



JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN
Senador de la República

Bogotá D.C., 22 de julio de 2014

Honorable Senador

JOSÉ DAVID NAME CARDOZO

Presidente del Senado de la República.

E. S. D.

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

Apreciado Presidente, Honorables Senadores y Representantes:

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

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

- I. INTRODUCCIÓN
 1. Breve historia
 2. Prohibición y criminalización
 3. Uso terapéutico del cannabis
 4. Estado actual de penalización, regulación y legalización en el mundo del cannabis
 5. Posibles pacientes beneficiarios con enfermedades crónicas en Colombia
 6. Resultados consumo marihuana en Estudio Nacional de consumo SPA 2013
- II. MARCO NORMATIVO VIGENTE
- III. EL PROBLEMA DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE
- IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD
- V. MARCO JURISPRUDENCIAL
- VI. PROPUESTA NORMATIVA
- VII. CONCLUSIÓN

I. INTRODUCCIÓN

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

Estudios sobre la composición del cannabis, indican que a la fecha, se han identificado más de 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales, cerca de 60 son sustancias cannabinoides. El principal constituyente psicoactivo del cannabis es el tetrahidrocannabinol, también conocido por sus siglas "THC". Así, organismos como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC ³ generalmente usan la cantidad de THC presente en una muestra de cannabis, como medida de su potencialidad psicoactiva.

El principio activo THC, cuya concentración varía de acuerdo con la clase de la planta y su cultivo, tiene propiedades analgésicas y curativas usadas farmacológica y terapéuticamente, que serán tratadas en un aparte posterior. Este principio, en algunos casos, tiene efectos psicotóxicos, que se presentan al cabo de unos 20 o 30 minutos⁴. Sin embargo, fuera de estos efectos, y descontando los daños respiratorios que produce el inhalar el humo de cualquier sustancia, aún no se ha registrado ninguna fatalidad por consumo de THC o cannabis⁵, por lo que es

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

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

³ UNODC. *Why does cannabis potency matter?* En: Reporte Mundial de Drogas 2009. Junio de 2009. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/why-does-cannabis-potency-matter.html>

⁴ OMS. Ibidem. Pg. 26.

⁵ Walker J. Michael & Huang, Susan. *Cannabinoid Analgesia*. En: *Pharmacology and Therapeutics* 95. Pags. 127-135- Febrero de 2002.

necesario evaluar los daños potenciales, asociados con el riesgos de consumo en la adolescencia⁶.

Aunque se deben realizar futuros estudios sobre los impactos de esta sustancia, es importante reconocer las investigaciones que ya han comprobado la baja lesividad del cannabis para la salud humana. Así, el Instituto Nacional de Abuso en Drogas de los Estados Unidos (NIDA por sus siglas en inglés), realizó la clasificación de dependencia de seis sustancias diferentes entre las que se encontraban: el cannabis, la cafeína, la cocaína, el alcohol, la heroína y la nicotina, encontrando que el cannabis era la sustancia menos adictiva, seguida por la cafeína. Por su parte, la nicotina fue evaluada como la sustancia que causa mayor dependencia⁷.

En la misma línea, los medios de comunicación han informado que el Presidente de los Estados Unidos Barack Obama, no solo aceptó haber consumido marihuana cuando era joven, sino que ha afirmado que el cannabis es menos peligroso que el alcohol. En tal sentido, ha dicho el Presidente Obama que leyes estatales como la del Estado de Colorado, que despenaliza el consumo de marihuana, *"deben avanzar para acabar con la injusta situación en la que grandes partes de la sociedad violan la prohibición y "solo unos pocos son castigados""*⁸.

1. Breve historia:

Desde los tiempos antiguos el cannabis ha sido usado como parte de rituales religiosos y místicos; de hecho, se han documentado varias religiones modernas que actualmente practican el consumo ceremonial de cannabis psicoactivo, como por ejemplo la *rastafari*, mientras que otras la utilizan como símbolo de fuerza, pureza o bienestar. Dadas sus propiedades analgésicas, al cannabis, también se le ha dado usos terapéuticos. Efectivamente, el uso medicinal de la marihuana data

⁶ Organización de Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas 2013. Pág. 22. Disponible en: http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf

⁷ Hilts, Phillip. *Relative addictiveness of drugs*. En *The New York Times*. Agosto de 1994. Disponible en: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/dope/body/mortality.html>

⁸ El Espectador. "No creo que fumar marihuana sea más peligroso que el alcohol": Obama. 19 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/no-creo-fumar-marihuana-sea-mas-peligroso-el-alcohol-ob-articulo-469581>

desde el año 2737 a.C., cuando Shen Nung, emperador de China descubrió el té a base de Cannabis, documentando por primera vez su uso terapéutico y medicinal en un compendio herbario medicinal chino⁹.

En la India, el cannabis fue asociado con la magia y la religión por muchos años. Los médicos tradicionalistas prescribían marihuana como cura contra el insomnio, para mejorar el apetito y la digestión, o lo usaban en el tratamiento del dolor o como parte de la medicina paliativa suministrada a enfermos terminales. Por su parte, en el mundo islámico de la Edad Media, los médicos árabes hicieron uso del cannabis como diurético, antiemético, antiepiléptico, anti-inflamatorio, analgésico y antipirético y lo usaron ampliamente como elemento terapéutico y medicinal desde el siglo VIII hasta el siglo XVIII¹⁰.

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

Sumado a lo anterior, se dio un importante paso en el año de 1964, cuando luego de que el THC fuera identificado, se realizaron diversas investigaciones sobre la aplicación medicinal del cannabis en cabeza de los científicos Manley West y Albert Lockhart, quienes notando significativos progresos en el tratamiento del

⁹ Ben Amar, Mohamed. *Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential*. En: *Journal of Ethnopharmacology* 105. 1-25. Enero de 2006.

¹⁰ Lozano, Indalecio. *El uso terapéutico del Cannabis Sativa en la medicina árabe*. *Journal of Cannabis Therapeutics*. Vol 1. Harwoth Press Inc. 2001.

glaucoma, y la reducción de la presión ocular; obtuvieron la patente del medicamento Canasol, a base de cannabis, para el tratamiento del glaucoma¹¹.

2. Prohibición y criminalización:

Pese a sus beneficios para la salud en otras latitudes, Estados Unidos en el año 1906, dio inicio a la prohibición del cannabis, cuando por primera vez reguló el cultivo de esta planta en el Distrito de Columbia, y luego en Massachusetts (1911), Nueva York (1914) y Maine (1914). Por su parte, en 1913 California promulgó la primera ley de prohibición de marihuana seguida por Wyoming (1915), Texas (1919), Iowa (1923), Nevada (1923), Oregon (1923), Washington (1923), Arkansas (1923), y Nebraska (1927)¹². Así, para el año 1932, se expidió el *Uniform State Narcotic Act*, invitando a los gobiernos estatales a unirse a una campaña nacional para penalizar el uso del cannabis o al menos, regularizarlo.

En el ámbito internacional, a través de la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya en 1912 por doce países, se acordó que los países firmantes deberían realizar sus mejores esfuerzos para controlar la producción, comercialización, transporte y consumo de la morfina, cocaína y sus derivados. Posteriormente en 1925, en el caso particular del cannabis, se llevó a cabo una revisión de la Convención del Opio indicando que el cannabis solamente se autorizaría para fines medicinales y prohibiendo imperativamente la producción de resina natural extraída de la planta, con la que se producen sustancias psicoactivas¹³. Esta Convención fue sustituida en 1961, por la Convención Única de Estupefacientes, en el marco de la Asamblea de las Naciones Unidas, que fue a su vez enmendada por el Protocolo de 1972, en que le da el mismo tratamiento al cannabis que al opio.

En 1936, durante *the Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs* llevada a cabo en Ginebra; Estados Unidos promovió un tratado de

¹¹ Youseff, Farid. Cannabis desenmascarado. University of the West Indies. 2010. Disponible en: http://sta.uwi.edu/uwitoday/archive/june_2010/article9.asp

¹² Barrios, Javier. ¿Por qué es ilegal la marihuana? Pijama Surf. 27 de marzo de 2011. Disponible en: <http://pijamasurf.com/2011/03/%C2%BFpor-que-es-ilegal-la-marihuana-historia-de-la-criminalizacion-de-una-planta/>

¹³ Willoughby, W. Opio como un problema internacional. Johns Hopkins University. 1925. Disponible en: <http://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1920/willoughby.htm>

criminalización de cualquier actividad relacionada con el cannabis, la coca, y el opio (incluidas su cultivo, producción, manufacturación, y distribución) exceptuando los contextos médicos y científicos. El Artículo 2 de esta convención, obligaba a cada una de las partes firmantes a castigar severamente, en particular con prisión u otras penas privativas de la libertad, a toda aquella persona que se involucrara con actividades del narcotráfico¹⁴.

3. Uso terapéutico del cannabis:

De acuerdo con la Organización de Estados Americanos - OEA, la evidencia del uso terapéutico del cannabis está en pleno desarrollo y en la actualidad demuestra resultados diversos por lo que es necesario proseguir su estudio, utilizando medidas científicas adecuadas¹⁵.

El uso medicinal o terapéutico del cannabis ha sido un tema controversial que ha tenido discusión en varios países. Sin embargo, diversos grupos sociales y la comunidad científica ha promovido la legalización de la planta, dado los beneficios encontrados en el tratamiento de múltiples enfermedades. Actualmente, se realizan estudios clínicos para comprobar la eficacia del uso del cannabis en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con padecimientos crónicos como el cáncer, la artritis, glaucoma, síndrome de Tourette, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y otras enfermedades poco estudiadas, como la fibromialgia¹⁶.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) afirmó que el THC, principio activo del cannabis, es hoy en día un medicamento aprobado por la Oficina de Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) y en particular manifestó: *“Se ha demostrado en ensayos clínicos cuidadosamente controlados que este medicamento ofrece un beneficio terapéutico para aliviar las náuseas asociadas*

¹⁴ Convención de 1936 para la supresión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos. Ginebra, 26 de junio de 1936. Disponible en: <https://www.iberred.org/sites/default/files/ginebradroga.pdf>

¹⁵ OEA. Ibídem.

¹⁶ CNN México. ¿Cuáles son los verdaderos usos terapéuticos de la marihuana? 5 de abril de 2013. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/05/cuales-son-los-verdaderos-usos-terapeuticos-de-la-marihuana>

con la quimioterapia para el cáncer y para estimular el apetito en pacientes con el síndrome de desgaste (pérdida severa de peso) que a menudo acompaña al SIDA. Sin embargo, hasta la fecha, la evidencia científica no es suficiente para que la planta de la marihuana obtenga la aprobación de la FDA"¹⁷. Esto, de acuerdo con NIDA, se debe a que su Instituto no realiza investigaciones sobre el tema y ante la ausencia de evidencia científica, no se ha logrado la aprobación de la marihuana como un medicamento.

Ante esta afirmación, junto con mi Unidad de Trabajo Legislativo nos dimos a la tarea de investigar los estudios clínicos, preclínicos y la información científica disponible, relacionada con las propiedades terapéuticas de la Marihuana, encontrando lo siguiente:

En marzo de 2006 se llevó a cabo un meta-estudio titulado *Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential* (M., 2006) del profesor francés Martine Ben Amar¹⁸ en el que se analizaron los ensayos clínicos que hasta julio de 2005 se habían publicado sobre el uso terapéutico de cannabioides por parte de investigadores de todo el planeta. El estudio encontró que en setenta y dos (72) ensayos clínicos se demostraban que los cannabioides (entre ellos, el THC), tenían efectos beneficiosos en la salud de las personas bajo condiciones controladas científicamente¹⁹.

Posteriormente, en el año 2009, un equipo de la Universidad de Washington publicó en la revista *Journal of Opioid Management*, un estudio denominado: "Medicinal use of Cannabis in the United States: Historical Perspectives, Current Trends, and Future Directions" (Aggarwal SK, 2009). El artículo, demuestra que existen treinta y tres (33) ensayos clínicos controlados científicamente, que han sido publicados en Estados Unidos desde 1971 hasta 2009, en donde se confirman los efectos positivos

¹⁷ NIDA. *Drugfacts*: ¿La marihuana es un medicamento? Octubre de 2013. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana-es-un-medicamento>

¹⁸ Ben Amar. *Ibidem*.

¹⁹ Alchimia. Marihuana medicinal: 72 ensayos clínicos demuestran su eficacia. Octubre de 2009. Disponible en: <http://www.alchimiaweb.com/blog/marihuana-medicinal/>

del cannabis en condiciones médicas específicas²⁰. De hecho, el estudio destaca especialmente la eficacia del cannabis como analgésico y compara sus efectos secundarios con aquellos encontrados en los opiáceos, que son los analgésicos más usados en el mundo. Así, se encontró que en la mayoría de estudios los efectos secundarios o adversos fueron relativamente raros o ausentes, en contraposición con el síndrome de abstinencia y la dependencia que generan los opiáceos tradicionales; por lo que se pudo concluir que como analgésico, los cannabiodos son extremadamente seguros, y tienen una toxicidad mínima.

Durante el mismo año, el profesor Benedikt Fischer, PhD, Director de CARMHA, CIHR / PHAC Cátedra de Investigación de Salud Pública Aplicada, y profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Simon Fraser de Canada (SFU por sus siglas en ingles), publico una investigación titulada: "*Cannabis use in Canada: The need for a "public health" approach* (Fischer B, 2009). En ella, afirmó que el uso del cannabis en Canadá, está enmarcado en problemas de salud agudos o crónicos que incluyen deterioro cognitivo y respiratorio, episodios psicóticos, dependencia y riesgo de lesiones, siempre y cuando se detecte su aparición temprana y las dosis utilizadas sean de alta frecuencia y duración. Igualmente, hizo un llamado para que en el marco de la salud pública, el consumo de cannabis - especialmente en la población joven – se supervise de forma sistemática para identificar patrones de alto riesgo de consumo y definir las mejores estrategias de prevención en escuelas y lugares de trabajo.

Dos años después, en septiembre de 2011 el profesor Fischer junto con un equipo internacional de expertos realizo un estudio más amplio sobre el cannabis que título: "*Lower Risk Cannabis use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations*" (Fischer B J. V., 2011). En él, recomendó un enfoque de salud pública para hacer seguimiento al cannabis y reducir los daños a la salud que se derivan de su uso en edad temprana. El objetivo del trabajo fue presentar una serie de recomendaciones con base en evidencia científica para regular el tema y las prácticas nocivas de consumo. Así, el artículo afirmo por

²⁰ Aggarwal, Sunil y otros. *Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions*. National Center for Biotechnology Information. Mayo-junio de 2009. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19662925>

ejemplo, que dado que los estudios llevados a cabo sugieren que el uso de cannabis desde una edad temprana puede asociarse a una serie de problemas como enfermedades mentales y la dependencia, es urgente comenzar su estudio y análisis. Al parecer, aunque la mayoría de los consumidores de cannabis no pasarán a otras sustancias ilícitas, los que utilizan el cannabis desde una edad temprana son mucho más propensos a hacer esta transición. Igualmente, el artículo avanza en el estudio del consumo de cannabis antes de conducir, recomendando que cualquier persona que utilice el cannabis no debe conducir durante tres o cuatro horas después del consumo.

Actualmente, las revistas médicas registran varios estudios clínicos relacionados con la materia, que están próximos a ser publicados. Así, pudimos encontrar el estudio titulado: "Barriers to Access for Canadians who Use Cannabis for Medical Purposes" (Belle-Isle L, 2007) elaborado por un equipo de expertos entre los que se encuentran Lynne Belle-Isle, presidente de Coalición para la política de drogas en Canadá (Canadian Drug Policy Coalition –CDPC por sus siglas en inglés) y el profesor Zach Walsh, Ph.D. co-Director del Centro para el Avance de la Ciencia Psicológica y el Derecho (Centre for the Advancement of Psychological Science and Law – CAPSL por sus siglas en inglés) de la University of British Columbia, en Canadá. El estudio realizado sugiere que luego de la autorización legal, los canadienses enfrentan importantes barreras para poseer cannabis con fines médicos y para acceder a un proveedor de cannabis. Así, el estudio recomienda avanzar en estrategias para fomentar mayor investigación científica en el uso del cannabis con fines médicos y abordar las barreras de acceso, el estigma de los pacientes, la controversia que rodea el uso del cannabis con fines médicos y las relaciones médico-paciente, entre otros temas.

Por su parte el estudio: "*Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay*" (B, 2014) elaborado por Bryce Pardo, Gerente del programa LEDA, Legislación de Drogas en las Américas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA), publicado en junio de 2014, hace un recuento de las reformas legales en las

Américas y su inmensa influencia en el debate público sobre la política de cannabis. De esta manera, el estudio profundiza en la situación de Uruguay y los estados de Colorado y Washington, en Estados Unidos, así como en las medidas para regular y legitimar la producción, distribución y consumo de cannabis y sus derivados. De manera interesante, el estudio plantea que la falta de evidencia empírica sobre los efectos de estas reformas se convierte en un gran desafío para los responsables políticos de estos temas y urge al diseño e implementación de nuevas formas de regulación sobre el cannabis. Su estudio presenta un examen exhaustivo de las leyes, reglamentos, y las conversaciones con los reguladores y funcionarios de ambos países y avanza en el análisis de los impactos potenciales y desafíos de cualquier reforma de cannabis.

De otro lado, la Escuela de Salud Pública de Harvard hizo en un estudio que fue publicado en el *American Journal of Medicine*, llegando a conclusiones científicas sorprendentes frente al uso de la marihuana en el tratamiento de la diabetes (siendo hoy una de las enfermedades de mayor prevalencia²¹ en el mundo, con 347 millones de pacientes diabéticos²²). Así, realizaron un seguimiento cercano a 4.657 pacientes que participaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES) entre 2005 y 2010, y completaron un cuestionario de consumo de drogas; encontrando que el uso regular del cannabis tuvo relación directa con niveles más bajos de insulina en ayunas y probabilidades de menor resistencia a la insulina (una de las características que conducen a la diabetes)²³.

Finalmente, el estudio "*Patterns of Use of Medical Cannabis Among Israeli Cancer Patients: A Single Institution Experience*" (Waissengrin B, US National Library of Medicine, 2014) realizado por Waissengrin B, Urban D, y Leshem Y, entre otros investigadores de la Universidad de Tel Aviv en Israel e impreso en junio del presente año, nos muestra una radiografía del consumo de cannabis como altamente eficaz

²¹ Prevalencia: proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

²² Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants*. Lancet, 2011, 378(9785):31-40.

²³ Univisión Salud. ¿Marihuana contra la diabetes? 17 de mayo de 2013. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/diabetes/marihuana-contra-la-diabetes> Consultada el 18 de julio de 2014.

en pacientes con cáncer avanzado. La metodología de la investigación se basó en el análisis de los cuestionarios y las historias clínicas de aproximadamente 17.000 pacientes con cáncer de los cuales 279 recibieron permiso de un oncólogo institucional autorizado para prescribir cannabis. La edad media de los consumidores de cannabis fue de 60 años (el rango osciló entre 19-93 años), 160 (57%) eran mujeres y 234 (84%) tenían enfermedad metastásica. De 113 pacientes vivos y luego de estudiar el uso de cannabis en un mes, se encontró que 69 (61%) respondió al cuestionario detallado confirmando que existía una mejora en el dolor, el bienestar general, el apetito y las náuseas, reportando un 70%, 70%, 60% y 50%, respectivamente. Los efectos secundarios fueron leves y consistieron sobre todo en la fatiga y mareos. De esta manera el estudio concluyó que *“el consumo de cannabis se percibe como altamente eficaz por algunos pacientes con cáncer avanzado y su administración puede ser regulada, incluso por las autoridades locales. Se requieren estudios adicionales con el fin de evaluar la eficacia del cannabis como parte del tratamiento paliativo de pacientes con cáncer”* (Waissengrin B, 2014).

Esta bibliografía, nos muestra como la problemática sobre la regulación del cannabis está en el centro de la discusión mundial y como es urgente para países como el nuestro, avanzar en investigaciones que permitan regular el uso de esta sustancia permitiéndola para aliviar gran variedad de enfermedades y a la vez, definiendo los patrones de riesgo del consumo a temprana edad para prevenirlo.

Para terminar y de manera muy breve, quisimos abordar el tema de los cannabinoides sintéticos dado que se han encontrado varios esfuerzos de búsqueda de derivados activos del cannabis, para su uso clínico y terapéutico²⁴.

En relación con los cannabinoides sintéticos, que abarcan una variedad de clases químicas distintas (THC, endocannabinoides, quinolinas, etc.)²⁵, su creación se remonta al año 1941, fecha a partir de la cual se han realizado amplias pruebas de

²⁴ Vannier León. Materia médica homeopática. Tr. Humberto Luna. Porrúa, México. 2000.

²⁵ Centro de artigos. Cannabinoides, Los receptores cannabinoides, Fitocannabinoides, Los endocannabinoides, Cannabinoides sintéticos. Disponible en: http://centrodeartigos.com/articulos-enciclopedicos/article_90073.html

análogos herbarios del cannabis²⁶. Muchos de estos cannabinoides sintéticos elaborados en laboratorios, dan lugar a efectos similares producidos por los endocannabinoides (producidos por el cuerpo humano). Por ejemplo, el THC sintético administrado por vía oral, es usado exitosamente para combatir el síndrome de abstinencia causado por la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas de mayor riesgo²⁷.

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

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

Fuente: Goretty Martínez. Alegatos No. 85.

²⁶ Mandal, Ananya. Cannabinoids Sintetizado y Patentado. En: *News Medical*. 2 de junio de 2014. Disponible en: [http://www.news-medical.net/health/Synthetic-and-Patented-Cannabinoids-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Synthetic-and-Patented-Cannabinoids-(Spanish).aspx)

²⁷ Martínez, Goretty. Regulación jurídica de la marihuana para uso terapéutico y recreativo. Alegatos No. 85: Sección de artículos de investigación – Universidad Autónoma Metropolitana. México, septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/78/85-12.pdf>

Para ampliar la informacion clinica de los estudios scientificos arriba mencionados, se presenta a continuacion la bibliografia de los mismos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización de la Parte o estén sujetos a su vigilancia y fiscalización directas"

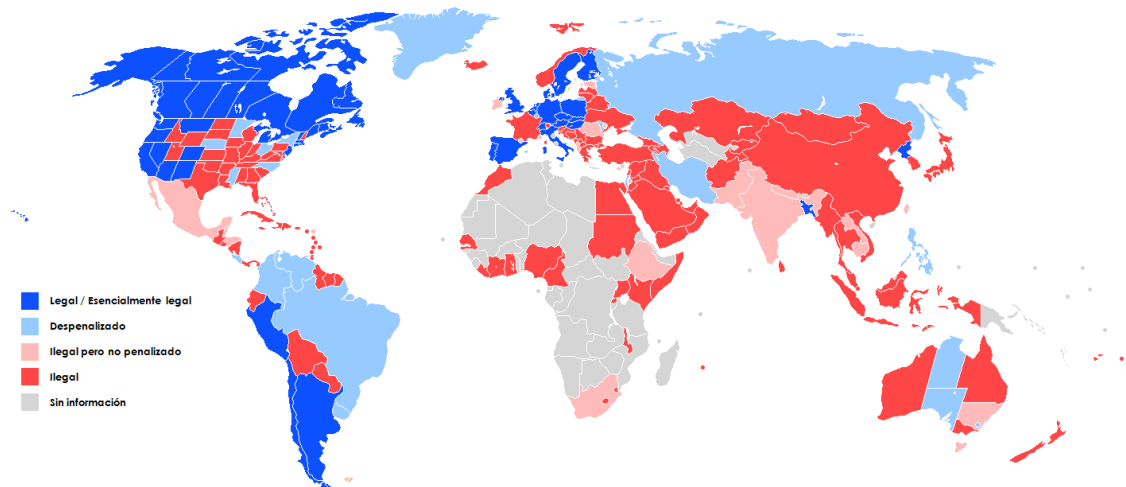
Este aparte de la Convención, mientras prohíbe la producción, fabricación, comercio y uso de sustancias estupefacientes como el cannabis, permite el uso de estas sustancias expresamente para empleos médicos y científicos, actuando bajo el principio de buena fe que pueden aducir los Estados Parte del Convenio, tal como lo señala los Comentarios oficiales de la Convención de 1961²⁸.

En el marco de esta regulación, algunos países del hemisferio manifiestan una tendencia hacia la despenalización del consumo de sustancias psicoactivas, particularmente el cannabis para el uso terapéutico, a pesar de la prohibición general del consumo y la venta de las sustancias prohibidas en la Convención de 1961²⁹. Así, los países en todo el mundo no solo han iniciado el debate del uso del cannabis medicinal, sino también han permitido por vía legislativa, que se inicien investigaciones propias para aprobar el uso terapéutico.

A continuación se muestra una imagen del estado actual de la legalización del cannabis en todos los países:

²⁸ Naciones Unidas. Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York, 1989. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf

²⁹ OEA. Ibídem.



Fuente: Wikisources³⁰

Como bien es sabido, en el continente americano, la lucha prohibicionista contra el uso, posesión, venta, cultivo y transporte de marihuana ha sido liderada por Estados Unidos, en donde a pesar de que internamente varios de sus estados miembros han permitido el uso de la marihuana incluso con fines recreativos, (actualmente hay 23 Estados que aprueban dentro de su legislación el uso medicinal del cannabis³¹), a nivel federal sigue siendo una sustancia ilegal.

En el caso de Latinoamérica, Uruguay se ha convertido en el primer país en legalizar el uso del cannabis, no solo para fines medicinales, sino también para uso recreativo e industrial³². Esta fue una iniciativa gubernamental en cabeza del Presidente Uruguayo José Mujica, quien afirmó recientemente que: *"el verdadero problema no es la marihuana, sino el narcotráfico"*³³.

En el continente europeo, nos detenemos en el caso particular de España, en donde a partir de julio de 2010, el debate sobre este tema, permitió el consumo

³⁰ Trinitresque. "Legality of cannabis for medical purposes". Wikimedia Commons. Disponible en: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Legality_of_cannabis_for_medical_purposes.png#mediaviewer/File:Legality_of_cannabis_for_medical_purposes.png.

³¹ El Tiempo. Estado de Nueva York autoriza uso de marihuana con fines terapéuticos. 7 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/estado-de-nueva-york-autoriza-uso-de-marihuana-con-fines-terapeuticos/14218635>

³² El País. En abril se abrirá el mercado de la marihuana; habrá trazabilidad. 10 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/abril-se-abrira-mercado-marihuana.html>

³³ El Universo. José Mujica: "El verdadero problema no es la marihuana, sino el narcotráfico". 2 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2013/06/02/nota/978416/jose-mujica-verdadero-problema-no-es-marihuana-sino-narcotrafico>

autorizado de un medicamento derivado del cannabis denominado *Sativex*. Este medicamento está autorizado para su distribución por la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, y se receta para enfermedades crónicas como esclerosis múltiple³⁴.

Por su parte, la *Organización de Estados Americanos - OEA*, se ha unido al debate a través de su último informe titulado "*El Problema de las Drogas en las Américas*", recomendando diseñar alternativas a las políticas actuales de drogas en los países del hemisferio, como la de incluir algún tipo de droga que actualmente se considera ilícita (cocaína, marihuana, anfetaminas, heroína) dentro de aquellas que pasan a tener un uso regulado, incluso para fines no terapéuticos.³⁵

5. Posibles pacientes beneficiarios con enfermedades crónicas en Colombia:

En el marco de los hallazgos expuestos, quisimos explorar la población colombiana que podría beneficiarse tanto de avanzar en investigaciones científicas sobre los efectos positivos del cannabis en la salud humana, como de permitir su uso terapéutico para el manejo del dolor asociado con enfermedades crónicas (efecto ampliamente probado en la investigación científica). Así, encontramos que la Encuesta Nacional de Salud, realizada por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Protección Social en 2007³⁶, presento las siguientes estadísticas relacionadas con pacientes de enfermedades crónicas, que en mi parecer, podrían beneficiarse de los efectos del uso medicina de cannabinoides:

- Epilepsia: el 1% de la población manifiesta que han sido diagnosticados con este padecimiento. En el 25% de los casos el diagnóstico fue hecho antes de cumplir mayoría de edad. El 63% de estas personas ha recibido algún tipo de tratamiento en el último año por esta causa.

³⁴ Es tu sanidad. Cannabis terapéutico: entre el tabú y un uso en aumento. 13 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.estusanidad.com/secciones/actualidad/la-marihuana-como-terapia-entre-el-tabu-y-un-uso-en-aumento-8981>

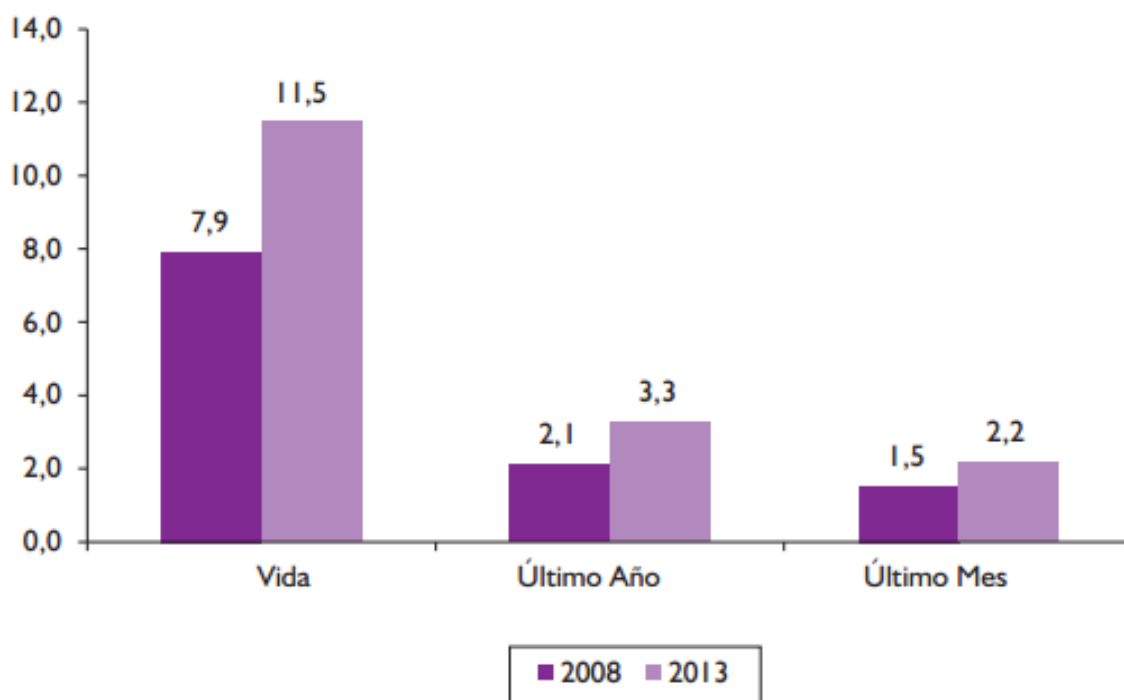
³⁵ OEA. Ibidem. Pag. 86.

³⁶ Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados nacionales. Enero de 2009. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Encuesta%20Nacional.pdf>

- VIH-SIDA: El 0,7% de las personas entre 18 a 69 años manifiestan haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual en el último año. Se estima que la prevalencia para VIH es de 0,04%.
 - Diabetes: La prevalencia para este mal referida por entrevista resultó de 3,51% para el ámbito nacional.
 - Dolor crónico de espalda y nuca: La prevalencia de dolor crónico de espalda o nuca es elevada, llegando al 28,52%. Estos dolores acompañados con irradiación hacia las piernas es de 8,66%.
6. Resultados consumo marihuana en Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013:

El pasado 3 de julio del presente año, el Gobierno Nacional presento el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013³⁷, que concluyo que el consumo de tabaco disminuyó a nivel nacional, el consumo de alcohol se mantuvo estable y hubo un aumento significativo del consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo en la marihuana. Veamos las cifras de consumo de marihuana, en la siguiente gráfica:

³⁷ Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Justicia presentará nuevo Sistema de Información sobre drogas y los resultados del Estudio Nacional de Consumo. 2 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.minjusticia.gov.co/Noticias/TabId/157/ArtMID/1271/ArticleID/655/Ministerio-de-Justicia-presentar%C3%A1-nuevo-Sistema-de-Informaci%C3%B3n-sobre-drogas-y-los-resultados-del-Estudio-Nacional-de-Consumo.aspx>



Fuente: Ministerio del Interior y de Justicia³⁸

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

Ante estos resultados, el Gobierno anunció que podrá en marcha un programa de Salud Pública actualizado, que responda a las necesidades de la comunidad, de manera articulada institucionalmente, conociendo las características de los consumidores, para el desarrollo de programas que ayuden verdaderamente a enfrentar el consumo problemático³⁹. Estos avances, parecen ser el resultado de la intensión del Gobierno Nacional de reformular su política de drogas y muestran sintonía no solo con el enfoque dado por la Ley 1566 de 2012, que busca lograr un enfoque de salud pública para el problema de las drogas, sino con los objetivos del presente proyecto de ley.

³⁸ Ministerio del Interior y de Justicia et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Junio de 2014. Disponible en:

³⁹ Diario del Huila. Marihuana, la droga más consumida en Colombia. 4 de julio de 2014. Disponible en: <http://diariodelhuila.com/actualidad/marihuana-la-droga-mas-consumida-en-colombia-cdgint20140704020247149>

II. MARCO NORMATIVO VIGENTE

“ACTO LEGISLATIVO 02 DE 2009

(Diciembre 21)

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. EL PROBLEMA DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE

En materia de sustancia psicoactivas, Colombia se rige por la Ley 30 de 1986 denominada Estatuto de Estupefacientes, que incluye con claridad la definición de lo que se entiende por droga, estupefacientes, medicamento psicotrópico y la cantidad considerada *dosis personal*.

Su artículo 51, que establecía las sanciones al porte y consumo de drogas que produzcan dependencia, fue declarado inexecutable mediante la sentencia C-221 de 1994. Por su parte, el Decreto 1108 del 31 de mayo de 1994 que reglamenta disposiciones de los Códigos del Menor, Sustantivo del Trabajo, Nacional de Tránsito Terrestre, la ley 115 de 1994 (Ley de educación) y el Estatuto de Estupefacientes afirmó los casos en que está permitido limitar el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, fijando criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre la materia.⁴⁰

⁴⁰ Legalización sobre drogas en Colombia. ¿La re penalización de la dosis personal? Consultado 17 de julio de 2014. Disponible:

https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CDsQFiAE&url=http%3A%2F%2Fwww.mamacoca.org%2Fdocs_de_base%2FLegislacion_tematica%2FLaraCardona_Legislacion_sobre_drogas_en_Colombia_comite_prevencion_gov_co_2011.ppt&ei=iPIU_jDLbPksASDq4K4Cw&usg=AFQjCNFKZ4Pf4nFdagNne1lh8dM3RY3LTA&sig2=jalXKdtGU2qvsrhMQfLGBg&bvm=bv.71198958,d.b2U

El debate en materia de sustancias psicoactivas no es nuevo. Por el contrario, en varias oportunidades se ha intentado eliminar la legalización de la dosis mínima en Colombia aprobada mediante la Sentencia C-221 de 1994. Nos permitimos presentar una relación de los eventos más recientes:⁴¹

- 1994: El presidente de la época Cesar Gaviria, hizo públicas sus intenciones de convocar a un referendo para eliminar la dosis personal, sin que llegara a concretarse dicha consulta.
- 2002: La Ley 745 de 2002, fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional a través de la sentencia C101/2004. Esta ley sancionaba con multa de dinero el consumo de sustancias, en frente de menores de edad y el porte y consumo de la dosis mínima.
- 2003: El presidente del momento Álvaro Uribe Vélez, impulsa un referendo que prohíbe el porte y consumo de la dosis mínima, perdiendo en las urnas.
- 2007: La Ley 1153 de 2007, retomó el articulado de la ley 745 de 2002 y nuevamente mediante sentencia C879 de 2008, la Corte Constitucional la declaró inexecutable.
- 2009: Se aprobó el Acto Legislativo 02 de 2009, prohibiendo el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, salvo prescripción médica.
- 2011: Con la ley 1453 (Seguridad Ciudadana) de ese año, se pretendió penalizar la dosis mínima, y de manera reiterada, la Corte Constitucional declaró inexecutable su artículo 11, por considerar que la dosis mínima no se debe penalizar.
- 2012: La Ley 1566 de este año, reconoce el consumo de las sustancias psicotrópicas como un asunto de salud pública, garantizando la atención

⁴¹ Los centros de atención médica a drogadictos, entre el discurso político y la acción técnica. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible en <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/dlr22s.pdf>

integral a personas adictas a través del Plan Obligatorio de Salud, convirtiendo la percepción del adicto de criminal a paciente.

- 2012: Se dio a conocer a la opinión pública, un ante proyecto de ley que modificaría el estatuto Antidrogas. Sin embargo, a la fecha no se ha radicado en el Congreso de la República, pues se está elaborando conjuntamente con diferentes instituciones públicas y privadas.

En relación con el Acto Legislativo 02 de 2009, materia de este proyecto de ley, vale la pena estudiar su trámite ante la célula legislativa y los antecedentes de sus debates. En particular, nos detendremos en la frase: *“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica.”* En relación con esta frase, encontramos que en la sesión Plenaria de la Cámara de Representantes⁴² el Honorable Representante, Elías Raad Hernández al preguntarse qué son los estupefacientes, afirmó categóricamente que los mismos:

“ son sustancias medicinales que por definición provocan sueño o estupor y en la mayoría de los casos inhiben la transmisión de las señales nerviosas asociadas al dolor. Este es el caso por ejemplo de las benzodiacepinas, el diazepam, el clonazepam, el rivotril, o el caso del fenobarbital, droga ampliamente utilizada, en el control del síndrome epiléptico, de las convulsiones, droga que induce al sueño, y que incluso también, como el fenobarbital, es utilizado médicamente para inducir un coma profundo en el tratamiento de algunas alteraciones..... por ello pienso y llamo la atención en que no podemos en la Constitución colombiana dejar de un tajo, que el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, está prohibido”.⁴³

Posteriormente, el representante a la Cámara afirmó que hay muchos pacientes con epilepsia que cargan en sus bolsillos medicamentos como el *fenobarbital*, o

⁴² Congreso de la República. Acta de Plenaria 176 del 12 de mayo de 2009 Cámara, Gaceta 650. Disponible en Gaceta del Congreso de la República de Colombia.

⁴³ Congreso de la República. Acta de Plenaria 176 del 12 de mayo de 2009 Cámara, Gaceta 650. Disponible en Gaceta del Congreso de la República de Colombia.

con inductores del sueño, como la benzodiacepina. Por esta razón, afirmo que la modificación constitucional debe ser muy clara en su redacción con el fin de que no se prohíba el consumo de drogas duras que tienen usos medicinales.

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

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

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

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

IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD

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

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

Los objetivos principales son limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos y hacer frente al tráfico de drogas mediante la cooperación internacional encaminada a disuadir y desalentar a los traficantes de drogas.⁴⁴

- b) **“Convención Única Sobre Sustancias Psicotrópicas” – 1971-** Ratificada por el Estado Colombiano el 12 de mayo de 1981. Aprobado por la ley 43 de 1980 y la fecha de entrada en vigor fue el 10 de agosto de 1981.

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

- c) **“Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.-1981-** Suscrita el 20 de diciembre de 1988, aprobada mediante la ley 67 de 1993, y rarificada el 10 junio 1994. La Sentencia que declara la constitucionalidad es la C-176 de 1994, y el Decreto de promulgación es el 671 de 1995; la fecha de entrada en vigor fue el 10 de septiembre de 1994. Esta convención “reforzó significativamente la obligación de los países a imponer sanciones

⁴⁴ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Apoyo y Vigilancia del cumplimiento de los gobiernos con los acuerdos internacionales de fiscalización. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible: https://www.incb.org/incb/es/narcotic-drugs/1961_Convention.html

penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de drogas".⁴⁵

V. MARCO JURISPRUDENCIAL.

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

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

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

*No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad."*⁴⁶

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

*"Es el reconocimiento de la persona como autónoma en tanto que digna (artículo 1o. de la C.P.), es decir, un fin en sí misma y no un medio para un fin, con capacidad plena de decidir sobre sus propios actos y, ante todo, sobre su propio destino."*⁴⁷

⁴⁵ Control de drogas de las Naciones Unidas. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible: <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/convenciones>

⁴⁶ Artículo 2. Ley 30 de 1986.

⁴⁷ Corte Constitucional. Sentencia C – 221 de 1994. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

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

“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica”⁴⁸.

Esta decisión jurisprudencial se basó en la deficiente argumentación por parte de la parte demandante que no identificó de forma precisa “la proposición jurídica demandada en toda su integridad y la satisfacción en relación con toda ella, de una argumentativa suficiente, circunstancias que en el caso concreto no se presenta”⁴⁹. A pesar de esto, la sentencia ratifica una vez más que el acto legislativo no ampara la penalización del porte y consumo de estupefacientes si se hace en dosis mínima.

Ese mismo año, en la sentencia C – 882 de 2011 la Corte Constitucional declaró que el Acto Legislativo 02 de 2009 no limita las prácticas culturales y ancestrales de las comunidades indígenas y que por ello no requería de consulta previa, al afirmar que

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

⁴⁸ Acto Legislativo 02 de 2009.

⁴⁹ Corte Constitucional. Sentencia C – 574 de 2011. M. P. Juan Carlos Henao Pérez.

*estas razones, debe concluirse que el Acto Legislativo no es aplicable a las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas ligadas a la hoja de coca.”*⁵⁰

Por último en sentencia C – 491 de 2012, el alto tribunal ratifico una vez más que el acto legislativo 02 de 2009

“no conduce a la criminalización de la dosis personal, comoquiera que no comporta una finalidad represiva frente a quien tenga la condición de adicto, sino de protección a través de medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico, la cuales deben contar con el consentimiento informado del adicto.”

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

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

⁵⁰ Corte Constitucional. Sentencia C – 882 de 2011. M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

esos topes, previa valoración del criterio de lesividad o antijuridicidad material.”⁵¹

VI. PROPUESTA NORMATIVA

Proyecto de Ley No. 27 de 2014

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

Artículo 1º. Objeto. La presente Ley tiene como objeto permitir el uso del cannabis en el territorio nacional colombiano, exclusivamente para uso terapéutico o medicinal.

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

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, aprobará los proyectos de investigación relacionados con las cepas de cannabis para regular su uso terapéutico y medicinal.

Artículo 3º. Protocolo de manejo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular las políticas de direccionamiento pertinentes, para el uso terapéutico adecuado del cannabis o sus productos derivados.

Artículo 4º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

VII. CONCLUSIÓN.

De esta manera, podemos concluir a partir del análisis histórico, científico, normativo y jurisprudencial del presente proyecto de ley, que es necesario para Colombia, avanzar en la investigación y el debate público sobre formas más inteligentes de regular el uso de del cannabis. Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta que no tenemos antecedentes de estudios clínicos o científicos relacionados con el uso de la marihuana con fines medicinales, consideramos urgente iniciar este debate, con información clara e involucrando a expertos, tomadores de decisión, pacientes y miembros en general de la sociedad civil

⁵¹ Corte Constitucional. Sentencia C – 491 de 2012. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva

PROYECTO DE LEY No. 27 de 2014 SENADO

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL ACTO LEGISLATIVO 02 DE 2009

interesados como quien escribe este proyecto, en mejorar la calidad de vida de las personas que puedan estar sufriendo de enfermedades terminales o crónicas.

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

Con toda atención,

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN.

Senador de la República (Partido Liberal Colombiano).

Proyecto de Ley No. 27 de 2014

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

El Congreso de Colombia

Decreta:

Artículo 1º. Objeto. La presente Ley tiene como objeto permitir el uso del cannabis en el territorio nacional colombiano, exclusivamente para uso terapéutico o medicinal.

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

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, aprobará los proyectos de investigación relacionados con las cepas de cannabis para regular su uso terapéutico y medicinal.

Artículo 3º. Protocolo de manejo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular las políticas de direccionamiento pertinentes, para el uso terapéutico adecuado del cannabis o sus productos derivados.

Artículo 4º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN

Senador de la República