

**De Janon Quevedo, Lenin**

*Luces y sombras: pinceladas sobre la ley de  
cannabis medicinal*

Vida y Ética Año 18, N° 1, junio 2017

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

De Janon Quevedo, Lenin. “Luces y sombras : pinceladas sobre la ley de cannabis medicinal” [en línea]. *Vida y Ética*, 18.1 (2017). Disponible en:  
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/luces-sombras-ley-cannabis-medicinal.pdf> [Fecha de consulta:.....]

# LUCES Y SOMBRAS: PINCELADAS SOBRE LA LEY DE CANNABIS MEDICINAL

## Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

ldejanonquevedo@uca.edu.ar

- Magister en Ética Biomédica (UCA)
- Especialista en Medicina Clínica (UCA)
- Profesor de Bioética e Investigador en el Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas (UCA)
- Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital "Francisco Santojanni" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Presidente del Comité de Bioética del Hospital "Francisco Santojanni"
- Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

### Palabras clave

- Cannabis medicinal
- Legalización de la marihuana
- Autocultivo
- Prevención del daño

### Key words

- Medical cannabis
- Marijuana legalization
- Domestic hemp cultivation
- Prevention of harm

## RESUMEN

En líneas generales, la ley sobre el cannabis medicinal se distingue por haber estimado los datos provenientes de estudios sistémicos y otorgado a la evidencia científica el rol preponderante en el estudio y la investigación de las propiedades medicinales del cannabis. En ella se destacan el concepto integral de salud, la prevención del daño, la universalidad del acceso y la exclusión del autocultivo de marihuana como vía de aprovisionamiento. Será necesario esperar su reglamentación para aclarar las dudas que podrían surgir de la actual interpretación del texto.

## ABSTRACT

In general terms, the law on medical cannabis is characterized by having considered the findings coming from systemic researches, and granted a leading role to scientific evidence on study and analysis of medical properties of cannabis. This law highlights such issues as: an integrative conception of health, prevention of harm, universality of access, and exclusion of domestic hemp cultivation as source for supply. It will be necessary to wait until the law is regulated for clarifying doubts that could be derived from the current text.

## INTRODUCCIÓN

Cuando se estima que más de 165 millones de personas al año consumen cannabis [1] y que la ganancia generada, para apenas uno de los mega-grupos delictivos que la negocian, excede los 2 mil millones de dólares estadounidenses anuales, [2] los resortes legales no pueden desentenderse de la problemática

que esta especie vegetal ocasiona. En consecuencia, los legisladores están llamados a elaborar instrumentos para ayudar a la sociedad a enfrentar –al menos parcialmente– la problemática seria de salud derivada del consumo masivo de una sustancia de esta naturaleza.

La aprobación de la ley 27350, sobre el cannabis medicinal, significó que los

---

[1] UN Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.

[2] Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016; 387(10026): 1427–1480.

representantes del pueblo argentino se abocaran a la nada fácil tarea de regular un recurso terapéutico que obedece a una lógica distinta a la del consenso: la de la evidencia científica. De ahí que debieron cuidar que la nueva norma no naciera desprovista de datos provenientes de estudios sistémicos, [3] ni que conclusiones técnicas fuesen sustituidas por lo que Cohen llama decisiones "pobres" y "apasionadas" amparadas en el voto popular. [4] Si bien queda por analizar la reglamentación de la ley que hasta el momento de escribir estas líneas no había adquirido estado público, el texto que suscitó la adhesión de ambas cámaras tiene, a mi entender, bastantes luces y algunas sombras que me gustaría compartir vía esta reseña.

## LAS LUCES: ASPECTOS FAVORABLES DE LA LEY

Siendo una ley sanitaria, entiende que la atención de la salud debe pensarse de manera integrada conforme las

entidades que componen a la persona humana: la biológica, la psíquica, la social y la espiritual. [5] Esta visión integrada de salud advierte que por un lado se puede eliminar un síntoma, y por otro se puede eliminar un síntoma, y por otro se puede producir un daño, por el hecho de que es imposible dividir a la persona en compartimentos estancos. Así, la acción sobre la parte enferma siempre acarreará consecuencias sobre el todo y las consecuencias de un fármaco nunca debieran ser más graves que el efecto positivo buscado –paliativo para el caso– si se pretende respetar el principio de totalidad terapéutica. Además, teniendo en mente que la persona es un ser social, la idea de totalidad debe extenderse también a la comunidad.

Por consiguiente, mientras no aparezcan investigaciones que descarten las consecuencias psíquicas adversas motivadas por el uso prolongado del fármaco cannabis, [6] éste deberá indefectiblemente ser sometido a las pruebas más rigurosas a fin de evitar el daño para la persona y la sociedad.

[3] Hoffmann D, Weber E, Medical Marijuana and the Law. *New England Journal of Medicine*. 2010; 362 (16): 1453–1457.

[4] Cohen PJ. Medical Marijuana: The Conflict between Scientific Evidence and Political Ideology. Part One of Two. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2009; 23 (1): 4–25.

[5] WHO Expert Committee. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: World Health Organization, 1990. pag. 11.

[6] Walsh Z, Gonzalez R, Crosby K, S Thiessen M, Carroll C, Bonn-Miller MO. Medical Cannabis and Mental Health: A guided Systematic Review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 51: 15–29.

La ley es clara en conferir al Ministerio de Salud el rol de organismo rector para el estudio e investigación del uso medicinal del *Cannabis sativa* y con ello con-signa que la forma de validación de toda conclusión no será otra que la evidencia científica: sea por datos objetivos cuantificables o epidemiológicos. En este punto no hay que olvidar que, por el momento, la evidencia científica a favor del uso medicinal no es abundante y se necesitan más estudios controlados que arrojen certeza en torno a las bondades de los usos clínicos; independientemente a los múltiples reportes que pregonan sus beneficios. [7, 8, 9]

Otro punto a destacar es el tema de la accesibilidad que la ley encomienda al estado. Sin adoptar una posición estatis-ta, considero que se ha resuelto favora-blemente esta cuestión, habida cuenta de que al estado le corresponde garanti-zar igualdad de oportunidades a los ciu-dadanos; lo que en salud se traduce como acceso a cuidados de calidad.

De esta manera se ha superado el debate del autoabastecimiento que es uno de los argumentos fundamentales y patrocinadores del autocultivo o cultivo doméstico de la planta. Valdría ponerse en los zapatos de los legisladores –criti-cados por demás en tantas ocasiones– para imaginarse la presión que debió ejercer sobre ellos el evidente y público apoyo de organizaciones de enfermos y familiares que, desde la necesidad de mitigar sus dolencias, claman por culti-var legalmente la planta. Pero es neces-a-rio que se sepa que el autocultivo como fuente de cannabis genera profundas preocupaciones en países como Canadá o ciertos estados de los Estados Unidos, donde coexiste junto al sistema público centralizado de aprovisionamiento. Ahí, se ha convertido en fuente principal de usuarios sin prescripción médica, [10] es decir, de aquellos que cultivan para satis-facer el consumo recreativo personal y comercializar el excedente. [11] Tal situa-ción ha despertado el alerta en las auto-ridades debido a la "criminalidad" poten-

---

[7] Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Zoheiry N, Lakha SF. Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic noncancer pain: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*. 2015; 61: e372–381.

[8] Madras B. *Update of cannabis and its medical use. Review for the 37<sup>th</sup> session of the WHO Expert Committee on Drug Dependence*. Geneva: WHO, 2015.

[9] WHO Expert Committee on Drug Dependence. En: *Report of the 37<sup>th</sup> Expert Committee on Drug Dependence*. Nov. 16–20/2015, at WHO headquarters. Geneva: Commission on Narcotic Drugs, 2015.

[10] Belle-Isle L, Walsh Z, Callaway R, Lucas P, Capler R, Kay R. et al. Barriers to access for Canadians who use cannabis for therapeutic purposes. *International Journal of Drug Policy*. 2014; 25(4): 691–699.

[11] Potter GR, Barratt MJ, Malm A, Bouchard M, Blok T, Christensen AS, et al. Global Patterns of domestic cannabis cultivation: Sample characteristics and patterns of growing across eleven countries. *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26: 226–237.

cial que encierra este sistema paralelo [12, 13] que Potter ha catalogado como en "pendiente resbaladiza". [14] Por otro lado, el autocultivo queda excluido de la certificación de calidad que pudiese emitir un organismo de control ya que sería imposible –y hasta desaconsejado– que el estado interviniese todos y cada uno de los hogares cultivadores. El resultado de permitir el autocultivo es arriesgarse a consumir cannabis de distintas bio-variedades y composición química desconocida; o contaminado por hongos, bacterias, metales pesados, pesticidas, e incluso vidrio molido. [15] Por último, la controversia sobre el autocultivo pareciera diluirse definitivamente por cuanto la ley es enfática en: permitir el cultivo exclusivamente para investigaciones; y reconocer al aceite de cáñamo como única variante garantizada por el Estado para ser utilizar con fines medicinales.

Quizás amerite un análisis aparte la palabra "cáñamo" que el texto ha usado para identificar a un medicamento, normalmente nombrado por su ingrediente farmacológico activo y no por un vocablo histórico. Pero ello no desmerece lo que la ley da a entender: que las investigaciones con aceite de cannabidiol elaborado bajo condiciones laborales son las únicas que cumplen con las exigencias científicas; aunque limitadas a la epilepsia refractaria y bajo condiciones muy precisas según lo publicado en la bibliografía. [16]

La gratuidad en la adquisición del aceite permitirá acceder a lo que, hasta ahora, presenta más respaldo científico en comparación con el resto de cannabinoides y THC; mismos que poseen efectividad medicinal discutida, producto de la mala calidad de los trabajos con que se respalda. [17, 18]

---

[12] *Idem*

[13] Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical Marijuana programs: Implications for cannabis control policy– Observations from Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26: 15–19.

[14] Potter GR. *Weed, need and greed: A study of domestic cannabis cultivation*. London: Free Association Books, 2010.

[15] Leung L. Cannabis and Its Derivatives: Review of Medical Use. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011; 24: 452–462.

[16] O'Connell BK, Gloss D, Devinsk O. Cannabinoids in treatment-resistant epilepsy: A review. *Epilepsy Et Behavior*. 2017; 70(Pt B): 341–348. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.11.012.

[17] Wang T, Collet JP, Shapiro S, Ware MA. Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*. 2008; 178 (13): 1669–1678.

[18] Wilkinson ST, Yarnell S, Radhakrishnan R, Ball SA, D'Souza DC. Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health. *Annual Review of Medicine*. 2016; 67: 453–466.

Finalmente, la ley destaca que los problemas de salud inadecuadamente atendidos por los tratamientos médicos convencionales también deberán desarrollar evidencia científica. En este punto, la norma sintoniza con los esfuerzos mayúsculos realizados por organismos internacionales para dotar a la medicina no convencional –llámese tradicional, alternativa, complementaria o etnobotánica– de bases científicas sólidas que certifiquen la efectividad e inocuidad de las plantas medicinales; [19] y, además, reafirmen el *ethos* de la medicina tradicional tendiente a evitar que la persona y la comunidad corran riesgos; algo que es imposible de excluir bajo el uso empírico del cannabis. [20]

### LAS SOMBRAS: ASPECTOS IMPRECISOS DE LA LEY

Desde mi parecer, la parte de la ley relacionada con la participación de los pacientes y sus familiares en los estudios, podría prestarse a más de una interpretación. El texto aclara que se propiciará “la participación e incorporación voluntaria de los pacientes y de sus familiares, quie-

nes podrán aportar su experiencia, conocimiento empírico, vivencias y métodos utilizados para su autocuidado” ¿A qué experiencia se refiere? ¿A lo experimentado, o, lo experimentado? En el primer caso se tratarían de vivencias personales, en el segundo, estaríamos hablando de experimentos. No digo que no se pueda investigar sobre sujetos humanos, sino que tales estudios deben regirse y controlarse por un nutrido canon de normas éticas tendientes a cuidar al sujeto investigado. Una persona que sufre en carne propia la dolencia que lo lleva a usar cannabis, no tendría por qué conocerlas.

Un aspecto que conviene enfocar es el registro de usuarios de aceite de cannabis; particularmente, porque en lugares donde ese registro ya existe, es considerado una barrera para la accesibilidad. [21]

Para concluir, debo reconocer que el artículo sobre el “registro nacional voluntario a los fines de autorizar [...] la inscripción de los pacientes y familiares de pacientes que, presentando las patologías incluidas en la reglamentación y/o prescritas por médicos de hospitales

---

[19] World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014–2023*. Geneva: WHO Press, 2013.

[20] De Janon L. Cannabis y medicina tradicional: libertad, sociabilidad y subsidiariedad de este tipo de fitoterapia. *Vida y Ética*. 2015; 16 (1): 55–72.

[21] Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical Marijuana programs..., *op. cit.*

públicos, sean usuarios de aceite de cáñamo y otros derivados [...]” genera en mí cuestionamientos en cuanto al rol adjudicado al hospital público; cual si se tratara de un salvaguardia de la calidad de atención técnica y ética. Si esto fuese así, valdría preguntarse ¿por qué ese rol no recae, también, sobre cualquier institución de salud, independientemente al subsistema –público, seguridad social o privado– al que pertenezca?

Confío en que la reglamentación de la ley permitirá aclarar tales dudas, que ciertamente no son muchas, pero son dudas al fin.

## CONCLUSIONES

La ley de cannabis medicinal es un avance en virtud de: la concepción integrada de cuidados para la salud, la prevención del daño, la elección del organismo rector, el rol preponderante otorgado a la evidencia científica, los esfuerzos para universalizar el acceso al aceite y la exclusión del autocultivo. Las dudas sobre el rol del paciente y la familia en los estudios o la prevención para que el registro de usuarios no se convierta en un obstáculo al acceso de cannabis, pareciera que serán dilucidadas cuando aparezca la reglamentación de la ley.