

LEY 27.350 SOBRE USO MEDICINAL DEL CANNABIS. UN FRACASO EN LO JURÍDICO Y UN LOGRO EN LO POLÍTICO¹

Mariano Fusero²

I. Introducción

El 22 de septiembre de 2017, se ha publicado en el Boletín Oficial la reglamentación de la ley 27.350 sobre “*Investigación médica y científica de uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados*”, mediante el decreto PEN 738/2017. Sus contenidos se complementan a su vez con la Resolución 1537-E/2017 del Ministerio de Salud de Nación, mediante la cual se termina de delinear el “*Programa Nacional de Investigación del uso medicinal de la planta de cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales*”.

Como puede observarse desde los títulos brindados a tales normas, las mismas hacen su basamento en la investigación médica y científica de la sustancia, sin ahondar en otras cuestiones políticas y normativas que fueron arduamente debatidas durante el transcurso de su sanción y puesta en vigencia.

La ley y sus complementos normativos, fueron una demanda de la sociedad civil que ha planteado a los poderes públicos la necesidad de una regulación específica del acceso al cannabis para fines médicos y terapéuticos; principalmente asociaciones de personas usuarias de cannabis y madres de niños con padecimientos tratables con la sustancia. Sin embargo, el plexo normativo al cual se ha arribado, ha desatendido sus principales demandas y no subsanado una serie de lagunas normativas que perduran al día de hoy.

El presente texto pretende abordar ello, desde una óptica de análisis de contexto mediante el cual se puedan visibilizar los alcances, aciertos y desatenciones de la legislación aprobada.

II. El contexto y la aprobación de la ley

El primer antecedente público de petición formal de acceso legal al cannabis medicinal, podemos situarlo en el año 2013 mediante la acción de amparo presentada por un paciente con múltiples padecimientos ante el fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha acción ha

¹ Versión ampliada del texto publicado en Rubizal Culzoni Editores, RC D 1691/2017.

² Abogado -UBA-. Diplomado en Política de Drogas -CIDE, México-. Director del Área de Política de Drogas de la Asociación Pensamiento Penal -APP-.

dado lugar a una sentencia en el año 2015 que aún hoy es única en la materia³. En tal expediente, se debatió el acceso del actor a la sustancia por medio de la provisión de los organismos públicos o por medio del autocultivo, siendo que sobre este último punto el juez ha afirmado que la conducta se encuentra dentro del *“ámbito de privacidad de las personas y de la posibilidad de decidir respecto del propio plan de vida, con la condición de que no se encuentren afectados derechos de terceros”*.

Aún hoy, mediados de 2017, se aguarda la resolución de la alzada a pesar del extenso tiempo transcurrido desde las apelaciones de las partes (2015) y considerando que el objeto sobre el cual se debe decidir hace a la salud individual del accionante y sus implicancias para la salud pública en este contexto de debate nacional sobre la temática.

Durante la tramitación del mencionado planteo judicial, paralelamente se han producido por vía administrativa los primeros antecedentes de importación de sustancias en base a cannabis, mediante el régimen de *Usos Compasivos* establecidos por la ANMAT⁴. Los primeros casos fueron del producto conocido comercialmente como SATIVEX (ratio 1:1 THC/CBD) en el año 2014 y durante el año 2015 de aceites a base de CBD, principalmente para el tratamiento de niños con patologías tratables mediante tal compuesto.

La visibilización mediática de estos casos y la resultante empatía social causada por los mismos, han finalmente precipitado los tiempos políticos, la presentación de diversas iniciativas parlamentarias y el tratamiento en el Congreso Nacional. Asimismo, ha sido trascendental la organización social de madres y pacientes que llevaron adelante el reclamo por una normativa nacional que los proteja y reconozca en el ejercicio de sus derechos.

Cabe resaltar que a partir de dicha visibilización se han presentado más de una decena de proyectos de ley respecto de la temática y la gran mayoría de ellos incluía la demanda principal de tales organizaciones: el acceso democrático a la sustancia, contemplando tanto la vía de acceso a productos elaborados por laboratorios públicos o privados, como así también a la sustancia en su estado vegetal mediante el autocultivo personal, el cultivo colectivo y el cultivo solidario.

Sin embargo, luego de largos debates en comisiones parlamentarias, en las cuales primo el reclamo por una regulación integral en donde se respetara tales vías de acceso⁵, diputados del partido de gobierno lograron imponer una iniciativa propia

³ “C., A. R. CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)”, EXPTE: EXP 44.899/0. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/fallos/41749-cannabis-uso-medicinal-provision>

⁴ Cfr. Disposición N° 840/1995 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Disponible en http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Disposicion_840-1995.pdf

⁵ Véase versión taquigráfica de la exposición de diversos especialistas, familiares, funcionarios y legisladores ante la Comisión de Acción Social y Salud Pública del Congreso Nacional el día 14 de Junio de 2016. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/miscelaneas/43884-cannabis-medicinal-version-taquigrafica-del-debate-comisiones-del-congreso>

que ha restringido el tema a la necesidad de desarrollar una investigación pública en manos del Ministerio de Salud de la Nación y el desarrollo consecuente de un Programa de Investigación⁶, por medio del cual las personas que precisaran de la sustancia podrían someterse al mismo y acceder a la sustancia en términos de gratuidad⁷.

A tal fin, el Estado accedería a la sustancia por medio de la importación o la elaboración pública de sustancias en base a cannabis, por medio de la ANLAP, CONICET y el INTA⁸. Mientras tanto, aquellas personas que no se sometieran al programa de investigación, se les negaría la gratuidad y/o cualquier subsidio económico sobre la importación de productos, a los cuales podrían continuar accediendo mediante el régimen excepcional de importación de la ANMAT -lo que involucra un proceso burocrático y altamente oneroso-.

Valga resaltar que como premisa fundamental de la iniciativa oficial transformada finalmente en ley, el acceso a la sustancia vegetal por medio del autocultivo estaba absolutamente vedado, conservando la amenaza de criminalización para con las personas que accedieran a la sustancia por dicha vía.

III. Un fracaso en lo jurídico

III.1. La planta prohibida

Durante el transcurrir del debate sobre el uso medicinal del cannabis, diversos actores exigieron enfáticamente la necesidad de contar con una mayor comprobación médica-científica sobre dicha utilización, que fundara y avalara la necesidad de regular.

Como hemos afirmado en otra publicación⁹, exigir estándares científicos superlativos para habilitar el acceso a sustancias que claramente benefician la salud integral de las personas que las consumen bajo el pleno ejercicio del derecho a la salud, soberanía personal, libertad y autodeterminación, pareciera ser otro ejercicio retórico infundado dentro de una cultura prohibicionista que nos ha alejado de la empatía por los que sufren innecesariamente.

Más allá de lo que afirme la ciencia al día de hoy, la cuestión es que -a ciencia cierta- el uso medicinal-terapéutico del cannabis está brindando cuantiosos resultados favorables al bienestar de las personas que precisan de dicha sustancia y hacen uso diario de la misma.

El debate sobre el uso medicinal-terapéutico no debe reducirse así a una cuestión médica o científica, bajo una parálisis de análisis que nos estanque hasta el

⁶ Cfr. Artículo 2º y ss. de la ley 27.350.

⁷ Cfr. Artículo 3º inciso d) de la ley 27.350.

⁸ Cfr. Artículo 6º de la ley 27.350.

⁹ Véase FUSERO, M. *La salud prohibida y ciertos avances en el uso medicinal del cannabis en Argentina*. Asociación Pensamiento Penal, Febrero 2016. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/42926-salud-prohibida-y-ciertos-avances-uso-medicinal-del-cannabis-argentina>

improbable e indeterminado supuesto de que la ciencia médica avale tales prácticas soberanas sobre las autonomías personales. El debate se trata de reconocer o no el ejercicio de derechos humanos fundamentales que hacen a la dignidad humana, más allá del aval de la ciencia sobre tales conductas; lo cual es recomendable y bienvenido, aunque nunca necesario para reconocer el ejercicio pleno de los mismos.

Se hace imposible dejar de comparar la exigencia superlativa para regular una sustancia cuya utilización terapéutica data de aproximadamente 5.000 años en la historia de la humanidad, con aquellos argumentos sobre los cuales se ha basado la prohibición hace 80 años atrás, en el país mentor de la cruzada bélica a nivel global.

Cabe citar así ciertas manifestaciones esgrimidas por el principal referente del prohibicionismo a nivel internacional, ante el Congreso de la Nación de Estados Unidos. El ejercicio que se propone es comparar la seriedad y validación científica de sus argumentos, con los exigidos en la actualidad para regular la sustancia -aunque sea sólo a fines medicinales-.

En 1930 se crea la Oficina Federal de Narcóticos -predecesora de la DEA-, nombrándose como Comisionado de la misma a Harry J. Anslinger. Este funcionario, participe del estrepitoso fracaso de la Ley Seca (1920-1933¹⁰), mantenía como único mérito el hecho de ser familiar indirecto del Secretario del Departamento del Tesoro.

El zar antidrogas estadounidense, entre otros fundamentos respecto de la necesidad de prohibir el cannabis, afirmó que:

“Hay 100.000 usuarios que fuman marihuana en EEUU y la mayoría son negros, hispanos, filipinos y artistas. Sus músicas satánicas, jazz y swing, provienen del uso de marihuana”

“La marihuana causa que las mujeres blancas busquen tener relaciones sexuales con negros, artistas y cualquier otro”.

“La principal razón para prohibir la marihuana, es el efecto que causa en las razas degeneradas”

“La marihuana es una droga adictiva que produce insania, criminalidad y muerte en sus consumidores”

“Un cigarro de marihuana hace que los oscuros de piel se crean tan buenos como los hombres blancos”

“La marihuana conduce al pacifismo y el lavado de cabeza comunista”

“Fumas marihuana y puedes estar propenso de matar a tu hermano”

¹⁰ Entre los cuales se puede mencionar a mero título ilustrativo: 30 mil personas muertas y 100 mil víctimas de ceguera y parálisis, a causa del consumo de alcoholes no aptos para el consumo humano; 45 mil detenidos por traficar; aumento de la tasa de homicidios del 78%; superpoblación penitenciaria, pasando de 4.000 prisioneros en 1920 a 26.859 en 1932; corrupción y complicidad de las fuerzas de seguridad con el mercado ilegal y gánsteres; entre tantos otros.

“La marihuana es la droga causante de mayor violencia en la historia de la humanidad”

“Estudiantes de color de la Universidad de Minnesota salían de fiesta con otras estudiantes (blancas) y se ganaban su simpatía contándoles historias de persecución racial. ¿Y cuál era el resultado? Muy sencillo: embarazo”

“La marihuana convierte al hombre en un animal salvaje. Si el abominable monstruo de Frankenstein se las viera con el monstruo de la marihuana, se moriría de miedo”

Entre otras pruebas que Anslinger proporcionó a favor de la aprobación de la Marijuana Tax Act -1937, Unificación de las Leyes Estatales-, citó una carta del editor de un periódico californiano, que relataba el ataque sufrido por una niña blanca de parte de un mexicano bajo los efectos de la marihuana:

«Me gustaría poder mostrar lo que un pequeño cigarro de marihuana puede hacer a uno de nuestros degenerados residentes de habla hispana. Es por eso que nuestro problema es tan grande; el porcentaje más grande de nuestra población está compuesta por personas de habla hispana, la mayoría de los cuales son de baja condición mental, debido a condiciones sociales y raciales»

Siendo tales los argumentos de la prohibición, posteriormente internacionalizada, plagados de concepciones racistas, xenófobas, y sensacionalistas que aún perduran arraigados en una cultura atravesada por el prohibicionismo hegemónico.

Sin embargo, cuando se pretende volver a regular¹¹ la sustancia, al menos para fines medicinales-terapéuticos, se exige una comprobación científica superlativa que conlleva a una parálisis de análisis eterna, que se plantea en el terreno político como un supuesto “avance”.

Imaginémonos que para lograr una regulación plena y democrática del acceso al cannabis con fines medicinales-terapéuticos, necesitaríamos esperar el desarrollo y resultados de estudios científicos –demorados por el mismo prohibicionismo- de aproximadamente 150 cannabinoides¹², 500 compuesto de la planta, la sinergia de los mismos entre sí y su aplicación sobre cada patología o dolencia posible de investigar y tratar eficazmente mediante los mismos. Podrían pasar décadas o tal vez un siglo si es que hubiéramos empezado a emprender dicha tarea el día de ayer.

Tal situación, enfatiza más su insensatez cuando el objetivo es regular una sustancia cuyos efectos son menos dañinos respecto de otras sustancias sostenidas en la

¹¹ Recordemos que el cannabis no estuvo prohibido a nivel internacional, sino a partir de las primeras décadas del Siglo XX, y a nivel global a partir de la Convención Única de Estupefacientes de 1961.

¹² Hoy en día la mayoría de las investigaciones abordan la investigación de menos de una decena de cannabinoides.

legalidad¹³ y hasta publicitadas en nuestro país sin ningún pudor, aún en horarios desprovistos de protección infantil –caso del alcohol, por ejemplo-.

Sin embargo, aún luego del debate a nivel nacional y la aprobación de la Ley 27.350, la mayoría de las personas que precisan acceder al cannabis se encuentran en la ilegalidad y pasibles de ser criminalizadas mediante la ley penal 23.737, con penas absolutamente desproporcionadas. Ello tan sólo por el hecho de necesitar o elegir acceder a la sustancia en su estado natural¹⁴.

Supongamos el caso de una madre que cultiva cannabis para el tratamiento de su hijo. Sobre dicha conducta cabe la aplicación de una pena de *cuatro a quince años* de prisión¹⁵ -máximo legal establecido para el delito de violación por ejemplo-, o de *un mes a dos años* de prisión si es que se comprende dicha conducta dentro del atenuante *para consumo personal*¹⁶.

En el caso de que deba trasladar dicha sustancia, circunstancia de muy factible necesidad como cualquier madre traslada la medicina de su hijo al lugar donde el mismo la precise, las penas por tenencia simple van de *uno a seis años* de prisión¹⁷, o *un mes a dos años* de prisión en el caso de que pueda comprobar que la tenencia es para *uso personal*¹⁸.

Ante la decisión de juntarse con otras dos o más madres -o pacientes- para el desarrollo de un cultivo colectivo, a fin de abaratar costos, compartir conocimientos sobre el cultivo, repartir responsabilidades en el desarrollo del mismo, o cualquier otra razón válida como para desarrollar esta tarea de forma comunitaria, la ley penal establece un agravante de *seis a veinte años* de prisión¹⁹ –penas que podrían corresponder ante un caso de homicidio simple-. Y la persona titular del inmueble en donde se lleve adelante dicha conducta, le corresponde a su vez el delito de *facilitación de lugar, aunque sea a título gratuito*, con una pena de *tres a doce años* de prisión²⁰.

¹³ Véase David Nutt, “Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse,” *The Lancet* 369:9566 (24–30 March 2007): 1047–53. Disponible en www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607604644.

¹⁴ Las razones por las cuales resulta necesario regular el acceso a la sustancia en sus estado vegetal, las hemos ya tratado en diversos artículos como ser “*Debate sobre cannabis medicinal. Los dolores que nos quedan son las libertades que nos faltan*”, disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/43647-debate-sobre-cannabis-medicinal-dolores-nos-quedan-son-libertades-nos-faltan>; y “*Cannabis medicinal. Hemos encontrado una solución: Usted sufra mientras yo investigo*”, disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/44286-cannabis-medicinal-hemos-encontrado-solucion-usted-suframientras-yo-investigoy>

¹⁵ Cfr. Artículo 5º inciso A de la ley 23.737.

¹⁶ Cfr. Artículo 5 anteúltimo párrafo de la ley 23.737.

¹⁷ Cfr. Artículo 14 primer párrafo de la ley 23.737.

¹⁸ Cfr. Artículo 14 segundo párrafo de la ley 23.737.

¹⁹ Cfr. Artículo 11 inciso C de la ley 23.737.

²⁰ Cfr. Artículo 10 de la ley 23.737.

Aquellos cultivadores solidarios, generalmente personas que autocultivan y destinan altruistamente parte de su cosecha para elaborar aceites y donarlos a las personas que los precisan con fines médicos/terapéuticos, les corresponde la pena de *tres a doce años* de prisión ante el *suministro gratuito*²¹. En el caso de que haya un intercambio oneroso, aunque sea para cubrir costos del cultivo o elaboración de aceites, les corresponde la pena de *cuatro a quince años* de prisión por *suministro a título oneroso*²².

En el caso de que se realicen talleres de extracción de aceites, actividad cotidiana dentro de los grupos cannábicos que enseñan a los dolientes a cultivar y extraer sus propias sustancias, dicha conducta puede ser penalizada mediante la pena de *uno a seis años* de prisión bajo la figura de *preconización*²³, y/o la pena de *dos a ocho años* de prisión correspondiente a quien *imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes*²⁴.

Si se decide tener acompañamiento médico y el profesional *prescribiera* la utilización de cannabis, el mismo podría ser reprimido con una pena de *dos a seis años* de prisión si no pudiera demostrar que dicha prescripción se encuentra dentro de *los casos que indica la terapéutica*²⁵.

Todas conductas cotidianas en la realidad de pacientes, familias, madres, padres, autocultivadores y médicos que rondan la temática por necesidad o profesionalismo. Todas conductas alcanzadas por la ley penal.

Sobre ello no hubo voluntad política de avanzar en un contexto en donde el énfasis puesto en la retórica bélica de la *guerra contra las drogas*, acapara toda la atención y nubla la razón de comprender la necesidad de reforma legislativa consecuente con una realidad y la necesidad de los dolientes.

III.2. La investigación médica/científica

Durante el proceso de debate se observó algunos profesionales de la medicina, investigadores y legisladores, solicitar la aprobación de una norma que *autorizase* a realizar investigaciones científicas sobre el uso medicinal de la planta de cannabis. En tal sentido, la norma aprobada fue reconocida como un “*avance*” en dicha materia y publicitada como tal.

A pesar de que existan cientos de investigaciones a nivel mundial, la sustancia esté regulada en decenas de países y el uso medicinal se investigue en el plano internacional desde la década del '60, pareciera que Argentina debe tener sus propias investigaciones como para regular el acceso claro y democrático a la sustancia. Es

²¹ Cfr. Artículo 5º inciso E de la ley 23.737, segunda parte.

²² Cfr. Artículo 5º inciso E de la ley 23.737, primera parte.

²³ Cfr. Artículo 12 de la ley 23.737.

²⁴ Cfr. Artículo 28 de la ley 23.737.

²⁵ Cfr. Artículo 9 de la ley 23.737.

como si debiéramos empezar a estudiar hongos durante décadas antes de regular la penicilina, desconociendo el trabajo de Fleming.

Ahora bien, la investigación médica y científica con cualquier sustancia prohibida, siempre fue una excepción del prohibicionismo establecido por medio de los instrumentos internacionales²⁶. Tales normas, nacidas principalmente en la década del '60, no sólo que habilitan al desarrollo de tales investigaciones, sino que demandan a los países a tomar medidas para *garantizar* la disponibilidad de las sustancias para fines *médicos y científicos*.

En tal sentido, el mismo preámbulo de la piedra fundamental del régimen de fiscalización internacional de estupefacientes, la Convención de 1961, reconoce tempranamente “...que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que **deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin**” (el resaltado es propio, remarcando el carácter imperativo de la enunciación).

Así como se fiscaliza a los países en sus aportes a la contienda bélica, con igual énfasis se debiera fiscalizar que a sus poblaciones no se les prive de sustancias con fines terapéuticos, incrementando innecesariamente sus dolencias y privándolas de tratamientos posibles que redunden en un beneficio a su salud integral.

Como consecuencia a lo establecido en la normativa internacional, nuestro país avanzó en su legislación local por medio de dos normativas que vienen a regular administrativamente lo allí establecido. En tal sentido, la Ley 17.818 de 1968, regula administrativamente las conductas de “importación, exportación, fabricación, fraccionamiento, circulación y expendio”²⁷ de las sustancias estupefacientes definidas así por la Convención de 1961; mientras que la ley 19.303 de 1971, regula idénticas conductas para con las sustancias psicotrópicas conforme los listados del Convenio de 1971.

De la mera lectura integral de tales normas, surge claramente que “la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos” está contemplada y regulada en la normativa nacional desde hace 50 años. Aun así, durante el proceso de debate se sembró cierta confusión respecto de ello, siempre queriendo simular que la *autorización para investigar* era un avance normativo que debía de celebrarse.

Aun aquellos que entendieron a justa hora que dicha *autorización* no significaba avance normativo alguno, manifestaban que la laguna se producía respecto del acceso a la sustancia –producción- para tales fines, siendo que las normas antes señaladas también hacen mención a la producción de sustancias prohibidas para hacer viables las investigaciones. Por ejemplo, las normas establecen que “*Queda prohibida la*

²⁶ Cfr. Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas (1961); Convenio de Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas (1971); y La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas (1988)

²⁷ Cfr. su Artículo 2º.

*producción, fabricación, exportación, importación, comercio y uso de los estupefacientes contenidos en las listas IV de la Convención Única sobre Estupefacientes del año 1.961 (en la cual se incluye el cannabis), **con excepción de las cantidades estrictamente necesarias para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con estupefacientes que se realicen bajo vigilancia y fiscalización de la autoridad sanitaria***²⁸ (el resaltado me pertenece). En sentido positivo, la producción de las “*cantidades estrictamente necesarias para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos*”, está permitida por ley. Hace 50 años.

No sólo que no puede observarse ningún avance normativo en tal materia, sino que mediando una interpretación restrictiva de la norma aprobada, se puede intuir un retroceso. Ello por cuanto las leyes que venimos citando y vigentes durante décadas, en ningún momento monopolizan la investigación médica científica en manos del Estado Nacional. Sin embargo, tal circunstancia podría interpretarse mediante una lectura restrictiva de la Ley 27.350, la cual en ninguna de sus disposiciones menciona la actividad privada o local en la materia. Tal interpretación podría afectar los legítimos intereses que puedan tener universidades, centros de investigación, laboratorios, municipios y/o provincias, en realizar investigaciones sobre la sustancia.

III.3- La importación

Como hemos mencionado, desde el año 2014 se registran en nuestro país la importación de sustancias a base de cannabis por medio del régimen de *Usos Compasivos* establecidos por la ANMAT²⁹.

Asimismo, el 8 de Junio de 2016, una semana anterior a que comiencen los debates y reuniones informativas en comisiones parlamentarias de la Cámara de Diputados, la ANMAT ha publicado el “*Informe Ultrarrápido de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Usos Terapéuticos de los Cannabinoides*” en el cual presentó los resultados obtenidos respecto a la eficacia y seguridad del uso medicinal de los cannabinoides para el tratamiento del dolor crónico, náuseas y vómitos debido a quimioterapia, estimulación del apetito en infección HIV/SIDA, espasticidad debido a esclerosis múltiple o paraplejía, síndrome de Tourette y epilepsia refractaria a los tratamientos convencionales; en pacientes de cualquier edad. Para ello, se seleccionaron 16 revisiones sistemáticas/metanálisis y 2 estudios observacionales³⁰.

Cabe destacar que de las conclusiones de dicho Informe -que tiene el valor de representar la opinión del Estado Argentino en la materia-, se reconoce la utilización

²⁸ Artículo 3º de la ley 17.818. Idéntica norma se observa en el artículo 3º de la ley 19.303.

²⁹ Disposición 840/1995, reemplazada posteriormente por la Disposición N° 10401/16 sobre “*Régimen de Acceso a Excepción a Medicamentos (RAEM)*”.

³⁰ Cabe destacar que dicho relevamiento es bastante limitado a razón del avance en la investigación científica a nivel internacional.

de cannabinoides para varias patologías, como ser: el tratamiento del dolor³¹, epilepsia refractaria³², espasticidad y espasmos dolorosos en em³³, reducción de náuseas y vómitos³⁴, y otras.

Asimismo, la máxima autoridad en la materia ha afirmado en dicho informe que: *“En casi todas las patologías estudiadas se plantea el uso de los cannabinoides como un potenciador y/o coadyuvante del tratamiento de base, lo que permitiría suprimir alguna droga o reducir su dosis con el consecuente beneficio”*; *“en las enfermedades raras y graves como la Epilepsia Refractaria sobre todo antes de los 18 años, el uso del aceite de cannabis resulta en una clara tendencia en la mejoría de los enfermos y en su calidad de vida y la de sus cuidadores”*; *“el uso medicinal del cannabis y sus compuestos no adictivos deberían ser considerados dentro del arsenal terapéutico de uso controlado”*.

Sin embargo, contradiciendo su propio informe y los antecedentes de importación para cualquier patología, el 7 de octubre de 2016 –en pleno debate parlamentario– la misma ANMAT restringió la importación de productos en base a cannabis solo ante casos de *epilepsia refractaria de niños y jóvenes adultos*³⁵. Un retroceso y contradicción institucional de suma gravedad.

Por su parte, la Ley 27.350 establece que la ANMAT *“...permitirá la importación de aceite de cannabis y sus derivados, cuando sea requerida por pacientes que presenten las **patologías contempladas en el programa** y cuenten con la **indicación médica pertinente**. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al programa”*³⁶ (el resaltado me pertenece).

Ello se complementa con la reciente Resolución del Ministerio de salud³⁷, que establece que *“**las personas que padezcan epilepsia refractaria, y a las que se prescriba el uso de Cannabis y sus derivados, en base a las evidencias científicas existentes, son susceptibles de solicitar la inscripción...**”* en el Programa de investigación. Aclarando que *“El Programa podrá incorporar otras patologías, basado en la mejor evidencia científica”*.

³¹ *“DOLOR: los cannabinoides muestran beneficios leves a moderados para el tratamiento del dolor cuando se los compara con placebo. El THC fumado ha demostrado ser la intervención con mayor efectividad. El nivel de efectividad de los cannabinoides es dosis dependiente y resultan ser opciones muy útiles cuando se asocian a otras alternativas terapéuticas”*.

³² *“EPILEPSIA REFRACTARIA: se observó una reducción mayor o igual al 50% en la frecuencia de las convulsiones en el 47% de los pacientes tratados con CBD o su asociación con THC. Puede ser considerada como una alternativa adyuvante en el tratamiento de estos pacientes”*.

³³ *“ESPASTICIDAD Y ESPASMOS DOLOROSOS EN EM: especialmente el nabiximols, podría tener un rol importante en el manejo de la espasticidad no controlada con las terapéuticas habituales”*.

³⁴ *“REDUCCIÓN DE NÁUSEAS Y VÓMITOS: fueron 4 veces más efectivos que el placebo para el control de náuseas y vómitos en pacientes bajo tratamiento quimioterápico”*.

³⁵ Comunicado disponible en

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/Aceite_Cannabis_para_Uso_Compasivo.pdf

³⁶ Cfr. su artículo 7°.

³⁷ N° 1537-E/2017.

O sea, en principio seguirá la restricción de importación de productos cannábicos únicamente para casos de epilepsia refractaria, siendo la única patología claramente contenida en el Programa. Ello redundará en un retroceso en el acceso a la sustancia que afecta la progresividad en materia de derechos humanos.

III.4. Prescripción médica

Como hemos visto, sobre los profesionales de la salud pesa la amenaza de sanción penal de *dos a seis años* de prisión para quien “*prescribiera, suministrar o entregare estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias*”³⁸. Circunstancias abstractas, arbitrariamente contenidas en un tipo penal, ya que tanto los *casos que indica la terapéutica* como las *dosis* recomendadas, hacen al buen ejercicio de cada profesional conforme los cuadros clínicos que se les presenten y el conocimiento que tengan sobre el funcionamiento del sistema endocannabinoide en el cuerpo humano³⁹. Sin embargo, la amenaza de sanción penal existe en tales términos.

A su vez, el Decreto-Ley que rige el ejercicio de la medicina⁴⁰ prohíbe “*practicar tratamientos personales **utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública***” (el resaltado me pertenece). Actualmente, dicha autorización está en manos de la ANMAT.

El problema se presenta cuando este organismo no sólo que no reconoce sustancia alguna a base de cannabis, sino que mantiene vigentes dos disposiciones que enumeran al cannabis dentro del listado de sustancias vegetales que no pueden ser usados en fórmulas de medicamentos fitoterápicos (Disposición 1788/2000), o en la composición de suplementos dietarios (Disposición 1637/2001)⁴¹. O sea, ¿cuál es la posibilidad de los profesionales de la salud de recetar, prescribir o indicar sustancias que no están reconocidas por la autoridad pública y la misma prohíbe su elaboración? Ello tampoco fue subsanado mediante la aprobación de la Ley 27.350.

IV. Un logro en lo político

Hablar de un logro político no deja de ser una generosidad, ya que en definitiva el reconocimiento del ejercicio de los derechos humanos, como ser a la privacidad, libertad, soberanía sobre los propios cuerpos y autodeterminación individual, debiera

³⁸ Cfr. Artículo 9° de la Ley 23.737.

³⁹ Conocimiento aún hoy no difundido en las currículas de las universidades públicas y privadas del país.

⁴⁰ Decreto ley 17.132/67, *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*.

⁴¹ Recordemos la importancia de ello, siendo que uno de los aceites producidos internacionalmente es reconocido en EEUU como un suplemento dietario: el aceite de CBD conocido comercialmente como Charlotte’s Web.

de ser reconocida a todos los consumidores de sustancias prohibidas en general, cualquiera sea la finalidad o necesidad para la cual consumen dichas sustancias. Así fue reconocido por la CSJN en antecedentes “Bazterrica” -1986- y “Arriola” -2009-.

Sin embargo, y a pesar de una veintena de proyectos de ley que proponen la no criminalización de los usuarios de drogas en general⁴², no se ha arribado en sede legislativa a una legislación acorde al respeto y reconocimiento de tales derechos, conservando nuestro país una de las leyes más prohibicionistas y anacrónicas de la región.

Es así que la demanda por el reconocimiento de derechos de la población usuaria sólo de una sustancia en particular –cannabis- para una finalidad exclusiva y determinada –medicinal/terapéutica-, no deja de ser una restricción a un reclamo y necesidad mayor. Ello es que se termine con la criminalización inconstitucional y masiva de personas que usan drogas, despenalizando cuanto menos las figuras que hacen al consumo personal como es demandado por la jurisprudencia y declaraciones de organismos internacionales⁴³.

Sin embargo, el debate social, político y mediático, ha redundado en cierto logro en desmitificar los usos de una sustancia demonizada durante un siglo de prohibicionismo acrítico y absolutista; en hacer visibles a pacientes, madres, padres y niños que precisan de esta sustancia para paliar los efectos de sus patologías; en la organización social de tales personas en agrupaciones donde prima la solidaridad entre sus miembros y la sociedad en general; en la presencia de tales actores en el debate institucional, académico, científico y médico sobre la materia, reconsiderados y empoderados como sujetos políticos de imprescindible presencia en los mismos; en la información brindada a la sociedad, la cual es compuesta por personas a las cuales se les ha ocultado la existencia de tratamientos posibles a sus patologías mediante una sustancia circunscripta por el prohibicionismo exclusivamente a los “*usos indebidos*”; a cierto reconocimiento legislativo que hace nuestro país sobre la necesidad de contemplar, al menos, la posibilidad de investigar las potencialidades médico/científicas de esta sustancia; al traslado y repercusión que ello significa en materia internacional, situando a Argentina como uno de los países que regula, aunque restringidamente, el acceso a la sustancia; en visibilizar que las personas que hacen uso de una sustancia prohibida aunque sea para fines médico/terapéuticos, son pasibles de ser criminalizadas mediante la aplicación inconstitucional y desproporcionada de penas que se cuantifican en decenas de años de prisión; en la posibilidad que tienen las legislaciones provinciales de abordar la temática brindando soluciones legislativas superadoras a la restrictiva norma nacional, haciendo uso de

⁴² Véase FUSERO, M. *Comparativo de proyectos de ley sobre despenalización de delitos de consumo de drogas en argentina (2009/2016)*. Revista de la Asociación Pensamiento Penal, Octubre 2016. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/44229-comparativo-proyectos-ley-sobre-despenalizacion-delitos-consumo-drogas-argentina>

⁴³ Véase FUSERO, M. *Declaraciones de Organismos Internacionales respecto de la No Criminalización de las Personas que usan Drogas*. Revista de la Asociación Pensamiento Penal, Mayo 2017.

sus competencias concurrentes en materia de salud y derechos humanos de sus poblaciones; entre otras.

Tal vez sea escaso, pero es bastante en un contexto político en donde no se prioriza el reconocimiento de derechos, sino la demagogia punitiva y beligerante de una fallida guerra contra las (personas que usan) drogas.

Buenos Aires, Noviembre de 2017.