

Artículo de Revisión Bibliográfica

Consideraciones generales sobre el uso medicinal del cannabis sativa; la garantía del derecho a la salud

General considerations about the medicinal use of cannabis sativa; the guarantee of the right to health

Alex Cabello Ayzama 1. José Renato Venâncio Resende 2.

1. Graduado en Derecho por la Universidad Mayor de San Simón (BOLIVIA). Maestrante en Derecho por la Universidad Federal de Uberlândia (BRASIL). Investigador en derechos humanos, fundamentales, salud, penal, migración, derecho internacional. Miembro de grupos de investigación: Red Jurídica Internacional RED compara, Laboratorio Americano de Estudios Constitucionales Comparados LAECC – UFU. ayzamalex@ufu.br

2. Graduado en Derecho por la Universidad Federal de Uberlândia (BRASIL). Maestrante en Derecho por la Universidad Federal de Uberlândia. Investigador del Laboratorio de Derechos Humanos y Justicia Global (LabDH). jrenatoresende@gmail.com

El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior – Brasil (CAPES)
Código de Financiamiento 001

RESUMEN

La marihuana es una planta del género *Cannabis sativa* de la que se extraen unos 400 compuestos, de los cuales se destacan el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD); conocidos desde la década de 1960 y utilizados ampliamente en el tratamiento de enfermedades refractarias. Sin embargo, en Bolivia y Brasil esas sustancias todavía se consideran estupefacientes y su producción y uso, aunque medicinal, son sancionados penalmente. Este artículo se propone investigar la posibilidad de ampliación por el Estado del acceso a esos medicamentos, como una garantía del derecho fundamental a la salud.

Palabras Clave: Cannabis sativa. Derecho a la salud. Libre desarrollo.

ABSTRACT

Marijuana is a plant of the genus *Cannabis sativa* from which about 400 compounds are extracted, of which tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) stand out; known since the 1960s and widely used in the treatment of refractory diseases. However, in Bolivia and Brazil these substances are still considered narcotics and their production and use, although medicinal, are penalized. This article aims to investigate the possibility of expansion by the State of access to these medicines, as a guarantee of the fundamental right to health.

Keywords: Cannabis sativa. Free development. Right to health.

INTRODUCCIÓN

Uno de los errores con relación al tema de Cannabis sativa es tratarlo exclusivamente bajo la perspectiva criminal, como antecedente de la escasa discusión responsable en la esfera de los derechos fundamentales como el derecho a la dignidad. Bolivia ha quedado aislada de la discusión sobre políticas de drogas en relación con otros países latinoamericanos. Una vez más, la realidad se ha adelantado al derecho y países como Argentina, Chile, Colombia y Uruguay han elevado el nivel de discusión sobre la adopción de políticas públicas en materia de drogas dejando gradualmente el rol paternalista del Estado.

Por otro lado, la realidad de Brasil respecto al tema se muestra adelantada en relación con el Derecho -como suele ocurrir en asuntos polémicos- una vez que numerosos casos han sido relatados en diversas regiones de Brasil relativos al uso medicinal de la marihuana. Uso que muchas veces, se hace de forma ilegal y que sólo pasa a la legalidad debido a una reciente apertura creada por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) o gracias a la actuación del Poder Judicial. Por lo tanto, este es otro problema, pues, aunque la legislación antidroga no haya modificado sustancialmente desde 2006 (véase la Ley 11.343/06) y Anvisa ha realizado tímidas modificaciones, la gran mayoría de los casos (y los más difíciles de ellos) continúan a las puertas de la Justicia en busca de una solución satisfactoria.

El hecho es que, si bien la marihuana -del género Cannabis sativa que contiene más de 400 sustancias, de las cuales al menos 60 son consideradas psicoactivas- conste del rol de sustancias de uso proscrito o controlado de Anvisa, lo que la categoriza como uno de los estupefacientes cuyo cultivo, producción, uso, etc., son castigados a través de una sanción penal, sus propiedades medicinales son conocidas hace milenios por diversos pueblos y, más recientemente, sobre todo a partir de los estudios del médico búlgaro-israelí Raphael Mechoulam en la década de 1960.

Su aplicación terapéutica está de nuevo en boga y ha sido cada vez más utilizada. Es importante resaltar que en los casos relatados en que se utilizó los cannabinoides de forma terapéutica, muchas veces se alcanzan altas tasas de éxito, en que los síntomas de determinada enfermedad se amenizan o desaparecen por completo.

En Brasil, pese a las evidencias científicas y empíricas a favor de los cannabinoides, la legislación todavía restringe duramente el acceso a ese tipo de medicamento, ya que sólo es posible adquirirlos en carácter excepcional, con autorización expresa de la Anvisa y por medio de importación. Por regla general, no es posible, por ejemplo, la producción nacional de forma industrial o artesanal.

Es a partir de esas informaciones que se delimita el problema aquí tratado: ¿el Estado debe ampliar las hipótesis de uso medicinal de cannabinoides? Esta cuestión se muestra, en un primer momento, compleja y llena de posibles respuestas, ya que esta ampliación repercutiría en la salud pública, al permitir la utilización de sustancias contra las que todavía, hay muchos prejuicios y pocos debates.

Sin embargo, la hipótesis de trabajo planteada es que las respuestas a este cuestionamiento son más sencillas de lo que se imagina, pues se cree que la enorme gama de comprobaciones científicas hasta entonces acumuladas es suficiente para garantizar un mayor acceso y utilización de los cannabinoides de forma terapéutica. Esta ampliación de acceso se justifica sobre todo en el caso de las enfermedades refractarias, es decir, aquellas que no se satisfacen con la medicación convencional. En este caso, el paciente no puede darse el lujo de esperar mucho tiempo, pues, muchas veces, se encuentra en estado de gran sufrimiento o de muerte inminente.

El uso de esas sustancias puede ser una de sus últimas esperanzas de vida y, por consiguiente, de efectivización del derecho fundamental a la salud en este caso concreto. En los demás casos, que no se refieren necesariamente a las enfermedades refractarias o a los enfermos terminales, se cree, sin embargo, que los cannabinoides constituyen una opción jurídicamente relevante, de acuerdo con la voluntad del paciente y con el entendimiento del médico, de modo que el Derecho no debe crear obstáculos a su acceso.

El objetivo de este trabajo, a su vez, es tratar la posibilidad de una reglamentación más inclusiva y, por lo tanto, menos prohibitiva, del uso medicinal de los cannabinoides. Para ello, se presentan varias perspectivas científicas y jurídicas, sobre todo a partir del derecho a la salud y de algunos casos concretos.

Por último, el método de abordaje es el inductivo y la estructura de este artículo se divide en cuatro ítems: una discusión acerca del derecho a la salud, incluyendo su histórico en los documentos internacionales y en el Derecho brasileño; un breve estudio sobre la marihuana y su uso medicinal; consideraciones acerca de las enfermedades refractarias, de su posibilidad de tratamiento con cannabinoides y algunos relatos de éxito; y, finalmente, la conclusión.

MARCO HISTÓRICO DE LA CANNABIS SATIVA

Breve histórico del uso medicinal

Científicamente conocida como *Cannabis sativa*, es una planta herbácea, propia de la familia cannabácea que ha estado presente en el desarrollo histórico de la humanidad, por aproximadamente 5.000 años a.C. cuando se empezaba a aprovechar su tallo para la fabricación de armas de caza, ropa y posteriormente papel. El uso medicinal de esta planta se lo conoce con las escrituras del Emperador Shen-Nung quien, a través de una investigación empírica, explicaba a los pobladores sobre las bondades medicinales de esta planta. Al respecto, el autor Conrad (1997) explica:

Con frecuencia se utilizaban fórmulas que contenían semillas de cáñamo o la parte superior florida para tratar los partos difíciles, los dolores menstruales, el reumatismo, las convulsiones, el dolor de oídos, la fiebre, la disentería, la epilepsia y el insomnio, así como para aliviar la tensión nerviosa, abrir el apetito y cumplir la función de analgésico y afrodisíaco (p.14).

Estas prácticas empíricas fueron siendo más comunes ante una sociedad que aún no descubría la ciencia de la medicina y que practicaba lo que conocemos como *scentia herbarum*. Por lo tanto, esos conocimientos fueron transmitidos primero de padres a hijos y estos a otros grupos humanos gracias al desplazamiento del hombre por el mundo. Décadas más tarde, la planta y su uso se fueron diversificando hacia la región de Roma que había recibido mucha influencia por parte de la cultura oriental. Entonces se llegaba a conocer las pócimas, que no eran otra cosa que una infusión de hierbas preparada por personas que conocían sobre su elaboración, y era común poder encontrar infusiones de opio y de *Cannabis sativa*, alcanzando así una regularización a través de un edicto de Diocleciano en el año 301. Para el año 312, un censo revelaba que existían 793 tiendas dedicadas a la venta de productos como opio y *Cannabis sativa*, existiendo un régimen de permisión (Aranda, 2006).

De los pocos casos registrados sobre tratamiento terapéutico con *cannabis sativa* en aquella época, se tiene el reportado por el Dr. J. Reynolds para la revista *The Lancet*, haciendo referencia al tratamiento que había recibido Alejandrina Victoria, más conocida como la Reina Victoria del Reino Unido debido

a los problemas de migraña, recibiendo la recomendación de su médico de utilizar cannabis sativa. La cita de Reynolds indica: “Cuando es pura y administrada cuidadosamente, el cannabis, es uno de los medicamentos más valiosos que poseemos” (Robinson, 1999, p. 61).

A través de una recopilación de los datos científicos e históricos, se ha logrado identificar dos momentos trascendentales en el proceso de investigación de esta planta: el primer momento, se encuentra con la investigación realizada por dos científicos en distintos espacios, Roger Adams en Estados Unidos y Alex Todd en el Reino Unido, quienes para 1940, efectuaron un trabajo excepcional con cannabis sativa, preparando el primer proceso de aislamiento. Sin embargo, no pudieron aislar el compuesto activo (delta-9-THC) (Mechoulam, 2016) y por supuesto, no pudieron determinar su estructura.

El segundo momento, se refiere al proceso de investigación iniciado por los Profesores Raphael Mechoulam y Yechiel Gaoni, quienes lograron aislar los componentes del cannabis sativa, de los que sobresalen dos: el tetrahidrocannabinol identificado a través del THC y el cannabidiol reconocido a través del CBD, aislados a partir de 1963 (Gaoni y Mechoulam, 1964).

Años más tarde, se logró identificar “dos tipos de receptores cannabinoides, los CB1 y los CB2” (Grotenhermen, 2006, p.11). El receptor CB1 fue estudiado en 1988, “se trata de una proteína de 473 aminoácidos insertada en la membrana plasmática a la que se une tanto el THC como los endocannabinoides. Se localiza fundamentalmente a nivel del sistema nervioso central” (Fraguas, Fernández y Torres, 2014, p. 560), a diferencia del componente CB2, aislado en 1993, “que presenta una distribución mucho más limitada, encontrándose casi en exclusividad en el sistema inmune” (Fraguas, et al., p.562).

La Cannabis sativa trabaja de manera conjunta a través de los principales componentes de THC y CBD con una variación de la dosis. Entender el funcionamiento del cannabis sativa en el cuerpo humano a través del “sistema endocannabinoide, ayudó a identificar los beneficios terapéuticos y su acción, especialmente en enfermedades neurodegenerativas, gracias a su labor neuroprotectora, no solo disminuyendo los síntomas, sino que también frenando el proceso de la enfermedad” (Suero, Martín y Holgado, 2015).

Consideraciones jurídicas sobre Cannabis sativa

La Cannabis sativa se encuentra penalizado en varios países tanto para su uso medicinal como recreativo. La adopción de sanciones contra esta planta desciende desde la aprobación de la Convención Única de Estupefacientes del año 1961, al ser incluida en la lista I dentro de las caracterizadas como sustancias muy adictivas y peligrosas para la salud pública, con escaso o nulo valor médico, compartiendo dicha clasificación con la heroína y cocaína. Esta descripción tiene su origen en los informes otorgados por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), especialmente del informe 11º, que indicó:

Por lo que respecta al uso terapéutico de la cannabis, el Comité no ha modificado la opinión que expresó en su Tercer Informe. La cannabis y sus preparados han caído en desuso y su empleo en medicina no está justificado. Los organismos internacionales competentes deben seguir recomendando la prohibición o las restricciones del uso con fines médicos de las sustancias que puedan ser particularmente peligrosas para la colectividad, pero esas decisiones no deben tener carácter obligatorio (O.M.S, 1961).

A partir de la vigencia y ratificación de la Convención única de estupefacientes, los Estados se encontraban bajo la obligación de “adoptar las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias: para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha Convención” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1973). Esto significó que los Estados miembros, debían realizar la modificación de sus legislaciones internas bajo una óptica de política criminal de represión y prohibición. Parecía que la sociedad no había comprendido en cabalidad la experiencia con la ley seca de 1920 que ya había demostrado que una política de prohibición y represión puede mantener momentáneamente la idea simbólica de seguridad, pero que la realidad llega a ser distinta, con la consecuencia de un gradual fortalecimiento del crimen organizado.

Esa idea de seguridad internacional de lucha contra las sustancias controladas fue desmoronándose de forma gradual. Si bien es cierto que “las drogas son una tragedia para los toxicómanos, la criminalización de su uso fue desastrosa para la sociedad” (Friedman; 2000). La prohibición de una sustancia y/o producto provoca el incremento de su valor en paralelo con la disputa de grupos por el control del mercado; eso se resume en organizaciones criminales.

Los efectos de esta Convención y las políticas adoptadas no tuvieron los efectos que se habían pronosticado en aquellos años. Prueba de aquello son los datos publicados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), donde indica que el “cannabis sigue siendo la droga que más se consume en el mundo y que el número de consumidores parece haberse incrementado en aproximadamente el 16% en el decenio que terminó en 2016” (UNODC, 2018).

A los datos presentados por la UNODC podría sumarse los efectos de las modificaciones jurídicas en países como Chile, Colombia, México y Uruguay, que, de manera progresiva, modificaron sus leyes internas abriendo la posibilidad al uso recreativo y medicinal. No obstante, la propia UNODC reconoce que es muy pronto realizar una evaluación sobre ese aspecto.

Bajo esa orden de ideas, es importante reiterar la importancia de la participación de estos países en la apertura de una senda hacia un debate responsable y basado en la realidad de sus Estados. Debe entenderse que una persona que hace uso de cannabis sativa no es un delincuente, es una persona que padece cierta dependencia, y dicha dependencia no puede ser tratada con una sanción penal, por lo que el tema de drogas no es un problema de seguridad ciudadana, se trata más bien de un problema de salud.

A este debate se unió un tema muy importante, y es el uso medicinal de cannabis sativa en enfermedades crónicas, camino por el que Colombia empezó a caminar en base a fundamentos científicos que refutaban a los manuales de la ONU, como por ejemplo que la marihuana causaba algún tipo de adicción – o al menos más que el alcohol o el tabaco – o que sirve como enlace al consumo de otras drogas (Ballota, Bergeron y Hugues, 2008).

EL DERECHO A LA SALUD Y LA RELACIÓN CON EL CANNABIS SATIVA

Las investigaciones científicas sobre los componentes del cannabis sativa sirvieron para desarrollar pesquisas en campos más amplios de la medicina, como la tolerancia del cuerpo humano a esta sustancia, su funcionamiento y los efectos medicinales. En razón a estos fundamentos, es que países como Colombia, Chile, Uruguay y México, fueron modificando sus cuerpos legales para un uso terapéutico para garantizar el derecho humano a la salud.

En ese mismo orden de ideas, podemos recapitular las investigaciones más relevantes. Ya en el caso del alzhéimer, por ejemplo, se concluyó indicando que los receptores de cannabinoides son importantes en la patología de AD y que los cannabinoides lograron tener éxito en la prevención del proceso neurodegenerativo que ocurre en la enfermedad (RAMIREZ, et al., 2005). En la investigación sobre Parkinson, el resultado también fue positivo; los resultados obtenidos muestran que bradicinesia parece ser el síntoma más comúnmente mejorado por los cannabinoides, seguido de rigidez muscular y temblor (VENDEROVÁ; RŮŽIČKA, et al., 2004). Otro punto de estudio importante fue el estudio sobre la esclerosis múltiple, enfermedad que ataca principalmente al sistema nervioso central. El estudio presentado indicó que los cannabinoides ofrecen el potencial de retrasar la progresión de una enfermedad que todavía no tiene un tratamiento satisfactorio (PRYCE, 2003). Un segundo estudio realizado en personas determinó que el uso de extractos de cannabinoides obtenidos a partir de plantas enteras alivia síntomas como el dolor, la espasticidad e incontinencia de la vejiga durante un período prolongado de tratamiento. (PERTWEE, 2002).

El derecho a la salud surgió y se desarrolló, en el contexto del derecho internacional de los derechos humanos, en un concepto más amplio, pues, aunque el sentido común restrinja la salud a la "ausencia de enfermedades", la Constitución de la OMS, en 1946, por ejemplo, la define como "el estado de completo bienestar físico, mental y social". Se entiende, de esta forma, que la Constitución de la OMS, así como su propia fundación, han sido verdaderos hitos para la salud, que pasa a ser una preocupación cada vez mayor, ahora también en el ámbito de los derechos humanos, y también pasa a aparecer en diversos documentos subsiguientes.

Dos años después, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DUDH/NN.UU.) declara que todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida capaz de asegurar salud y bienestar a sí y a su familia y, en consecuencia, una serie de elementos que integran o están asociados a la salud, como la alimentación, el vestuario, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales indispensables, es decir, la Declaración sigue en la misma estera de la OMS de comprensión de la salud como un concepto amplio y positivo.

En las décadas que siguieron, la salud continúa en el rol de derechos fundamentales en documentos internacionales, como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que consagra, en su artículo 12, el derecho al más alto nivel posible de salud. La salud como derecho, de una forma u otra, también aparece en otros documentos, como mencionan Sarlet y Figueiredo (2008): en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículos 4 y 5) y el Protocolo Adicional a la Convención Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 10).

Ferrajoli (2018) define los derechos fundamentales como "la ley del más débil" en que, por ejemplo, si en la comisión de un crimen, la víctima de la ofensa es el más débil, en el proceso penal pasa ser el autor y, en la ejecución penal, el encarcelado. En esta línea, considerando todo el conjunto de actos terapéuticos que abarcan desde la consulta y exámenes médicos hasta el diagnóstico y el tratamiento medicamentoso propiamente dicho, se tiene que el más débil, en el caso, sería el enfermo y protegerlo sería, pues, la razón de existir del derecho a la salud.

Más que eso, una vez que, incluso al sujeto considerado sano, le interesa, a él y al Estado, proteger su salud, incluso para el buen desarrollo de la sociedad y para que se evite la propagación de enfermedades, el derecho a la salud se extiende, en este caso en particular, para abarcar, no sólo el "más débil", sino todos, sin dejar de considerarse las debidas particularidades de las condiciones psicofísicas de cada uno. De este modo, la protección de la salud como derecho humano, en la forma consagrada en una variada gama de documentos internacionales, busca contemplar, no sólo el más débil - el enfermo, como lo ha aducido Ferrajoli, sino a todos los individuos, aunque por su condición de literal debilidad, el enfermo merezca más atención.

Tal concepción de los derechos fundamentales ya sirve de indicio para una comprensión más amplia del derecho a la salud. Sueli Gandolfi Dallari (1988), por ejemplo, lo entiende como un derecho subjetivo, que contiene inevitablemente aspectos sociales e individuales (p. 59). La jurista todavía defiende que el derecho a la salud "privilegia la libertad en su más amplia acepción", pues "el profesional de la salud debe poder elegir entre todas las alternativas existentes aquella que, a su entender, es la más adecuada". Incluiría la igualdad, toda vez que:

[...] las limitaciones a los comportamientos humanos se colocan exactamente para que todos puedan gozar también de las ventajas de la vida en sociedad. Así, para preservarse la salud de todos es necesario que nadie pueda impedir a otro de buscar su bienestar o inducirlo a enfermarse (DALLARI, 1988: 59).

De esta forma, concluye Dallari, el derecho a la salud se apropia de la libertad y de la igualdad, dependiendo del inestable equilibrio entre esos dos valores.

LAS ENFERMEDADES "INTRATABLES" TRATADAS CON MARIHUANA (CASO BRASIL)

La refracción es un término médico que, básicamente, se refiere a la falta de reacción o a la respuesta insatisfactoria de un paciente al tratamiento medicamentoso que le es dispensado. Los tratamientos tradicionales, en estos casos, se muestran ineficaces, es decir, incapaces de asegurar la curación o incluso garantizar alguna mejora significativa en el cuadro del enfermo o el alivio de sus síntomas.

Marcelo Basso de Sousa e Aristides Volpato Cordioli (2014: 315), en el análisis de la no reacción al tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), explican que, aunque los términos "resistente" y "refractario" se utilizaron como sinónimos en la literatura médica, "refractario" designa un grado más alto de resistencia. También explican que, aunque hay divergencias en cuanto a los criterios, la refracción en el TOC, por ejemplo, se refiere a una reducción de los síntomas en al menos el 25%.

En regla, cualquier enfermedad puede resistir al tratamiento tradicional que se le haya prescrito, por lo que se caracteriza como refractaria. Sin embargo, algunas enfermedades se destacan, sea por el alto número de acometidos, por la intensidad de sus síntomas o por su letalidad. Entre ellas, aparecen, por ejemplo, el cáncer, la ansiedad, la depresión, el mal de Alzheimer, el mal de Parkinson y la epilepsia.

En esta estera, el propio Consejo Federal de Medicina edita la Resolución 2.113/2014, por medio de la cual aprobó el uso compasivo del cannabidiol para el tratamiento de epilepsias del niño y del adolescente refractario a los tratamientos convencionales, explicando así sus razones:

[...] en los últimos 40 años vienen siendo acumuladas evidencias experimentales que apuntan al CBD como una sustancia con un amplio espectro de acciones farmacológicas. Muchas de estas acciones tienen un potencial interés terapéutico en diversos cuadros en los que, entre ellos: la epilepsia, la esquizofrenia, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer, isquemias, diabetes, náuseas, cáncer, como analgésico e inmunosupresor, en disturbios de ansiedad, del sueño y del movimiento, (para la revisión ver Zuardi, 2008; Izzo et al., 2009). Las evidencias de eficacia se observaron en diferentes niveles, desde el preclínico en animales, a los ensayos clínicos en pacientes, dependiendo de cada enfermedad estudiada. Para las epilepsias refractarias del niño y del adolescente, existen evidencias en todos los niveles, hasta los ensayos clínicos controlados y doble ciegos, sin embargo, con número restringido de pacientes. (CFM, 2014: 24).

En cuanto a la epilepsia, mencionada por la resolución del CFM - esta enfermedad causante de convulsiones que afecta a menudo a niños y los acompaña en todo su desarrollo para comprometerlo o disminuir la calidad - los números son aún más concretos y, por lo tanto, más impresionantes. Por ejemplo, como explica la médica Eliana Garzon (2002: 66), "hay estimaciones de que 50 millones de personas en el mundo tienen epilepsia y sólo entre el 25% y el 45% están completamente libres de crisis después de 12 meses de tratamiento". Además, en el contexto específico de la epilepsia, Garzon (2002: 67) considera que "la tendencia actual es considerar una droga no fue eficiente cuando las crisis persisten a pesar del uso de la dosis máxima tolerada (o subtóxica)", que la enfermedad pasa a ser clasificada como intratable.

Sin embargo, pese al entendimiento de no reacción de la enfermedad a medicamentos convencionales, algunos cannabinoides, sobre todo el CBD y el THC, se han mostrado extremadamente eficaces en ciertos tipos de tratamiento. En lo que concierne a la epilepsia en niños, por ejemplo, el médico español Mariano García de Palau, que hace 15 años investiga el uso medicinal de la marihuana, explica que:

En la mayoría de los casos, y hablaríamos de un 65% de pacientes, se consigue reducir el número de crisis y también su frecuencia de aparición. En algunos pacientes cambia el tipo de crisis, y su intensidad se reduce, y por lo tanto los peques están más tranquilos, y sus cerebros se pueden dedicar a tareas y habilidades muy necesarias, siendo muy frecuente que los padres comenten que "¡está más conectado!". (PALAU, 2018).

Palau también explica que los chinos, por lo menos hace 5000 años, ya usaban el Cannabis sativa para el tratamiento de la epilepsia. Además, los cannabinoides se han mostrado de baja toxicidad y cierta posibilidad de que también sean efectivos para el tratamiento de otros tipos de epilepsias, por ejemplo, en adultos. (PALAU, 2018).

Sin embargo, a pesar de las fuertes evidencias científicas y de los muchos relatos de pacientes o de sus familiares acerca de la eficacia del tratamiento con cannabinoides, se tiene que su uso en Brasil todavía es demasiado restringido, debido sobre todo a la legislación anti-drogas que poco se modificó desde 2006 y a la normativa de la Anvisa que la complementa.

La Ley 9.782/99 determina, en su artículo 2, que corresponde a la Unión, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), normalizar, controlar y fiscalizar productos, sustancias y servicios de interés para la salud. El artículo 7, a su vez, ordena que corresponde a la Anvisa coordinar el SNVS.

Por último, el párrafo 1 del artículo 8 dispone que se consideran productos sometidos al control y fiscalización por Anvisa los medicamentos de uso humano, sus sustancias activas y demás insumos, procesos y tecnologías.

Así se tiene que la Ley 9.782/99, de conformidad con lo prescrito por la Constitución, otorga a Anvisa la competencia para la regulación, fiscalización y control de sustancias medicamentosas, en general. Esta actividad es ejercida por Anvisa, principalmente en mérito a la Ordenanza N° 344 del Ministerio de Salud, así como de sus anexos, que contienen 17 listas que regulan la producción, comercialización, prescripción y uso de diversas sustancias.

Entre ellas se encuentran los medicamentos a base de THC y de CBD, ambas sustancias extraídas de la marihuana y que, hasta 2016, eran clasificadas como de uso proscrito, pero pasaron, a partir de la Resolución Anvisa N° 66/2016, a constar como excepción, pues quedó autorizada su prescripción médica. Sin embargo, los medicamentos a base de cannabinoides sólo pueden ser importados en carácter excepcional, lo que demanda procedimientos burocráticos largos, además de altos costos.

A pesar de las dificultades, se han dado avances en la materia. En el caso de la Asociación Brasileña de Apoyo Cannabis Esperanza (Abrace) que inició una acción judicial solicitando la tutela anticipada, en contra de la Unión Federal y la Anvisa, pretendiendo que los promovidos fueran obligados a autorizar que la asociación preparara medicamentos a base de cannabinoides para el tratamiento de sus asociados (BRASIL, 2017).

En el año 2017, con un dictamen favorable del Ministerio Público Federal (MPF), se concedió a Abrace la autorización pleiteada y, según su página web, actualmente la institución ofrece medicamentos a base de cannabis a 750 personas con epilepsia, 290 con mal de Alzheimer, 170 con mal de Parkinson, además de otros 12 pacientes con cáncer.

En el año 2018, la Segunda Sala del Superior Tribunal de Justicia (STJ) permitió la importación directa del aceite de cannabidiol para un niño que sufría de epilepsia intratable. En el caso, el STJ mantuvo la resolución del Tribunal Regional Federal (TRF) de la Quinta Región la cual disponía que:

Demostrada la ineficacia de los tratamientos convencionales, a través de exhaustivos informes médicos, se muestra adecuada la concesión de autorización judicial para fines de importación de medicina sin registro en la Anvisa, como el “Cannabidiol”, con la debida prescripción médica, con el fin de resguardar el derecho constitucional a la salud. (BRASIL, 2018).

Así, se entiende que la efectividad del derecho a la salud debe continuar ese camino, en el sentido de facilitar el acceso a medicamentos producidos a base de derivados de la marihuana, no sólo para enfermedades refractarias, sino para todas las enfermedades para las que se muestre adecuado el tratamiento, de acuerdo con la elección metodológica del profesional de la salud y la libertad del paciente.

Por eso, se cree que el Estado brasileño debe, con carácter de urgencia, por medio de la actualización de la legislación antidroga y de las listas de Anvisa, revisar el prohibicionismo vigente en cuanto al uso terapéutico del cannabis. En el caso de que no lo haga, quedará a los pacientes ya sus familiares, los

cuales vislumbran en los cannabinoides un resplandor de esperanza en medio de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, obtener la marihuana medicinal de forma ilícita, como muchos ya lo hacen, o golpear a las puertas de la Justicia en espera de una decisión favorable y satisfactoria a sus necesidades.

CONCLUSIÓN

El derecho a la salud, como derecho social, es relativamente reciente en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ya que sus primeras apariciones se dieron en la Constitución de la OMS y en la Declaración de 1948. Como derecho fundamental en el ordenamiento jurídico-constitucional brasileño, es aún más reciente, habiendo sido positivado sólo en 1988, con la actual Constitución y el año 2009 en el caso de Bolivia. Por eso mismo, por ese cierto frescor doctrinario y jurisprudencial que rodea el derecho sanitario, se cree que es, aún más que los demás, un derecho en construcción. Exige, por lo tanto, que se amplíen cada vez más las discusiones y las investigaciones acerca de su alcance.

Un subtema del derecho a la salud muy sensible, pero que se ha mostrado cada vez más pertinente y actual, se refiere al uso medicinal de algunas de las sustancias extraídas de la marihuana, los llamados cannabinoides, de los cuales se destacan el THC y el CBD.

En general, se tiene que la marihuana ha sido utilizada con fines terapéuticos desde hace milenios. Más recientemente, por lo menos desde la década de 1960, cuando el médico israelí Raphael Mechoulam aisló por primera vez el THC y el CBD, nuevamente el tema entró en boga y varios experimentos se realizaron para comprobar: la baja toxicidad de los cannabinoides, la gran eficacia en el tratamiento de ciertas enfermedades, con destaque para la epilepsia, y la alta probabilidad de tratar diversas otras enfermedades, graves o letales, que comprometen la calidad de vida de personas de todas las edades en todo el mundo.

Contrariamente a estas evidencias, el Derecho, sobre todo a partir de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, endureció gradualmente la legislación antidroga en la segunda mitad del siglo XX. En el caso de Brasil, fue sólo en 2006, con la promulgación de la Ley 11.343/2006 que el uso de drogas en general pasó a ser visto como cuestión de salud pública, aunque se mantuviera una visión prohibitiva del uso de estupefacientes. En Bolivia, se tiene una legislación totalmente retrasada al estar en vigencia una ley con más de treinta años de vigencia que sanciona penalmente conductas como el consumo.

En el año 2014, se inició un gran proceso de discusión sobre el uso medicinal de los cannabinoides en Brasil, primero restringido a la utilización compasiva por niños y adolescentes que sufren de epilepsia refractaria, pero que se ha ampliado para otras enfermedades en condiciones igualmente graves, pero más diversas. Así, en ese mismo año el CFM editó una resolución que aprobaba tal uso y, en 2016, Anvisa editó otra resolución que autorizaba el uso de cannabinoides, mediante importación y en carácter excepcional. Otro marco en cuanto a ese tema fue la decisión judicial que autorizó a Abrace, en João Pessoa, a producir medicamentos a base de marihuana y distribuir a sus asociados.

Sin embargo, a pesar de los importantes avances ocurridos en los últimos cinco años con relación al uso medicinal de los cannabinoides, todos ellos frutos de gran embate de la sociedad, sobre todo a partir de pacientes en estado grave y de sus familiares, se entiende que la reglamentación de ese uso, tal cual es hecha hoy, es injustificadamente restrictiva, pues se limita a aquellos con condiciones financieras de alto costo por la importación. Por otro lado, esos cannabinoides, una vez que son

producidos a partir de una planta extremadamente adaptada al clima tropical, como es el brasileño, podrían, con tranquilidad, ser confeccionados en Brasil, de forma mucho más barata y accesible. De este modo, se resalta la creencia de que ese asunto es mucho más relativo a la salud, principalmente al derecho fundamental a la salud, que a la seguridad pública. Más aún, se cree que la ampliación del acceso a los cannabinoides sea requisito, al menos uno de ellos, para la efectivización del derecho a la salud, haya vista la existencia de tantas personas en Brasil agobiadas por serias enfermedades que podrían ser eficazmente tratadas con la marihuana, pero no lo son debido a obstáculos impuestos por el Estado a través de una legislación que va en contra de numerosas y serias evidencias científicas. Por último, no se debe ignorar la situación de aquellos que sufren con enfermedades refractarias, que a menudo viven en condiciones subhumanas, atormentadas por gran dolor o a la espera de la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballotta, D., Bergeron, H. & Hughes, B. (2008). *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences, Perspectives on Cannabis Controversies, Treatment and Regulation in Europe*. Lisboa: EMCDDA.
- Blackwell, J. Michael. (2014). The Costs and Consequences of US Drug Prohibition for the Peoples of Developing Nations. *Indiana International and Comparative Law Review*, vol. 24, núm. 3, p. 665. <https://doi.org/10.18060/18280>
- Brasil. Conferência Nacional de Saúde (8ª). Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponible en: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Accedido en: 02 ago. 2018.
- Brasil (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS.
- Brasil (2003). *Direito sanitário e saúde pública* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde.
- Christiansen, Matthew (2010). A Great Schism: Social Norms and Marijuana Prohibition. *A Short Essay*. *Harvard Law and Policy Review*, vol.4, núm., 1, p. 240.
- Conrad. Chris (1997). *Cáñamo para la salud*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Cordioli, Aristides Volpato; SOUSA, Marcelo Basso de. (2014) *TOC*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Dallari, Sueli Gandolfi. (2009) A construção do direito à saúde no Brasil. In: *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p9-12>
- Ferrajoli, Luigi. (2018). *El paradigma garantista: filosofía crítica del derecho penal*. Madrid: Editorial Trotta.
- Gaoni, Y. & Mechoula, R. (1964). Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. *J Am Chem Soc* 86: 1646 – 1647. <https://doi.org/10.1021/ja01062a046>
- Garzon, Eliana. (2002). Epilepsia Refratária: Conceito e Contribuição das Novas Drogas Antiepilépticas e de outras Modalidades Terapêuticas. *Revista Neurociências*, São Paulo, 10(2): 66-82. <https://doi.org/10.34024/rnc.2002.v10.8897>
- Grotenhermen, F. (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *International Association for Cannabis as Medicine*, 1(1):10-14
- Hall, Wayne. (2009). The Adverse Effects of Cannabis Use: What Are They, and What Are Their Implications For Policy. *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, pp. 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.013>
- Palau, Mariano Garcia de. *Epilepsia refractaria infantil y cannabis*. Fundación Canna. Disponible en: <<https://www.fundacion-canna.es/epilepsia-refractaria-infantil-y-cannabis>> Accedido en: 27 ago. 2018.

- Pedersen, Willy; Skardhamar, Torbjorn. (2010). Cannabis and Crime: Findings From a Longitudinal Study, *Addiction*. Society for the Study of Addiction, vol. 105, núm. 1, p. 116. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02719.x>
- Pertwee, R. (2002). Los cannabinoides y la esclerosis múltiple. *Farmacología y Terapéutica*, 95, 165- 174.
- Robinson. Rowan (1999). *El Gran Libro del Cannabis*. Mexico: Ed. Lasser Press.
- Rodrigues Neto, Eleutério (2003). *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Sarlet, Ingo Wolfgang; Figueiredo, Mariana Filchtiner. (2008). Algumas Considerações sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, n. 67, p. 125-172.
- Suero-García, Carlos, Martín-Banderas, Lucia, & Holgado, M^a Ángeles. (2015). Efecto neuroprotector de los cannabinoides en las enfermedades neurodegenerativas. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 56(2), 77-87. <https://doi.org/10.4321/S2340-98942015000200002>
- Venderová, K., Růžička, E., Voříšek, V. y Višňovský, P. (2004), Encuesta sobre el consumo de cannabis en la enfermedad de Parkinson: mejora subjetiva de los síntomas motores. *Mov. Disord.*, 19: 1102-1106. doi: 10.1002 / mds.20111. <https://doi.org/10.1002/mds.20111>
- Fraguas, A. I., María Fernández, A., y Torres, A. I. (2014). Cannabinoides; una prometedora herramienta para el desarrollo de nuevas terapias. *An. Real Acad. Farm*, 80(3), 555 – 577.
- Gafo Fernández, F. J. (1993). 10 palabras clave en bioética. Estella.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2018). Resumén, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe Mundial sobre Drogas 2018. En línea. Descargado de <https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18ExSumSpanish.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1972). Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. En línea. Descargado de <https://goo.gl/j24guL>
- Organización Mundial de la Salud. (1961). Comité de expertos en drogas toxicomaníacas 1961 11 informe. En línea. Descargado de <https://goo.gl/2MMJnL>
- Pryce, G., Ahmed, Z., Hankey, D., Jackson, S., Croxford, J. L., Pocock, J. M., . . . Baker, D. (2003, oct). Los cannabinoides inhiben la neurodegeneración en modelos de esclerosis múltiple. *Cerebro*, 126(10), 2191 – 2202.
- Ramirez, B., Blázquez, C., del Pulgar, T. G., Guzmán, M., y Ceballos, M. L. D. (2005, Feb). Prevención de la patología de la enfermedad de Alzheimer por los cannabinoides: neuroprotección mediada por el bloqueo de la activación microglial. *The Journal of Neuroscience*, 25(8), 1904 – 1913.

Derechos de Autor (c) 2019 Alex Cabello Ayzama. José Renato Venâncio Resende.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)