana en 20 estados y el distrito de Columbia, y su uso recreacional es legal en Colorado y el estado de Washington.

En los Estados Unidos, el 58 % de la población apoya el uso de la marihuana. La Marihuana se ha utilizado medicamente, de forma recreacional y espiritual desde hace 5,000 años. Es una droga cruda, con más de 400 químicos pertenecientes a más de 18 familias químicas. Al igual que el fumar, tiene posibles efectos nocivos. No existe data científica que proporcione evidencia de los efectos negativos a largo plazo del uso medicinal o recreacional de la marihuana.

Los investigadores han tenido poca oportunidad de estudiar el efecto de los ingredientes de la marihuana que tienen promesas beneficiosas en cuanto a su actividad biológica, seguridad y efectos secundarios. Esto, por la clasificación que se le ha otorgado a la marihuana, igual que a las drogas muy peligrosas como lo es el caso de la Heroína. Esta clasificación, ha ignorado la abundante evidencia científica que ha demostrado la presencia de receptores para los ingredientes activos de la marihuana en todo el cuerpo. Los cannabinoides activan estos receptores e influyen muchos procesos en el cuerpo.

Este sistema endocanabinoide, tiene un impacto en el sistema inmune, el sistema nervioso autonómico, el sistema gastrointestinal, el sistema reproductivo, el sistema cardiovascular y el sistema endocrino. Algunas enfermedades, tales como la epilepsia, el alcoholismo y el trastorno de estrés post traumático, incluyen el mal funcionamiento de este sistema, lo cual sugiere un posible efecto beneficioso de la marihuana y sus ingredientes para atender los mismos.

La evidencia más fuerte sobre los efectos beneficiosos de la marihuana médica, la relaciona con el tratamiento de dolor neuropático crónico y la espasticidad muscular, asociada con las náuseas asociadas con la quimioterapia. Existe evidencia que sugiere un efecto beneficioso para tratar el síndrome del intestino irritado, la enfermedad de Crohn, el glaucoma, la migraña, el cáncer, ritmos cardíacos anómalos, enfermedad de Alzheimer, fibromialgia, incontinencia, infecciones bacterianas y la osteoporosis.

Los gobiernos tienen que entender que este no es un asunto de ser tímidos al lidiar con el problema de las drogas. En nuestra Isla, es penalizado, de una manera desproporcionada, el joven de escasos recursos, que usualmente termina cumpliendo periodos de cárcel prolongados, con toda la estigma y problemas legales que esto acarrea y cuyo resultado final es contrario a la responsabilidad del Estado, de velar por el bienestar de sus ciudadanos. El Presidente Obama ha admitido que la prohibición afecta de manera desproporcionada a los grupos minoritarios. "Los hijos de la clase media no son encarcelados, mientras que aquellos que son pobres terminan en las cárceles. Es irónico que se encarcelen pobres por hacer algo que probablemente fue hecho por aquellos que escriben las leyes".

Hay poca evidencia de que existe un precio político por apoyar la descriminalización de la marihuana. Se trata de entender que lo que hemos estado haciendo no funciona, que las cárceles están llenas de personas que no son criminales en el más estricto sentido de la palabra, que si es nuestra intención curar, lo que hacemos es enfermar, que el costo es muy alto para nuestra sociedad. La prohibición convierte al Estado en socio de los criminales que controlan la venta de sustancias consideradas ilícitas. El Estado duerme con el enemigo. Mas aun, la regulación, que conlleva la legalización de la marihuana, sin duda debe resultar en beneficios económicos para el Estado, un aspecto que no debemos pasar por alto dada la situación por la que atraviesa nuestra Isla. En el Estado de Colorado, se estima que este año se han de recibir más de 100 millones de dólares en arbitrios asociados con la venta de la marihuana.

Tenemos que actuar de manera distinta ante esta realidad social. Los tiempos cambian, las sociedades son dinámicas, la prohibición no es efectiva si la población no la respalda.

Este problema, como muchos otros que aquejan a nuestro país, hay que resolverlo utilizando la evidencia y la razón. Nuestro sistema legal se va a beneficiar si descongestionamos las cárceles y los recursos que hoy se dedican a esta prohibición son dirigidos a asuntos más apremiantes en nuestra Sociedad, como lo son la educación, la salud y el desarrollo económico. La descriminalización debe tener un efecto positivo en disminuir la criminalidad al eliminar la competencia en los puntos. La medicación de esta droga ofrece una oportunidad de estudio para nuestra comunidad científica. Es enorme la evidencia de los efectos económicos positivos que está teniendo el disminuir la restricción del uso de la marihuana en los Estados Unidos.

Agradecemos la oportunidad que se nos concede, de deponer ante esta honorable Comisión. Estamos a su disposición para contestar las preguntas que estimen pertinente formular.

**30. Dra. Carmen E. Albizu Garcia, MD, Profesora-  
Investigadora en la Escuela Graduada de Salud Pública,  
Recinto de Ciencias Médicas-UPR**

**(NOTA: DEBIDO A LA CANTIDAD DE GRAFICAS Y DATOS QUE PROVEYO LA DRA. ALBIZU PARA ANALIZAR ESTA MEDIDA, LAS COMISIONES DECIDIERON INCORPORAR SU MEMORIAL EXPLICATIVO COMPLETO COMO PARTE DEL INFORME, EL CUAL ES EL ANEJO 5).**

### **31. Dr. José A. Vargas Vidot-Iniciativa Comunitaria**

El Dr. Vargas Vidot realizó una presentación oral durante su alocución en dicha Vista Pública y no sometió ponencia escrita. No obstante, dentro de los puntos más importantes expresó los siguientes puntos:

1. El Dr. Vargas Vidot lo que realizó un análisis del contenido de la medida radicada.
2. Que su posición durante la Vista Pública es que ha venido a defender que las personas que padecen ciertas enfermedades puedan tener el acceso a dicho producto para atender sus condiciones de salud.
3. En la calle los puntos de marihuana están protegidos por la clandestinidad. El punto de venta de la marihuana tiene una clientela muy diferente a la de los puntos de cocaína y otras drogas. Por tanto, el que dicha droga se encuentre en la Categoría 1 la hace atractiva. Por tanto, la ausencia de voluntad de hacer lo que han hecho muchos países y estados nos hace lo que él llamó “masoquistas políticos”, ya que, teniendo la oportunidad de quitarle las garras que produce la clandestinidad a la venta de la marihuana; no lo hacemos y preferimos que permanentemente sea el dueño del punto el que controle y diezme la seguridad del país y dictamine la política de la distribución.
4. El entiende que la medida hay que verla desde el punto de vista humanista.
5. Que hay que evaluar que una persona que tiene unas condiciones es obligada a entrar a un mundo en donde la producción de la marihuana que se vende no está regulada y tienen acceso a un producto que no tiene unos controles adecuados y se exponen a sufrir daños.
6. En que existe una diferencia clara entre lo que es el trasiego de droga vs. La utilización de la marihuana de forma medicinal. Hay que diferenciar lo que es el tráfico del uso. Dio un ejemplo de una persona que le contó que ha tenido que ir a un punto de drogas para conseguir la marihuana debido a que tiene una condición médica y durante 14 años utilizó medicamentos antiinflamatorios que han tenido un efecto devastador en su sistema renal; y ha utilizado la marihuana como un producto que le ha ayudado a atender su condición de salud; pero que a su vez, expone su seguridad física al tener que ir a buscar dicho producto en un lugar que a todas luces no es segura. Dicha persona actualmente es una persona productiva y bien conservadora.

7. Entiende que la marihuana por “capricho” se ha demonizado. Si se compara los efectos de la marihuana con los efectos de otras drogas que se encuentran en la Clasificación 1; se puede notar que en realidad la marihuana no debería encontrarse en la Clasificación 1.
8. Que solo hay que ver las muertes que ha producido la marihuana vs. las muertes que ha producido la utilización de “acethaminophen”; Ha habido años que, de acuerdo a records hospitalarios en los Estados Unidos, el “acethaminophen” nada más, ha producido más de 90,000 muertes en los Estados Unidos. Que el 85% de las visitas de los médicos primarios se generan por estresores mal manejados.
9. Indicó que la marihuana es de las drogas que son ilegales en este momento la más accesible; por tanto, es lógico que de las drogas ilegales la más que se va a utilizar. Pero que no se pueden ignorar los propios estudios que existen de Puerto Rico, consistentemente indican que es el alcohol.
10. Que las estadísticas indican que en la mayoría de los estados que se ha permitido la utilización de la marihuana para uso médico, ha disminuido la utilización de la marihuana; debido a que el uso en dichos estados es un uso regulado. No es que cualquier persona la vaya a utilizar, sino personas calificadas por el Estado mediante reglamentación.
11. El Dr. Vargas Vidot recomendo que se utilice la variedad de marihuana *Cannabis Indica*.
12. Que la *Cannabis Indica* tiene unas características especiales que la diferencian de la marihuana regularmente obtenida en la calle.
13. De acuerdo con el Dr. Vargas Vidot, la propiedad que tiene la *Cannabis Indica*, la hace adecuada para este tipo de proyecto, ya que la misma tiene bajos porcentajes de THC y altos porcentajes de CBD. Que el THC (tetrahidrocarbocannabinol) es el componente químico conocido que logra que la persona se relaje o que sus sentidos sean aumentados. En palabras comunes, es el componente “que produce la nota...”
14. El CBD es un componente conocido como cannabidiol (CBD), el cual es un cannabioide que se encuentra en el cannabis, siendo un principal componente de la planta. Cuando se compara con el THC, el cannabidiol no es psicoactivo y se considera que tiene un alcance más amplio para aplicaciones médicas que el THC.

15. Por tanto, la *Cannabis Indica*, de acuerdo con el Dr. Jose Vargas Vidot, no te produce el efecto natural que produce la marihuana regular o *Cannabis Sativa*, sino que brinda un efecto conocido como “dejarte de piedra”, lo que significa que está más centrado sus efectos en el cuerpo y no en el cerebro. Por ende, no brinda en palabras comunes “la nota” que produce la marihuana regular.

### **32. Sr. Francisco Ortiz (Paciente Cáncer)**

Me dirijo ante ustedes para exponer mi situación de salud en la que me encuentro. Tengo un cancer, carcinoma papilar, en el riñon izquierdo; además, metástasis en el área abdominal.

La quimioterapia que me están dando es para mantenerme, no para curarme, las cuales el plan médico cuando se lleva la receta a la farmacia autorizada, Axion, el mismo no las quiere pagar. Mi hija tiene que ir a Triple SSS a exigirle que la paguen porque yo tengo se Plan desde 1969 por mi trabajo, además, casi nunca me enfermé; por tanto, no lo utilice.

Con lo expuesto anterior, yo tengo que buscar alternativas en la medicina natural. Uno de los médicos que me atiende cree en ella, he rebajado 50 libras. Tengo conocimiento de muchas personas que usan la marihuana y se han curado, con remedios de plantas; incluyendo la marihuana. Se de una doctora que viajó a un lugar donde la marihuana la usan para curar el cancer. Me informaron que una niña de dos (2) años y medio tenía una tos que no se curaba con nada, con la marihuana la curaron, según el reportaje. Un compañero de trabajo me visitó, me informó que un vecino hace cinco (5) años salió con cancer; empezó a usar la marihuana ilegal y se curó.

Por lo tanto, estoy aquí ante ustedes porque soy una persona de Ley y orden y pido que me den la autorización para tener una planta en mi casa para usarla como medicina en unos teses con otras plantas medicinales. Los aztecas usan las plantas medicinales, no revelaban a nadie sus secretos por sus creencias, creían que en el 2012 el mundo se terminaba; ahora están revelando sus secretos para que la humanidad use sus conocimientos en la medicina natural. El Dr. Rivera; puertorriqueño, tiene un programa en el Canal 11 donde revela estos secretos, él visitó estas tribus.

Espero su atención y cooperación, soy una persona enferma, nunca la he utilizado.

Luego de expresada la intención y los comentarios sobre el Proyecto de la Cámara 1362, las Comisiones Informantes recomiendan la aprobación de un Sustitutivo del mismo, el cual se acompaña en este Informe.

La discusión del tema de la capacidad terapéutica de la marihuana; es un tema dentro del cual existen muchos puntos controversiales y en donde las diferencias de opiniones dentro de diversos sectores de nuestra sociedad es abismal.

No obstante a esto es importante antes de entrar en la discusión de la propuesta de la medida sustitutiva, establecer ciertos puntos importantes dentro de esta discusión:

Las Comisiones Informantes celebraron aproximadamente 11 Vistas Publicas en donde contamos con alrededor de 33 deponentes. La primera pregunta que hay que hacerse es: ¿Que es la marihuana?

La marihuana es una planta la cual es conocida por su nombre científico *Cannabis*. Además, existen diversas variaciones de la planta Cannabis; como por ejemplo, el *Cannabis Sativa*, el *Cannabis Indica* y el Cañamo (Hemp), entre los más conocidos.

El registro historico mas antiguo que se conoce del uso del cannabis es de los años 2727 A.C. (Antes de Cristo) por el emperador chino Shen Sung y se conoce que en la antigua Grecia y en Roma lo utilizaban. Además, el cannabis era usado en el Medio Oriente por el imperio islamico hasta el norte del continente africano.

Para el año 1545, el cannabis se habia propagado hasta el Hemisferio Occidental en donde los españoles lo importaron hacia Chile para usarlo como fibra.

En el caso de los Estados Unidos, el cannabis, en su forma de "Hemp" se producía en forma industrial en muchas plantaciones; en donde su fibra era usada en sogas, ropa y papel.

Por tanto, es indudable estipular que en los Estados Unidos, se utilizaba el Cannabis sin restricciones hasta los principios de los años 1900. Fue entonces que, para el año 1906, surgieron en los Estados Unidos las primeras restricciones a la venta de cannabis se realizaron en el año 1906, en el Distrito de Columbia.

Mas adelante, para el año 1937, fue aprobado la Ley de Impuesto de la Marihuana (Marihuana Tax Act), en la cual se prohibía la producción de cáñamo además de la marihuana. Esto fue debido a que la Oficina del Drug Enforcement Agency entendió que los campos de cultivo de "hemp" también

se utilizaban como fuente para los distribuidores de marihuana. Es importante señalar que por muchos años previos al año 1937 (Marihuana Tax Act), la marihuana fue recetada por médicos en los Estados Unidos; según fue establecido durante el proceso de Vistas Públicas por la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.

Ahora bien, este asunto se complica cuando en los Estados Unidos se implementó la Ley de Sustancias Controladas Federal (Controlled Substances Act-CSA). La misma fue promulgada por el Congreso de los Estados Unidos.

El Controlled Substances Act es la base legal por la cual la manufactura, importación, posesión y distribución de ciertas drogas están reguladas por el Gobierno Federal de los Estados Unidos. El Acta también ha servido como la base de la legislación que permite la implementación nacional de la política pública federal sobre drogas narcóticas (Sustancias Controladas). En Puerto Rico, tenemos una Ley de Sustancias Controladas Estatal que fue establecida para el año 1974 pero sus disposiciones toman como referencia la legislación federal.

En esta legislación se establecen Cinco Categorías (Clasificaciones), con calificativos variables para que una droga sea incluida en cada una de ellas.

Dos departamentos federales, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el cual incluye a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) determinan cual de las drogas son adicionadas o retiradas de las diferentes categorías.

Pese a que dicho estatuto fue aprobado por el Congreso creando el listado inicial, las decisiones de clasificación son requeridas para establecer los criterios de abuso potencial de la droga, el uso médico de la droga aceptado en los Estados Unidos y los aspectos potenciales que crean adicción.

Por tanto, queda estipulado que es el Departamento de Justicia Federal la agencia ejecutiva a cargo del cumplimiento de la ley federal en los Estados Unidos. Los gobiernos estatales en los Estados Unidos también regulan ciertas drogas no controladas a nivel federal.

En el caso de la marihuana, la misma se encuentra clasificada como droga de Categoría 1, tanto en la Ley de Sustancias Controladas Federal como en la de Puerto Rico. ¿Como funciona la Ley de Sustancias Controladas?. Veamos:

La Ley de Sustancias Controladas establece cinco (5) categorías de drogas empezando desde la Categoría 5 que es la más baja hasta la Categoría 1 que es la más alta. Las drogas que se encuentran en la Categoría 1 son aquellas drogas que tienen un alto poder adictivo y no tienen ningún uso médico aceptado. Por tanto, las drogas incluidas en la Clasificación 1 son las sustancias controladas más peligrosas dentro de todas las clasificaciones por su potencial de dependencia física o psicológica severa.

Un hecho ineludible es que actualmente, a nivel de los Estados Unidos, existe una controversia sobre este asunto. Muchos entes científicos y políticos están ejerciendo presiones sobre el Drug Enforcement Agency (DEA) y la Food and Drug Administration (FDA) para que tomen acción en la clasificación en la cual se encuentra actualmente la marihuana.

Entre las contradicciones encontradas por las Comisiones Informantes que tiene la FDA y el DEA sobre este asunto son las siguientes:

Actualmente, la FDA tiene aprobados para uso médico varios productos de cannabinoides sintéticos de la marihuana; aspecto que fue reforzado por la clase médica. Veamos:

**MARINOL** (Nombre Genérico-Dronabinol): Se usa para tratar la anorexia asociada con la pérdida de peso en pacientes con SIDA. También es usado para tratar las náuseas y vómitos causados por el cáncer y la quimioterapia cuando el paciente no ha respondido a otros tratamientos para controlar la náusea y el vómito.

**CESAMET** (Nombre Genérico-Nabilone): es usado para aliviar los síntomas de vómitos y náuseas que son causados por la quimioterapia como parte del tratamiento de cáncer. Al igual que el Marinol, el mismo es utilizado cuando el paciente no ha respondido a otros tratamientos para controlar la náusea y el vómito.

El Marinol actualmente se encuentra en la Categoría 3 y el Cesamet se encuentra en la Categoría 2 de la Ley de Sustancias Controladas. Ambos productos se encuentran dentro de la Clasificación Farmacológica de cannabinoides y los mismos son sintéticos.

Un punto importante en la discusión de este asunto es que mientras la marihuana se encuentra en la Categoría 1; lo cual significa que tiene un alto poder adictivo y no tiene ningún uso médico aceptado no obstante a esto, la cocaína se encuentra actualmente en la Categoría 2, lo que significa que tiene un alto poder adictivo y tiene un uso médico limitado.

Es de conocimiento general dentro del campo científico que la cocaína tiene un poder adictivo mayor que el de la marihuana, por tanto, la única razón lógica para tener la marihuana en la Categoría 1 sería que “no tiene ningún uso médico” de acuerdo con la Clasificación de la Categoría 1.

Sin embargo, la FDA tiene actualmente 2 productos aprobados (Marinol y Cesamet) y tiene en la Tercera Fase de Aprobación (Clinical Phase) un producto conocido como Sativex.

El Sativex es un producto producido por una farmacéutica en Inglaterra y el mismo se usa actualmente en Europa. Dicho producto es producido directamente de la planta *Cannabis Sativa*. El Sativex está indicado como tratamiento para los síntomas en pacientes adultos con espasticidad moderada o grave por motivos de padecer Esclerosis Múltiple. Este tratamiento es indicado cuando el paciente no ha respondido a otros tratamientos para controlar dicha espasticidad.

En cuanto a estos 3 productos (Marinol, Cesamet y Sativex) es importante indicar que de nuestra investigación de los mismos, ninguna de las farmacéuticas que los producen tiene una dosis establecida para pacientes pediátricos. De acuerdo con la información científica encontrada, no se han hecho estudios de dichos medicamentos en la población pediátrica y falta evidencia sobre un manejo seguro y empírico de dichos productos en pacientes pediátricos.

Otra contradicción encontrada por las Comisiones Informantes en cuanto a la clasificación de la marihuana es que la Oficina de Patentes de los Estados Unidos emitió la Patente # 6630507 a nombre del U.S. Health and Human Services (Departamento de Salud Federal), la cual fue presentada el 2 de febrero de 2001.

En dicha patente se muestra el uso de ciertos cannabinoides que se encuentran dentro de la planta *Cannabis Sativa*, como útiles en ciertas enfermedades neurodegenerativas como lo son el Alzheimer, el Parkinson y la demencia por HIV.

Por tanto, existen peticiones en los Estados Unidos de entidades médicas en donde se ha reconocido que se debe reconsiderar la Clasificación 1 de la marihuana dentro de la Ley de sustancias Controladas Federal.

En los Estados Unidos ha comenzado un movimiento por parte de la Asociación Americana de Médicos de los Estados Unidos, en donde adoptaron la siguiente resolución de política pública de su institución con relación a la utilización del Cannabis para uso medicinal:

***H-95.952 Cannabis for Medicinal Use***

(1) *Our AMA calls for further adequate and well-controlled studies of marijuana and related cannabinoids in patients who have serious conditions for which preclinical, anecdotal, or controlled evidence suggests possible efficacy and the application of such results to the understanding and treatment of disease.*

**(2) *Our AMA urges that marijuana's status as a federal schedule I controlled substance be reviewed with the goal of facilitating the conduct of clinical research and development of cannabinoid-based medicines, and alternate delivery methods. This should not be viewed as an endorsement of state-based medical cannabis programs, the legalization of marijuana, or that scientific evidence on the therapeutic use of cannabis meets the current standards for a prescription drug product.***

(3) *Our AMA urges the National Institutes of Health (NIH), the Drug Enforcement Administration (DEA), and the Food and Drug Administration (FDA) to develop a special schedule and implement administrative procedures to facilitate grant applications and the conduct of well-designed clinical research involving cannabis and its potential medical utility. This effort should include: a) disseminating specific information for researchers on the development of safeguards for cannabis clinical research protocols and the development of a model informed consent form for institutional review board evaluation; b) sufficient funding to support such clinical research and access for qualified investigators to adequate supplies of cannabis for clinical research purposes; c) confirming that cannabis of various and consistent strengths and/or placebo will be supplied by the National Institute on Drug Abuse to investigators registered with the DEA who are conducting bona fide clinical research studies that receive FDA approval, regardless of whether or not the NIH is the primary source of grant support.*

(4) *Our AMA believes that effective patient care requires the free and unfettered exchange of information on treatment alternatives and that discussion of these alternatives between physicians and patients should not subject either party to criminal sanctions. (CSA Rep. 10, I-97; Modified: CSA Rep. 6, A-01; Modified: CSAPH Rep. 3, I-09; Modified in lieu of Res. 902, I-10; Reaffirmed in lieu of Res. 523, A-11; Reaffirmed in lieu of Res. 202, I-12; Reaffirmed: CSAPH Rep. 2, I-13) (Enfasis Suplido)*

Por tanto, existe un consenso entre la clase medica de Puerto Rico y de los Estados Unidos; ademas de los centros de investigacion cientifica educativa tanto de Puerto Rico y de los Estados Unidos en donde se ha reconocido que se debe reconsiderar la Clasificacion 1 de la marihuana para los efectos flexibilizar los requisitos para poder realizar investigaciones clínicas para el desarrollo de nuevos medicamentos basados en cannabinoides. Sin embargo, tambien expresan que este planteamiento no debe entenderse como que se endosa el establecimiento de programas de uso terapeutico de la marihuana a nivel estatal y que lo primordial es que se estimule la continuación de estudios científicos sobre los potenciales usos de del cannabis dentro del campo de la medicina.

Las Comisiones Informantes, luego de analizar toda la informacion traída por todos los deponentes durante todo el proceso de Vistas Publicas; analizado el comportamiento y experiencias que actualmente estan experimentando en los estados que han autorizado de alguna manera la utilizacion del Cannabis por la ciudadanía en sus estados y considerando todos los aspectos operacionales de fiscalizacion adecuada requeridos por el Gobierno Federal y que conllevaria el implementar el Proyecto de la Camara 1362, hemos decidido que en vez de establecer legislacion como en la mayoria de los estados que permiten de forma amplia la compraventa y utilización de la marihuana para uso terapeutico para pacientes cualificados de condiciones certificadas por un medico especialista en dispensarios autorizados por el Estado; para el caso de Puerto Rico, creemos prudente establecer un Proyecto Piloto adscrito a un ente universitario debidamente acreditado en Puerto Rico para realizar estudios clínico-científicos llamados a analizar los posibles usos terapéuticos de la Planta "Cannabis" y su eficacia y contraindicaciones con la utilización de otros medicamentos como parte de un tratamiento médico de una condición o padecimiento medico en un paciente cualificado.

A su vez, dentro de las recomendaciones más importantes que realizamos en la medida para lograr atender las controversias surgidas durante el proceso de Vistas Públicas, se encuentran las siguientes disposiciones dentro del Proyecto Sustitutivo:

- Se mantiene el proceso de registro de las personas que padezcan las condiciones autorizadas por el Departamento de Salud para la utilizacion del Cannabis dentro del Proyecto Piloto de investigacion clínica.
- Se eliminan las condiciones establecidas que existian en la medida original y se le otorga en el Proyecto Sustitutivo la facultad al Departamento de Salud para que establezcan mediante reglamentacion, las condiciones que se van a permitir participar en el Proyecto Piloto de investigacion clínica.

- El concepto de “receta medica” y de “prescribir” no se incluye en la medida sustitutiva. Esto es así porque para efectos de la ley federal, la marihuana no es un “medicamento” aunque esta catalogado como una sustancia controlada. Por tanto, bajo la Ley de Sustancias Controladas federal, los médicos no pueden “recetar” dicha sustancia. El concepto que se utiliza es que los médicos expedirán un documento en donde certifique la condición del paciente para efectos de poder participar del Proyecto Piloto del Centro de Investigación, y las cantidades previamente aprobadas dentro del área de investigación que se haya establecido en el Proyecto Piloto.
- El paciente cualificado a participar del Proyecto Piloto, una vez este registrado y se le haya expedido la Tarjeta de Uso Terapéutico, irá al “dispensario” que será establecido dentro del Proyecto Piloto que tendrá la vigencia de seis (6) meses. Esto se hace así, para mantener un control adecuado del paciente cualificado y asegurarse que el mismo se encuentre en cumplimiento con los parámetros del Proyecto Piloto de investigación clínica para el cual fue aceptado participar.
- Otro punto importante dentro del Proyecto Sustitutivo, es que no se va a permitir la capacidad de un paciente cualificado de poder cultivar el Cannabis en su casa para ningún uso. En adición, el Cannabis va a ser brindado de forma procesada por el Proyecto Piloto al paciente cualificado de forma gratuita y la misma será producida a través del dispensario a establecerse dentro del Proyecto Piloto. Además, se establece que el dispensario autorizado solo podrá entregar a los pacientes cualificados o al acompañante autorizado por éste el Cannabis debidamente procesado.

¿Que significa esto?:

Que no podrán brindarla en su estado natural sino que debidamente procesada ya sea en una solución en aceite o como pomada, ungüento, aceite o mezcla, o preparación con el fin de que culmine en un producto que pueda ser ingerido, vaporizado o colocado sobre el cuerpo del paciente cualificado. Por tanto, no se podrá entregar en su estado natural. Este aspecto es requerido en el Proyecto Piloto, ya que existe un consenso tanto en la clase médica e investigativa como en las agencias reguladoras de salud que el utilizar la marihuana de forma fumada es la más dañina para el cuerpo por los componentes carcinogénicos que contiene y se activan al fumarla. Este punto fue reforzado por la Secretaria de Salud, la Dra. Ana Rius. Por tanto, entendemos que lo más responsable es tratar de evitar, que una persona pueda utilizarla para fumarla.

- Además, no se establecen en el Proyecto Sustitutivo restricciones de edad para ser un “paciente cualificado”.

Este punto trajo mucha discusión durante las Vistas Públicas. Actualmente, los estudios existentes indican que el THC puede tener efectos directos en el desarrollo cognositivo en menores de edad, no tanto así el CBD. Este punto fue desarrollado por el Dr. Igartua Cruz y otros deponentes dentro de la clase médica durante el proceso de Vistas Públicas.

Una de las controversias traídas durante el proceso de Vistas Públicas, es el problema existente del Cannabis en su forma natural; y que han llevado a las Comisiones Informantes a considerar de primera instancia en la creación de un Proyecto Piloto de investigación clínico-científica, y la posible participación de menores de edad en el mismo, de entenderlo tanto el Departamento de Salud como el Centro de Investigación que correrá la investigación clínica. El fundamento para permitir su posible inclusión, de ellos entenderlo meritorio, es el siguiente:

Actualmente, no existen datos científicos y empíricos que indiquen cual es la dosis adecuada del Cannabis en su estado natural, tanto para ser utilizado por un adulto como la posible formulación pediátrica, que por razones fisiológicas y genéticas no es la misma; ni las contraindicaciones o efectos de interacción que pueda tener su utilización con algún otro medicamento; punto que fue traído por la Junta Examinadora de Naturopatas y fue también traído por la Asociación Médica y el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, entre otros médicos que depusieron ante las Comisiones Informantes.

Volvemos a recordar lo expresado con el Marinol, Cesamet y próximamente el Sativex, que son productos que han pasado por el crisol científico y no se han hecho estudios de dichos medicamentos en la población pediatría y falta evidencia sobre un manejo seguro y empírico de dichos productos en pacientes pediátricos.

Por tanto, comprendiendo que dentro de los parámetros del Proyecto Piloto va a ser un ambiente clínicamente y científicamente controlado bajo los parámetros de investigación clínico-científica “clinical trials”, entendemos prudente el permitir, de entenderlo meritorio tanto el Departamento de Salud como en Centro de Investigación Clínica, que un menor de edad, que pueda padecer una condición de salud que se encuentre dentro de las escogidas en el área investigativa; y que los componentes del Proyecto Piloto antes mencionados entiendan que puede ser una oportunidad de investigación valiosa para poder estudiar los alcances clínico-científicos del Cannabis en pacientes pediátricos; que no se excluya en la Ley la posible

utilización del Cannabis como forma terapeutica dentro del Proyecto Piloto de investigacion clínica a establecerse. Además, se incluyó la obligación de que se cumplan con los parámetros científicos de investigación en el Proyecto Piloto a través del centro de investigación en cumplimiento con el IRB (Institutional Review Board) de la universidad que realice la investigación clínico-científica. Esto es de suma importancia ya que el “Institutional Review Boards” (conocido por sus siglas en inglés como “IRB’s”), son los comités que por disposición federal deben crearse en las universidades para que revisen toda investigación que envuelva la participación de seres humanos, para asegurarse el cumplimiento con los estándares institucionales éticos y la reglamentación federal aplicable y los derechos humanos de los participantes de la investigación clínica sean protegidos y salvaguardados.

Por ultimo, las Comisiones Informantes respetuosamente entienden que esta medida sustitutiva es el paso correcto dentro de la discusión de este asunto de política pública de salud en cuanto a la utilización del Cannabis como forma terapeutica en la jurisdicción de Puerto Rico en este momento.

## CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto, las Comisiones de Salud y de Seguridad Pública y para el Desarrollo de Iniciativas contra el Crimen y la Corrupción de la Cámara de Representantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la misma, tiene a bien someter su Informe Conjunto Positivo a este Augusto Cuerpo **recomendando la aprobación del Sustitutivo del Proyecto de la Cámara 1362.**

Respetuosamente sometido,

**LYDIA MÉNDEZ SILVA**

Presidenta  
Comisión de Salud  
Pública y para

**JOSE L. BAEZ RIVERA**

Presidente  
Comision de Seguridad

el Desarrollo de Iniciativas contra el  
Crimen y la Corrupción