

De Janon Quevedo, Lenin

Marihuana medicinal: ¿medicina o medicamento? Parte I

Vida y Ética, Año 15, N° 2, diciembre 2014

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. "Marihuana medicinal : ¿medicina o medicamento? Parte I" [en línea]. *Vida y Ética*, 15.2 (2014). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/marihuana-medicinal-medicamento-quevedo.pdf>
[Fecha de consulta:.....]

MARIHUANA MEDICINAL: ¿MEDICINA O MEDICAMENTO? PARTE I

Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

- Magíster en Ética Biomédica (UCA)
- Especialista en Medicina Crítica (UCA)
- Docente-investigador del Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas (UCA)
- Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital "F. Santojanni" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Presidente del Comité de Bioética del Hospital "F. Santojanni" de C.A.B.A.
- Miembro del Comité de Ética en Investigación del Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Palabras clave

- Marihuana medicinal
- Adicciones
- Ética de la Medicina Tradicional

Key words

- Medical cannabis
- Drugs addiction
- Ethics of traditional medicine

RESUMEN

Hoy día la producción y comercialización de la marihuana es ilegal en casi todo el mundo a pesar que la planta del cannabis ha estado entre los humanos desde el Neolítico. Así pues, la legalización de la marihuana ha sido objeto de acalorados debates. Quienes apoyan la legalidad se basan en su larga historia de uso y alegan que las propiedades curativas son lo suficientemente sólidas para considerar el cannabis como medicamento; pero la historia tiene mucho para decir sobre las aplicaciones clínicas reales. Más allá de la eficacia de la marihuana para aliviar ciertos síntomas, existen exigencias éticas que el *Cannabis sativa* L. debe cumplir para ser considerado fitoterapéutico o fármaco. Este artículo habla sobre tales condiciones.

ABSTRACT

Although the plant of cannabis has remained among humans since the Neolithic; nowadays, its production and trade are illegal in almost the entire world. Therefore, the legalization of marijuana has been the subject of heated debate. On the grounds that the cannabis has been used throughout the history of human kind, people claiming for its legalization plea that its healing properties are robust enough to consider this plant as a medicine, but history has a great deal to say about real clinical applications. No matter how effective marijuana can be to alleviate some symptoms, still there are ethical requirements that the *Cannabis sativa* L. has to fulfill in order to be considered a phytotherapeutic or a pharmaceutical drug. This article deals with such conditions.

I. INTRODUCCIÓN

Cada vez, con más frecuencia, vemos en los medios de comunicación que el uso medicinal de la marihuana es algo

novedoso y futurista; que conversar sobre el tema es vanguardismo, y que cultivar cannabis a escala industrial augura ganancias [1] capaces de satisfacer la devoción contemporánea de la

[1] Más detalles pueden encontrarse en los artículos periodísticos: "SMU evalúa uso de cannabis medicinal", *El País* (Uruguay), 20/01/2014; "Se realiza en Miami el primer seminario en español sobre marihuana medicinal", *Miami Herald* (EEUU), 13/09/2014; "Marihuana: los líderes de la región desafían el tabú de la legalización", *La Nación* (Argentina), 25/08/2014; "Bid to Expand Medical Marijuana Business Faces Federal Hurdles", *The New York Times* (EEUU), 23/08/2014.

rentabilidad. También un premio Nobel de la Paz ha expresado no creer que, en términos de impacto individual, el consumo de la marihuana sea "más peligroso que el alcohol"; destacando a los pobres -afroamericanos y latinos- como condenados en forma desproporcionada por su uso. [2] Mientras tanto la marihuana medicinal motiva propuestas que la consideran un medicamento y postulan, en consecuencia, liberar las restricciones sobre su producción, comercialización y consumo.

Dado así las cosas es comprensible que tal motivación genere al menos curiosidad y merezca una reflexión en torno al carácter innovador de la utilización de la marihuana; así como al uso de la planta como medicina, es decir, al alivio de síntomas luego de su consumo; y finalmente, al significado de conferir al cannabis el estatus de medicamento.

Con tales objetivos se ha elaborado el presente análisis que consta de dos par-

tes. En esta primera parte se abordará el uso terapéutico del cannabis a lo largo de la historia y su empleo actual como medicina. La segunda parte se publicará en la próxima edición de esta revista y en ella se analizará los requerimientos éticos que el cannabis necesita cumplimentar para que se le confiera el estatus de medicamento.

"Volver al origen no es retroceder,
quizás sea andar hacia el saber"
Dani Carbonell

II. LA HISTORIA Y EL MITO DE LA INNOVACIÓN

1. La marihuana en la antigüedad

El *Cannabis sativa* L. es una especie vegetal que ha convivido con el hombre casi desde los albores de su civilización. Oriunda probablemente del Asia central [3] fue conocida por los chinos como *ta ma* (gran cáñamo) quienes apreciaron su

[2] Más información puede obtenerse en "Obama: Pot no more dangerous than alcohol", *USA TODAY*, 20/01/2014; "Barack Obama: Marijuana no more dangerous than alcohol", *BBC News*, 20/01/2014; "Obama: Marijuana not more dangerous than alcohol", *CBS News*, 19/01/2014.

[3] FRANKHAUSER, M., History of Cannabis in Western Medicine, Chapter 4, in: Grotenhermen, F., Russo, E., ed., *Cannabis and Cannabinoids: Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential*, Binghamton, The Haworth Press Inc., 2002, p. 37.

fibra para fabricar hilados, sogas, papel, aceites y en calidad de alimento. [4] Desde los primeros hallazgos arqueológicos del año 4000 a.C. se aprecia la importancia otorgada al cultivo del cannabis constituyendo -junto al arroz, la cebada, el mijo y la soja- uno de los "cinco grandes granos" de la agricultura china. [5] En el *Shen-nung pen-ts'ao ching*, la farmacopea más antigua de la humanidad compilada en el año 100 d.C. y que recoge tradición oral desde el siglo III a.C., el cannabis es llamado con el vocablo *Ma* que posee connotación negativa. [6] El texto demuestra que los chinos conocían los efectos psicotrópicos adversos y que su uso en exceso producía alucinaciones (literalmente "visión de demonios"). Ediciones posteriores describen el uso de la marihuana como anestésico quirúrgico, o mitigador de más de cien dolencias tales como el cansancio femenino, la gota, el reumatismo, la malaria, el beriberi, los forúnculos, la constipación, la pérdida de la concentración mental, entre otras. [7]

En la India el cannabis adquirió notoriedad como narcótico y medicina, otorgándosele atributos de santidad debido a su asociación con rituales religiosos. [8] El *Atbarva Veda* la menciona como una de las cinco plantas sagradas [9] y asegura que en sus hojas residen ángeles guardianes. [10] Los *Vedas* también se refieren al cannabis como fuente de felicidad, otorgador de alegría y liberador. Su uso medicinal no se diferenció del religioso, y el consumo de la marihuana en la vida secular fue fuertemente condenado por la sociedad india. [11]

El occidente antiguo demoró en conocer la marihuana. Si bien documentos asirios del año 600 a.C. testimonian que éstos la usaban como fibra vegetal y como medicina llamándola *kunnubu* o *kunnapu* -probable origen del vocablo árabe *kinnab*, del griego *κάνναβη* y del latino *cannabis*-, hay escasa evidencia que la planta haya sido conocida más allá de Turquía hasta la época de la

[4] ALDRICH, M., History of Therapeutic Cannabis, Chapter 3, in: Mathre, M., L., ed., *Cannabis in Medical Practice; a Legal, Historical and Pharmacological Overview of the Therapeutic Use of Marijuana*, Jefferson, MacFarland & Co. Inc. Publishers, 1997, pp. 35-55.

[5] TOUW, M., "The Religious and Medicinal Uses of Cannabis in China, India and Tibet", *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 1, (1981), pp. 23-34.

[6] LI, H., LIN, H., "An archaeological and historical account of cannabis in China", *Economic Botany*, 28, 4, (1974), pp. 437-447.

[7] ALDRICH, M., History..., op.cit.

[8] TOUW, M., "The Religious ...", op.cit.

[9] ALDRICH, M., "Tantric cannabis use in India", *Journal of Psychedelic Drugs*, 9, 3, (1977), pp. 227-233.

[10] CHOPRA, I., CHOPRA, R., "The use of the cannabis drags in India", *Bulletin on Narcotics*, 9, 1, (1957), pp. 4-29.

[11] TOUW, M., "The Religious ...", op.cit.

Grecia antigua. [12] Quizás el primer contacto de los griegos con el cannabis haya sido cuando Herodoto (484-425 a. C.) presenció los funerales de un rey escita. En este relato se cuenta que después de la sepultura se hacía un rito de purificación consistente en arrojar las semillas de un cáñamo -también usado para hacer tejidos- sobre piedras candentes e inhalar el humo perfumado que producía, a punto tal, que los escitas "encantados con el baño de vapor, prorrumpan en gritos de alegría". [13] Los griegos, y más tarde los romanos, usaron el cannabis para hacer sogas y velas de navíos pese a que la planta no era cultivada ni en Grecia ni en Italia, sino en sus extensiones imperiales de Asia menor. Ni griegos ni romanos parecen haber usado el cannabis por sus propiedades psicoactivas pese a que estas fueron conocidas, como lo describen los médicos romanos Dioscórides (Pedanio o Pedacio, 40-90 d.C.), Galeno (200-216 d.C) y Oribasio (320-400 d.C.). Galeno escribió que ocasionalmente en las cenas de romanos ricos se ofrecía a los invitados un postre exótico que contenía semillas de cannabis. [14]

2. Entre alquimistas y herbolarios: *kinnab* y *canape*

Habría de transcurrir mil años para que el *kinnab* se introdujera en Europa desde los dominios árabes y luego viajara a América.

En el siglo XIII el uso del cannabis era muy difundido entre los árabes. *Bhang* y *hashish* se leen con frecuencia en los coloridos cuentos recopilados (desde el siglo XI hasta XVIII) en las *Mil y Una Noches*; aunque el *hashish* medieval equivalió a lo que hoy llamamos marihuana y no a la resina actual con igual denominación. Se cree que la popularidad del uso psicoactivo de la marihuana se debió a que, a diferencia del alcohol, el *Sagrado Corán* no hacía prohibición explícita de la planta. [15] El primer caso reportado y documentado sobre los efectos colaterales del cannabis en el tratamiento de la epilepsia, es la historia relatada por Ibn al-Badri en el siglo XV que habla sobre un poeta que visitó al hijo epiléptico del chambelán del califa y a quien éste administró *hashish* como

[12] IVERSEN, L., *The Science of Marijuana*, 2da. ed., New York, Oxford University Press, 2008, p. 18-21.

[13] HERODOTO, *Historia*, Libro IV, 73-75, traducción de Schrader, C., Barcelona, Editorial Gredos, 2006.

[14] IVERSEN, L., *The Science...*, op.cit.

[15] Ídem.

medicación. "Esta lo curó completamente, pero él se convirtió en un adicto que no podía estar sin la droga ni siquiera un momento" -reportó Ibn al-Badri. [16]

La Europa no musulmana ignoró los usos medicinales del *hashish* a pesar de haber utilizado el cannabis desde los tiempos romanos. En *Lacnunga* (libro anglosajón de recetas mágicas y medicinales del siglo X) se menciona el cannabis como ingrediente de un "bálsamo santo". En *De Virtutibus Herbarum*, más conocido como Herbario del monje Rufino (siglo XIII), [17] se lo denomina *canape*. En el siglo XVII los herbolarios le atribuyen cualidades para tratar la tos seca, ictericia, diarrea, cólicos, gota, tumores sólidos, nudos articulares, dolor y encogimiento de tendones, quemaduras o escaldaduras, sangrados y eliminar lombrices. [18]

Los exploradores y navegantes de las costas africanas, medio oriente y de la India, reportaron de manera superficial, complaciente y poco clara el uso del can-

nabis, frecuentemente confundiéndolo con el opio. [19] La excepción la hizo el médico portugués García de Orta (Goa, 1563) [20] quién notó que el opio no era usado para hacer cuerdas y describió el *bangue* (o *bhang* en hindi) de manera clara, científica y llamativa; comunicando que los indios comían sus semillas u hojas trituradas para asistir o calmar a las mujeres, o incrementar el apetito.

En el siglo XII los árabes habían introducido en España el arte de manufacturar papel con fibras de cannabis, técnica que llegó a Italia en el siglo XIII y a Inglaterra a fines del XV. [21] Fue esa la utilidad con la que el cannabis viajó hacia tierras americanas.

3. La *mariguan* y demás yerbas del nuevo mundo

No está claro, ni exento de controversias, que los americanos precolombinos hayan utilizado la planta de la marihuana. [22] Los archivos históricos dan cuen-

[16] ALDRICH, M., *History...*, op.cit.

[17] THORNDIKE, L., en Sprague, T., "The Herbal of Rufinus", *Nature*, 157, (1946), pp. 494-495.

[18] ALDRICH, M., *History...*, op.cit.

[19] Ídem.

[20] GARCIA DE ORTA, *Colóquios dos simples e drogas he cousas medicinais da Índia*, Conde de Ficalho, editor, Academia Real das Sciencias de Lisboa, Lisboa, 1981 [en línea], disponible en: <<https://archive.org/stream/coloquiosdos simp01ortauoft#page/n11/mode/2up>>.

[21] ALDRICH, M., *History...*, op.cit.

[22] CHAOUACHI, K., "Did pre-columbian mummies smoke tobacco and coca? Evidence in the light of most recent tobacco and anthropological findings", *Tabaccologia*, 1, 2, (2012), pp. 31-46.

ta que el cannabis fue introducido por los españoles primero en Chile, luego en Perú y posteriormente en todos los territorios conquistados -desde Argentina hasta Oregón- [23] por orden de Felipe II para ganarle la delantera a Isabel I de Inglaterra. A los españoles les interesaba la manufactura del papel -que contuvo fibras de cannabis hasta fines del siglo XIX- en tanto los ingleses la cultivaron para hacer, además, sogas y tejidos para las velas de los barcos.

El nombre cannabis se transformó en marihuana por razones aún misteriosas, ya sea por influencia del *mariguan* de los Apaches, Navajos u otros nativos del norte de México; el *ma-hua* (flores de cáñamo) de los trabajadores chinos al interrelacionarse con los mejicanos en la costa oeste de los EEUU; el *mariguanza* de los chamanes chilenos o el *maranguango* (intoxicación) de los portugueses. [24]

La marihuana también viajó a América junto a los esclavos africanos que la conocían desde hace seis siglos por las incursiones árabes desde Egipto y

por la colonización de población india en el este y sur del África. La mayoría de sinónimos con los que hoy se llama al cannabis en Brasil (*maconha, diamba*, u otros) provienen del habla angoleña. Los esclavos le atribuyeron poderes mágicos y la usaron tanto para el culto de sus deidades como para los dolores dentales o cólicos menstruales. [25]

4. El *hashish* seduce a la medicina moderna

La Europa del siglo XIX conoció la marihuana por dos vertientes que seguían distintos intereses.

Una vertiente fue la iniciada por los franceses Silvestre de Sacy (1758-1838) y Pierre Charles Rouyer (1769-1831) que acompañaron los ejércitos napoleónicos en la invasión a Egipto (1798). Ellos describieron la planta, la práctica y efectos de fumar *hashish*, y llevaron material a Francia para hacer estudios sobre la actividad psicotrópica. El famoso psiquiatra francés Jacques Moreau de Tours (1804-1884), durante sus viajes al norte de África en 1830, observó los efectos sobre el

[23] SILER, J., et al., "Marihuana Smoking in Panama", *The Military Surgeon*, 73, (1933), pp. 269-280.

[24] PIPER, A., "The Mysterious Origins of the Word «Marihuana»", *Sino-Platonic Papers*, 153, (2005) [en línea], disponible en: <http://www.sino-platonic.org/complete/spp153_marijuana.pdf> [consulta: 20 de octubre de 2014].

[25] ZUARDI, A., "History of cannabis as a medicine: a review", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 2, (2006), pp. 153-157.

estado de ánimo y describió las consecuencias de las altas dosis de *hashish* sobre la mente humana elaborando la hipótesis que los sueños, la insania y la intoxicación por droga compartían mecanismos similares; incluso, propuso estudiar un modelo científico de psicosis inducido por *hashish* un siglo antes que en los EEUU se lo planteara con el ácido lisérgico y la mescalina. Moreau escribió: "he visto en el *hashish*, más específicamente en sus efectos sobre las funciones mentales, un método potente y único para investigar el génesis de la enfermedad mental". [26] En la París de 1850 floreció el *Club des Haschichins* entre cuyos miembros estaban los literatos Charles Baudelaire, Théophile Gautier y Alexandre Dumas, quienes se prestaron para los experimentos de Moreau y popularizaron el *hashish* exaltándolo como camino hacia la auto realización estética, del mismo modo que Allen Ginsberg y otros lo hicieron en EEUU cien años más tarde. [27]

La otra vertiente provino del Reino Unido y se centró en los efectos somáticos del cannabis descritos por el médico británico William O'Shaughnessy

(1809-1889) quien trabajó como profesor de Química y Medicina en la India. O'Shaughnessy observó que la medicina tradicional de ese país usaba el cannabis para tratar trastornos espásticos y convulsiones en casos de hidrofobia (rabia), tétano, cólera y delirium tremens. Este médico envió provisiones a Londres para que una firma farmacéutica realizara ensayos clínicos. Así, los extractos del cannabis fueron incorporados al *British Pharmacopoeia* primero, y a *United States Pharmacopoeia* después, siendo ampliamente difundidos en todo el mundo de habla inglesa como sedante, hipnótico y anticonvulsivante, desde fines del siglo XIX hasta entrado el siglo XX. [28]

Con el tiempo el cannabis fue quedando a un lado y eliminado de la farmacopeas británica (1932) y estadounidense EEUU (1941). [29] Su uso clínico había desaparecido debido a que, entre otras cosas, estaba comprobado que la inestabilidad del principio activo no psicotrópico (variantes resina y herbácea) generaba una vida útil corta e impredecible; [30] como también, porque en la primeras décadas del siglo XX aparecían

[26] MOREAU, J., *Du Hachisch et de l'Alienation Mentale: Etudes Psychologiques*, Paris, Librairie de Fortin Mason, 1845, English edition, New York, Raven Press, 1972.

[27] KALANT, H., "Medicinal use of cannabis: History and current status", *Pain Research and Management*, 6, 2, (2001), pp. 80-91.

[28] MIKURIYA, T., "Marijuana in Medicine: Past, Present and Future", *California Medicine*, 110, 1, (1969), pp. 34-40.

[29] *Idem*.

[30] FAIRBAIRN, J., *et al.*, "The stability of cannabis and its preparations on storage", *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 28, 1, (1976), pp. 1-7.

ron opiáceos puros y drogas sintéticas más confiables que la reemplazaron. [31] Aunque su proscripción generó algunas protestas, estaba claro que si el cannabis quería recuperar el interés clínico debería ser mejorado sustancialmente.

5. El *medical cannabis* y la cannabicultura

Para la segunda mitad del siglo XX se había reportado más de 35 variedades distintas de cannabis entre especies, subespecies y sinónimos, que reflejaba un verdadero caos en la identificación de la planta y generaba imprecisión de pertenencia a la hora de describir sus propiedades. Sin entrar en disquisiciones taxonómicas, y conforme a los últimos estudios botánicos, está comprobado que existe un solo tipo de especie *Cannabis sativa* L., aunque con variaciones locales. Se reconocen tres subespecies que son: *Cannabis sativa* Linnaeus 1737 (cáñamo de fibra), *Cannabis indica* Lamarck 1783 (cáñamo de la India) y *Cannabis ruderalis* Janischewsky 1924 (cáñamo de los escombros). La diferencia entre las subes-

pecies *Sativa* e *Indica* radica en que la segunda produce casi exclusivamente efectos psicotrópicos similares a la embriaguez. La cannabicultura independiente, artesanal y doméstica, ha complejizado más la filiación de la planta por la aparición de híbridos producto de la combinación de las subespecies [32] y la ausencia de registros apropiados.

Hoy día el consumo de marihuana con intenciones medicinales (sspp. *Sativa*, *Indica*, e híbridos) se lo hace fundamentalmente por vía inhalatoria (cigarrillo para fumar), aunque también puede ser ingerida por boca (cápsulas, infusiones, caramelos, tortas, galletas, fideos, quesos, pastas untables, entre otras); o aplicada localmente (tinturas, bálsamos, cremas, ungüentos, aerosoles, entre otras). Suele emplearse en sus variantes de *hashish* (resina de la secreción de las tricomas, inflorescencia, hojas y ramas superiores), hierba marihuana (planta disecada que contiene semillas), sinsemilla (resina exclusiva de las flores hembras no polinizadas), o polvo de cannabis (molido fino de hierba o de sinsemilla). [33] [34]

[31] KALANT, H., "Medicinal use...", op.cit.

[32] RÄTSCH, CH., Introduction: Botany and Taxonomy, in Rättsch, Ch., *Marijuana Medicine: A World Tour of The Visionary*, translated by Baker, J., AT Verlag Aarau, 2001.

[33] POTTER, D., et al., "Potency of D9-THC and Other Cannabinoids in Cannabis in England in 2005: Implications for Psychoactivity and Pharmacology", *Journal of Forensic Science*, 53, 1, (2008), doi: 10.1111/j.1556-4029.2007.00603.

[34] GREYDANUS, D., et al., "Marijuana: current concepts", *Frontiers in Public Health*, 1, 42, (2013), doi: 10.3389/fpubh.2013.00042.

Los elogiosos del cannabis pregonan su efectividad para aplacar síntomas en una decena de enfermedades y postulan su uso directo o en preparaciones. La marihuana ha sido propuesta para aliviar el dolor crónico, la espasticidad muscular (esclerosis múltiple, distonía, epilepsia, coreas), las inflamaciones varias (distintos tipos de artritis) aunque predilectamente la intestinal (enfermedad de Crohn), los vómitos y náuseas durante la quimioterapia, así como mejorar el apetito, la perfusión tisular post eventos isquémicos, tratar el glaucoma, coadyuvar el tratamiento del cáncer o favorecer la amnesia selectiva post stress. [35]

“Como resultado de los beneficios médicos constatados por investigaciones, los movimientos para legalizar la marihuana se intensifican tanto como la intensa euforia que ella produce; junto a la impresión popular, aunque falsa, de que ésta es una droga «segura»”
Donald E. Greydanus [36]

III. LA MARIHUANA COMO MEDICINA

1. La medicina etnobotánica

El *Cannabis sativa* L. indudablemente posee la capacidad de calmar varias dolencias, es decir, servir como medicina. Por tal motivo compete dilucidar si servir “como” equivale a “ser” una medicina.

Corresponde precisar que “medicina” puede ser una planta utilizada durante cientos o miles de años que posee determinado efecto beneficioso para la salud debido a algún componente biológicamente activo, por lo general desprovisto de mayores efectos tóxicos. [37] El término genérico “planta” hace referencia a la corteza, raíces, hojas, semillas, flores y frutos, así como arbustos, lianas y todo tipo de extractos vegetales. [38] Desde luego que algunas plantas pueden ser tóxicas, sin embargo, es poco probable que la toxicidad aguda no sea lo suficientemente advertida para olvidar los

[35] Ídem.

[36] GREYDANUS, D., et al., “Marijuana...”, op.cit.

[37] FABRICANT, D., FARNSWORTH, N., “The Value of Plants Used in Traditional Medicine for Drug Discovery”, *Environmental Health Perspectives*, 109, 1, (2001), pp. 69-75.

[38] CRAIG, W., “Health-promoting properties of common herbs”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, suppl (1999), pp. 491S-499S.

recaudos a diferencia de la toxicidad crónica, que suele ser menos identificada como signo de que la planta no debiera ser utilizada. [39]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 80% de los habitantes de la tierra usa plantas medicinales para cuidar su salud. [40] Millones son las personas que practican la "etnomedicina" o mejor dicho la "medicina etnobotánica", [41] [42] término preciso para referirse a la actividad en lugar de "medicina tradicional" que es amplio, inespecífico y hace mención a toda práctica médica distinta a la occidental. [43]

La medicina etnobotánica (en este análisis llamada etnomedicina, fitoterapia o medicina tradicional) son conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias autóctonas de diferentes culturas, utilizados para la conservación de la salud y la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de padecimientos físicos y

mentales. Puede incluir lo que en algunos países se denomina medicina "alternativa" o "complementaria". [44]

Posee una filosofía común consistente en un enfoque holístico de la vida con equilibrio entre la mente, el cuerpo y el entorno, haciendo énfasis en la salud por sobre la enfermedad. El uso de hierbas es fundamental para sus prácticas. La información puede llegar a través de un sistema médico tradicional (*Ayurveda*, *Unani* o *Yunani*, *Kampo* o la medicina tradicional China) que posee un cuerpo teórico establecido, escrito y frecuentemente revisado; como también a través del herborismo, folclorismo y chamanismo donde la trasmisión oral del chamán, curandero o herbolario se hace de manera reservada y exclusiva a sus aprendices; o por fuentes tales como libros de botánica, herbarios, artículos y bases de datos digitales. [45]

En los últimos cien años el desarrollo y producción masiva de fármacos de origen sintético ha revolucionado el cuida-

[39] FABRICANT, D., FAMSWORTH, N., "The Value of...", op.cit.

[40] CRAIG, W., "Health-promoting...", op.cit.

[41] FARNSWORTH, N., "The role of ethnopharmacology in drug development", *CIBA Foundation Symposium*, 154, (1990), pp. 2-11.

[42] FARNSWORTH, N., "Ethnopharmacology and drug development", *CIBA Foundation Symposium*, 185, (1994), pp. 42-51.

[43] BANNERMAN, R., et al., *Traditional Medicine and Health Care Coverage: A Reader for Health Administrators and Practitioners*, Geneva, World Health Organization, 1983.

[44] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Traditional Medicine* [en línea], disponible en: <http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/>.

[45] FABRICANT, D., FAMSWORTH, N., "The Value of...", op.cit.

do de la salud en casi todo el mundo. [46] Hasta entonces la mayoría de las drogas efectivas se basaban en plantas [47] quienes jugaron un rol importante en el origen de sustancias estructuralmente nuevas. Todavía hoy se obtienen de las plantas nuevos agentes terapéuticos y cada semana las grandes firmas farmacéuticas y biotecnológicas testean -mediante ensayos *in vitro* de alto rendimiento- más de mil sustancias vegetales provenientes de colecciones etnomedicinales. Estos ensayos pretenden aislar componentes bioactivos capaces de ser usados directamente como droga; como precursor en la síntesis de sustancias patentables de alta actividad y/o baja toxicidad; como herramienta farmacológica (antagonistas, sinergistas, entre otras); o para el uso de la planta como fitoterapia. Son cuantiosos el tiempo y los recursos insumidos cuando una planta posee historia de uso etnomedicinal, sin embargo, es usual que el desafío de estas empresas en obtener extractos a partir de la medicina etnobotánica finalice en fracaso. [48]

Aun así la etnomedicina se mantiene vigente en grandes sectores poblacionales de países en desarrollo que basan el cuidado primario de la salud en la fitoterapia o la medicina tradicional. Esto no es exclusividad de esos países pues durante las dos últimas décadas ha crecido enormemente el interés público en terapias naturales en países industrializados expandiéndose el uso de la etnobotánica. [49] Por ejemplo, uno de cada tres medicamentos vendidos sin receta a mediados de los noventa en Alemania correspondió a algún fitoterapéutico; [50] un estudio del 2007 demostró que en los EEUU alrededor del 38% de los adultos y el 12% de los niños estaban usando alguna medicina tradicional. [51]

Es probable que tal interés se deba al descontento para con la medicina occidental por sus efectos farmacológicos adversos, el abordaje despersonalizado, la información ajena y poco accesible o el peso de siglos de tradición medicinal. [52] [53] La etnomedicina es la esperanza en que los tratamientos

[46] WACHTEL-GALOR, S., BENZIE, I., *Herbal Medicine: An Introduction to Its History, Usage, Regulation, Current Trends, and Research Needs*, Chapter 1, in: Benzie, I., Wachtel-Galor, S., ed., *Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects*, 2nd ed., Boca Raton, CRC Press, 2011.

[47] VICKERS, A., ZOLLMAN, C., "ABC of complementary medicine", *British Medical Journal*, 319, (1999), pp. 1050-1053.

[48] FABRICANT, D., FAMSWORTH, N., "The Value of...", op.cit.

[49] WACHTEL-GALOR, S., BENZIE, I., *Herbal Medicine...*, op.cit.

[50] SAHOO, N., *et al.*, "Herbal drugs: Standards and regulation", *Fitoterapia*, 81, 6, (2010), pp. 462-471.

[51] BARNES, P., *et al.*, "Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States", *CDC National Health Statistics Report*, 2007.

[52] WACHTEL-GALOR, S., BENZIE, I., *Herbal Medicine...*, op.cit.

[53] AGARWAL, R., "Alternative East Meets Conventional West: The Medical Dichotomy", *Columbia University Journal of Bioethics*, 6, 1, (2007), pp. 93-97

son poco efectivos o inefectivos como pueden ser los estadios avanzados del cáncer, o las nuevas enfermedades infecciosas; incluso se la percibe como natural y segura, es decir no tóxica, lo cual no es necesariamente verdad sobre todo si se asocia fitoterapia con la farmacoterapia convencional o con otras hierbas. [54] Dado los potenciales efectos tóxicos, mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos de la medicina etnobotánica los interrogantes éticos y morales no pueden ser soslayados. [55]

2. El cannabis y el *ethos* de las plantas medicinales

Habiendo conocido las aplicaciones clínicas propuestas e identificado que el *Cannabis sativa* L. no está incluido en las farmacopeas médicas, [56] se puede decir que su empleo forma parte de la medicina etnobotánica. Pero ¿cumplirá la marihuana con los requisitos de un

recurso fitoterapéutico? ¿Se trata realmente de una medicina?

Mientras el interés por la etnomedicina es gigantesco y millones de personas la utilizan, hay aspectos de su quehacer que generan preocupaciones *in crescendo*. Estos incluyen la diversidad internacional y las políticas nacionales que regulan la producción y el uso de hierbas; así como las exigencias técnicas de calidad, seguridad y evidencia científica [57] [58] fuertemente cohesionadas con deberes éticos tales como el justo acceso al mejor cuidado posible de la salud, el respeto y la subsidiaridad del autocuidado, [59] o la identificación de intereses –económicos y/o políticos– en conflicto, por citar unos cuantos.

Entre los objetivos más relevantes del *ethos* de la medicina tradicional está el apoyo a la persona para cuidarse, la orientación en la ejecución de cambios

[54] COHEN, P., ERNST, E., "Safety of herbal supplements: A guide for cardiologists", *Cardiovascular Therapeutics*, 28, (2010), pp. 246–253.

[55] MUIA, W., Plants as source of Traditional Medicine: Ethical implications on unregulated and uncontrolled use, *Conference Proceedings of International Conference on Bioethics Organized by the UNESCO Regional Centre for Documentation and Research on Bioethics at Egerton University, 12–14 August 2008*, Egerton, 2009, pp. 58–67.

[56] Se han revisado el *Codex Medicamentarius Argentino* (7^{ma}. ed., 2007), *United States Pharmacopeia* (36th. ed., 2013) y la *European Pharmacopoeia* (8th. ed., 2013) de la que participan 36 estados miembros de la UE y 23 estados observadores entre los cuales se encuentran los EEUU, la Federación Rusa (ROSZDRAVNADZOR), China, Brasil y Argentina.

[57] SAHOO, N., et al., "Manufacturing of biodrugs: Need for harmonization in regulatory standards", *BioDrugs*, 23, 4, (2009), pp. 217–229.

[58] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*, Ginebra, OMS, 2013.

[59] Ídem.

de forma de vida, el respeto de los tratamientos médicos convencionales, farmacológicos y/o quirúrgicos, la aplicación de técnicas que no representen riesgo alguno y, en lo posible, no limitarse a paliar síntomas ni oponerse a la búsqueda real de la causa del padecimiento. [60] Estas intenciones finales, que la marihuana como medicina etnobotánica debería pretender, nos servirán de pauta para continuar con este análisis.

2.1. Calidad y evidencia científica

El desconocimiento del origen y condiciones de producción de un producto son obstáculos que impiden apreciar cabalmente su calidad. Esto sucede con la producción de marihuana dado que esta constituye una actividad no lícita en casi todos los países del mundo. Su estatus legal se disgrega en un complejo abanico de variantes que van desde la legalidad (como en Uruguay); la tolerancia *de facto* por respeto a una elección individual (como puede ser Holanda, ciertas ciudades alemanas o los estados americanos de Washington o Colorado) o de la

libertad religiosa (como en Bangladesh); [61] la despenalización del consumo personal (entre ellos España o Argentina); la ilegalidad absoluta o la ausencia de leyes al no considerarla narcótico (como sería el caso de Corea del Norte). [62] [63] Esta disgregación atañe la producción con fines llamados "recreacionales" que debe distinguirse de la que tiene fines "terapéuticos". A juzgar por la presencia en los medios masivos de comunicación, la producción con fines terapéuticos pareciera despertar menor interés en la sociedad por ende la distinción de propósitos suele prestarse a confusión y el alcance clínico aún permanece bastante desconocido.

El registro de producción de cannabis con fines medicinales es escaso comparado con el que habitualmente se lleva para plantas que sirven de materia prima para fármacos. Hay excepciones, como Canadá, donde el uso terapéutico de la marihuana está limitado a los moribundos por compasión o ante la presencia de síntomas extremos de debilidad física (caquexia); y si bien existe un abastecimiento centralizado y controlado, el

[60] TOSAR PÉREZ, M., y otros, "El conocimiento de la ética-bioética del especialista de Medicina Tradicional y Natural, II parte", *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8, 5, (2009), pp. 149-155.

[61] LAWSON, A., "Bangladesh's all-night religious revel", *BBC*, 2001 [en línea], disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/south_asia/1330105.stm>.

[62] OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO, *Informe mundial sobre las drogas 2014*, UNODC, 2014 [en línea], disponible en: <https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf>.

[63] MCCLENAHEN, M., "Marijuana is Legal in North Korea", *McClenahan Law Firm*, 2013 [en línea], disponible en: <<http://www.mattmlaw.com/blog/2013/10/marijuana-is-legal-in-north-korea.shtml>>.

auto-cultivo está permitido generando preocupación en las autoridades por las consecuencias impensadas que la producción doméstica de cannabis podría significar para la salud pública. Israel es otro estado con producción centralizada y controlada en unos cuantos centros. Francia y la República Checa están desarrollando normas que admiten el cultivo medicinal con clara prohibición del auto-cultivo. En 2009 el Servicio Agrícola Ganadero de Chile (SAG) emitió una autorización para cultivar cannabis, pero dos años más tarde el Instituto de Salud Pública la derogó y la empresa nunca llegó a producir; [64] a pesar de eso, medios de comunicación informaron que el SAG volvió a otorgar un permiso similar para fines de 2014. [65] Hay 23 estados de la unión americana que han regulado el uso clínico de la marihuana; la gran mayoría avalando el cultivo doméstico.

Por otro lado, existe una falsa creencia que la fitoterapia no debiera respaldarse por evidencia científica lo cual conlleva a la falta de un abordaje sistémico que ase-

gure la seguridad y la efectividad del uso del *Cannabis sativa* L. -o de cualquier otra planta- como medicina etnobotánica. Por eso no es tenido en cuenta un sinnúmero de factores que el usuario apenas sabe que debería conocer, tales como el origen genético y la trazabilidad de la planta, las combinaciones de las subespecies, las condiciones de cultivo, los componentes biológicamente activos, la pureza de los preparados, la toxicidad de las interacciones, las dosis adecuadas, entre otras. Mucho menos se sabe si se probó en animales, se descartó el azar, se corroboró frente al placebo, o si el vegetal se modifica año tras año en respuesta a los cambios físicos del cultivo (suelo, luz, temperatura, humedad, entre otras). Tampoco el nivel de impacto de los híbridos en la preservación de la biodiversidad y cuidado de las especies autóctonas.

Asimismo, se desconoce cuál vía (inhalatoria, enteral o tópica) es capaz de producir un efecto positivo a sabiendas de que la marihuana consumida por boca se somete a cambios que disminuyen su ventana terapéutica. [66]

[64] KILMER, B., et al., *Multinational overview of cannabis production regimes*, Cambridge, RAND, 2013.

[65] Ver: "SAG autorizó marihuana de la Florida: aceite en mayo de 2015", *Nación.cl*, <<http://www.lanacion.cl/noticias/pais/sag-autorizo-marihuana-de-la-florida-aceite-en-mayo-de-2015/2014-09-08/132209.html>> [consulta: 8 de septiembre de 2014]; ROMERO, M., "Inician cultivo de las primeras 850 semillas de marihuana en La Florida", *emol.chile*, <<http://www.emol.com/noticias/nacional/2014/10/29/687497/inician-cultivo-de-las-primeras-850-semillas-de-marihuana-en-la-florida.html>> [consulta 29 de octubre de 2014].

[66] PERTWEE, R., "Cannabis and cannabinoids: pharmacology and rationale for clinical use", *Forschende Komplementärmedizin*, 3, (1999), pp. 12-15.

2.2 Seguridad: el riesgo de usar *cannabis*

La cannabicultura independiente ha generado una variante actual de marihuana con mayor contenido de THC [67] y químicamente distante de la especie *Cannabis sativa* L. silvestre, lo que incrementa el riesgo de psicosis, dependencia y efectos somáticos adversos. [68]

Los efectos adversos son frecuentemente omitidos por quienes promueven su consumo medicinal. Suele olvidarse que la autoadministración crónica de esta planta expone al organismo a modificaciones fisiológicas o psíquicas que generan un estado físico y/o mental subjetivamente placentero y progresivamente lo conducen a la habituación y a la subsiguiente necesidad de suministro de dosis cada vez más altas, creando una situación de dependencia del consumi-

dor, punto de partida para el abuso, la tolerancia y el síndrome de abstinencia. [69] [70] [71] [72] Tampoco se hace referencia al desarrollo de ansiedad, alucinaciones, conductas violentas, depresión, miedos, insomnio, trastornos de la memoria, disminución de los reflejos, alteraciones cognitivas y de la percepción, desmotivación, broncoespasmo, síndrome similar gripe, amenorrea o los trastornos inmunológicos. [73] El consumo generalizado de la planta *Cannabis sativa* L. sin procesar puede devenir en un riesgo considerable para la salud poblacional que incluye, entre otros, el incremento de la esquizofrenia, psicosis o dependencia. [74]

Entre los riesgos conductuales también debe mencionarse lo observado en países con uso medicinal regulado, donde un número considerable de personas usan la marihuana sin haber sido

[67] THC (*delta-9-tetrahidrocannabinol*) es el componente psicoactivo (excitador) que contiene la marihuana. Los otros componentes son los cannabinoides (más de 60 tipos) y los más importantes son; el *cannabidiol*, *cannabigerol* y el *cannabinol*. Los cannabinoides no son psicoactivos, actúan sobre el sistema límbico y paralímbico del sistema nervioso central disminuyendo el estado de vigilia o de atención autónoma y la sensación de ansiedad (depresor).

[68] UNITED NATION OFFICE ON DRUGS AND CRIME, *Cannabis: a short review*, UNODC, 2011.

[69] Ídem.

[70] VIDAL CASERO, M., "Drogadicción y Ética", *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, 5, 1, (2000).

[71] HALL, W., DEGENHARD, L., "Adverse health effects of non medical cannabis use", *Lancet*, 374, (2009), pp. 1383-1391.

[72] GREYDANUS, D., *et al.*, "Marijuana...", *op.cit.*

[73] Ídem.

[74] SVRAKIC, D., *et al.*, "Legalization, decriminalization and medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective", *Missouri Medicine*, 109, 2, (2012), pp. 90-98.

prescripta por algún médico o solicitada bajo autorización oficial. [75] En tanto otros pacientes se entusiasman con el consumo del cannabis pretendiendo así reducir el uso, o mejor dicho abuso, del alcohol [76] aunque esto no sea eficaz por cuanto no es posible eliminar un mal empleando otro mal.

También hay riesgos sociales de abrumadora injusticia como lo observado en la población afro-americana pobre, muchos de ellos padeciendo VIH-sida y frecuentemente desprovista de seguro de salud, a quien se le indicaba marihuana medicinal y a la vez recibían significativamente menos prescripciones de analgésicos convencionales o de tratamiento estándar para el cáncer. [77]

Por lo expuesto se discurre que la fitoterapia con cannabis es una técnica en la que se desconoce con certeza si los resultados son consecuencia directa de los cannabinoides, del efecto placebo, o del proceso natural de curación del organismo; que supone riesgos importantes para la salud global del individuo. Consiguientemente, no se puede aseve-

rar que la marihuana etnobotánica sea un medio seguro con efectividad precisa. Sus efectos adversos desfavorables la convierten en un paliativo de altísimo riesgo que atenta contra la integridad psico-física y social –y de suyo espiritual– del organismo humano, esto es, la integridad de la persona misma. Por lo tanto, mientras existan otros paliativos con efectos capaces de satisfacer los requerimientos de calidad y seguridad no alcanzados por el cannabis, éste no podrá constituirse en una medicina.

2.3 Aspectos éticos del cannabis etnobotánico

Una medicina no solo es aquella sustancia capaz de producir un efecto positivo, como paliar un síntoma, sino también de satisfacer exigencias éticas. A pesar que las etnomedicinas ya existían mucho antes que apareciera el método científico moderno, la calidad y seguridad de los atributos medicinales no están exentos de ser verificados por medio de una metodología sistémica y reproducible como lo demuestran estudios hechos sobre el ajo (*Allium sativum*), bergamota

[75] REINARMAN, C., et al., "Who Are Medical Marijuana Patients? Population Characteristics from Nine California Assessment Clinics", *Journal of Psychoactive Drugs*, 43, 2, (2011), pp. 128-135.

[76] Ídem.

[77] Ídem.

(*Citrus bergamia*), árbol casto (*Vitex agnus-castus*), uña de caballo (*Tussilago fáfara*) o las caléndulas (*Calenduleae*); por citar unas cuantas. [78] La falta de metodología inexorablemente nos interpela sobre el grado de confianza que pudiera otorgarse a un paliativo como el cannabis y como tal nos posiciona ante un cuestionamiento ético.

Confianza (del latín *con - fidere*) es una esperanza firme que se tiene de algo o de alguien. Es el sentimiento con el que el paciente llega a consumir cannabis a esperas de mitigar su padecer. Quien padece un dolor inagotable percibe una amenaza de desintegración de su persona y en muchos casos una destrucción inminente que genera sufrimiento. [79] El sufriente espera con firmeza porque lo hace *con-fidere*, es decir con fe. Pero una fe que se vuelca sobre el medio -el recurso terapéutico- e impide que la razón investigue y demuestre lo que cree; en consecuencia, deja al entendimiento dirigirse hacia el medio bajo el solo gobierno de la voluntad. Quien sufre puede turbarse por el medio y entenderlo cual fin perfecto, pleno y verdadero; pensarlo con asentimiento, sin duda, sospecha u opinión. [80]

Está claro que una persona, haciendo uso de su libertad, podrá elegir la sustancia que considere más confiable para calmar el sufrimiento, y no hay dudas que el paciente es responsable directo del cuidado de su salud. Además, si se concibe a la medicina tradicional como producto cultural autóctono no generalizable a la totalidad de los individuos, su licitud se ve respaldada por el principio de subsidiariedad que destaca que la sociedad no está llamada a sustituir la iniciativa individual o grupal sino a garantizar su funcionamiento. [81] Ahora bien, sabiendo que el *ethos* de la medicina tradicional incluye aplicar técnicas que no representen riesgo alguno ¿qué explicación podría tener la decisión de elegir una sustancia de calidad y seguridad incierta cuyos efectos adversos, como el abuso, la adicción o la psicosis, representan una amenaza mayúscula para la integridad de la persona y de la comunidad?

Cualquier explicación no solo contradiría al *ethos* de la medicina tradicional sino que también prescindiría de la responsabilidad de cuidar la salud propia y ajena; entendiendo la responsabilidad como la ejecución reflexiva de actos

[78] FIRENZUOLI, F., GORI, L., "Herbal Medicine Today: Clinical and Research Issues", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4, S1, (2007), pp. 37-40, doi:10.1093/ecam/nem096.

[79] CASSEL, E., "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine", *The New England Journal of Medicine*, 306, 11, (1982), pp. 639-645.

[80] Cfr. DE AQUINO, T., *Summa Theologiae*, II-II, q. 2, a. 1.

[81] SGRECCIA, E., *Manual de Bioética. I*, edición en español, Madrid, BAC, 2009, pp. 222-227.

"ponderando las consecuencias en términos de alcanzar mayores cuotas de humanización y crecimiento individual y social". [82] El cuidado de la salud difícilmente se logre haciendo uso de una libertad desbordada; más bien se logra gracias a la libertad resguardada por la responsabilidad. Ese resguardo existe a manera de propuesta terapéutica.

Es probable que el sufrimiento generado por la falta, limitación o distorsión de la salud, [83] más el pensar asintiendo, impidan al enfermo discernir los detalles de su libertad; más, la responsabilidad del médico tradicionalista (curandero, herbolario o chamán) para sustentar su autoridad exige el cuidado de la totalidad personal, o sea, la preservación íntegramente del cuerpo, mente, espíritu y comunidad. La medicina tradicional permite que médico y paciente participen en paridad de la curación [84] y entablen una relación moralmente deliberativa.

Otro aspecto ético a considerar es la injusticia social generada por la disminución e incluso ausencia de tratamientos

convencionales cuando se usa el cannabis paliativo, especialmente de aquellos tratamientos de complejidad progresiva. A más del rol que juega la responsabilidad individual, que en el caso de la marihuana medicinal he asentado mi parecer, es menester admitir la posibilidad de convivencia de lo convencional con lo tradicional dentro de una medicina complementaria alternativa. [85] Sin embargo, debemos recordar que la subsidiariedad, bajo la cual esta convivencia encuentra amparo, puede aplicarse siempre y cuando vaya unida a la sociabilidad: que es la obligación de la comunidad a garantizar a todos, y a cada uno, los medios para acceder a cuidados necesarios de la salud en aras de justicia social. [86] Lamentablemente, la fitoterapia por elección individual o el acceso a cuidados de complejidad progresiva parecen ser una ilusión cuando, por ejemplo, el 80% de los habitantes del África depende exclusivamente de plantas y animales para tener apenas cuidados primarios de salud, [87] o cuando los afro-americanos pobres y enfermos de cáncer calman el dolor fumando cigarrillos

[82] RODRÍGUEZ YUNTA, E., "Temas para una Bioética Latinoamericana", *Acta Bioethica*, 15, 1, (2009), pp. 87-93.

[83] Cfr. JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 7, 1984.

[84] MAIZES, V., et al., "Integrative medicine and patient-centered care", *Commissioned for the IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public*, 2009 [en línea], disponible en: <http://www.canyonranchinstitute.org/storage/documents/Integrative_Medicine_and_Patient_Centered_Care.pdf>.

[85] SNYDERMAN, R., WEIL, A., "Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to Its Roots", *Archives of Internal Medicine*, 162, 4, (2002), pp. 395-397.

[86] SGRECCIA, E., *Manual...*, op.cit.

[87] WHO, *Report on Traditional Medicine, Fact Sheet*, 134, Geneva, WHO, 2003.

llos de marihuana, recibiendo menos analgésicos y privándose del tratamiento oncológico por carecer de seguro de salud. [88] Estas penosas realidades no son una elección individual sino la aplicación de un doble estándar de cuidados. La cannabioterapia expone a los enfermos de extrema vulnerabilidad -terminales y/o con enfermedades crónicas e irreversibles- a posicionarse sobre una pendiente resbaladiza que conduce a la ilicitud moral; puesto que el *ethos* de la medicina tradicional también involucra al respeto de los tratamientos médicos convencionales.

Finalmente, deben ser transparentados los intereses económicos toda vez que la producción de hierbas medicinales es un lucrativo negocio que deja ganancias que anualmente han llegado a superar los 60.000 millones de dólares estadounidenses, [89] e incuestionablemente entrarán en conflicto.

VI. REFLEXIONES FINALES

Seis mil años de conocimiento parecen ser suficientes para que la historia no

convalide lo novedoso, futurista o vanguardista del uso medicinal del *Cannabis sativa* L. Impresiona que en torno al valor clínico de la marihuana pervive un relato fantástico, manifiesto de la pretensión humana de no querer padecer y permisible a ídolos de la contemporaneidad, como el hedonismo, la vida indolora, o el subjetivismo idealista que desmerece la realidad objetiva de la persona. Incluso considerando que ciertas aplicaciones terapéuticas surgidas de los primeros estudios fueron comprobadas posteriormente, la mayoría de los aspectos medicinales de la marihuana deberán ser reexplorados bajo condiciones modernas de investigación clínica. [90] Estas condiciones incluyen exigencias de calidad, seguridad y evidencia científica, generadas dentro de un marco ético que todo ensayo farmacológico deberá complementar.

La cannabioterapia muestra el mundo nebuloso de la fitoterapia que la misma OMS lo ha destacado por carecer de: datos resultantes de investigaciones, mecanismos de control apropiados, educación y capacitación, experiencia de trabajo dentro de las agencias nacionales de salud y de control, comunicación de la

[88] REINARMAN, C., *et al.*, "Who...", *op.cit.*

[89] TILBURT, J., *et al.*, "Herbal medicine research and global health: An ethical analysis", *Bulletin of World Health Organization*, 86, 8, (2008), pp. 594-599.

[90] MIKURIYA, T., "Marijuana in...", *op.cit.*

información, monitoreo seguro, y de métodos para evaluar la seguridad y eficacia. [91]

Más allá de la posibilidad de la marihuana de producir algún efecto terapéutico positivo, todo lo dicho expone razones de peso suficiente para conservar su producción y comercialización, sea cual fuere la finalidad, como una actividad que no condice con la promoción de la salud, ni la paliación segura del síntoma. La regulación de las condiciones de producción no reducirían los daños individuales y/o sociales visto que el problema del cannabis no es un asunto de mera deficiencia de registro o de control, sino de contradicción con el *ethos* de la fitoterapia, etnobotánica o medicina tradicional.

Si la marihuana medicinal no es realmente una medicina, se habrá de mantener el alerta por el verdadero motivo que impulsa a los movimientos que promueven la legalización de su producción, comercialización y consumo; no vaya ser que estemos frente al camino que conduzca a la naturalización del consumo de una droga lo suficientemente adictiva y dañina para la persona y la sociedad.

V. CONCLUSIONES

El *Cannabis sativa* L. ha convivido entre los humanos desde hace miles de años y ha sido usado para una variedad de fines. Las cualidades terapéuticas y los efectos adversos son conocidos desde la antigüedad. La creación de fármacos con efectos más certeros y seguros desplazó a la marihuana y ésta desapareció de las farmacopeas; sin embargo se mantuvo entre las medicinas etnobotánicas. Si bien como etnomedicina debe cumplir requerimientos técnico-metodológicos y éticos, el cannabis carece del respaldo de evidencia científica y no satisface las exigencias de calidad y seguridad, pudiendo considerárselo como un paliativo de riesgo. El análisis ético muestra que la cannabinoterapia colisiona con la responsabilidad de preservar la salud y expone a los enfermos más vulnerables al doble estándar en el acceso a cuidados médicos convencionales. La fitoterapia con marihuana es incongruente con el *ethos* de la medicina tradicional porque influye prescindientemente sobre los tratamientos estándares y representa riesgos que amenazan la integridad de la persona y la comunidad.

[91] WHO, *World Health Organization National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines. Report of WHO global survey*, Geneva, 2005.