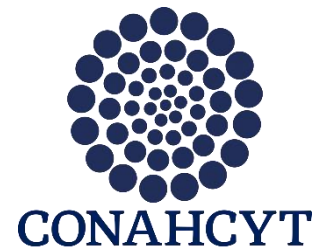




**Maestría en
Derecho**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO
FACULTAD DE DERECHO
MAESTRÍA EN DERECHO**

**“Evaluación de la Legalización y Despenalización del Cannabis en
Chilpancingo de los Bravo, Guerrero 2023”**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestría en Derecho opción terminal Penal

Presenta:

Lic. Aldo Iván Alarcón Rivas

Directora de Tesis:

Dra. Vera Judith Villa Guardiola

Codirectores:

Dr. José Antonio Soto Sotelo

Dr. Ángel Ascencio Romero

Chilpancingo, Guerrero, México, octubre, 2024.

DEDICATORIA

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL: EL USO Y CONSUMO DEL “CANNABIS”, EN UN CONTEXTO DE SU “LEGALIZACIÓN Y DESPENALIZACIÓN.”

1.1	El cannabis.....	1
1.1.2.	Raíz etimológica del “cannabis”.....	5
1.1.3.	Concepto de cannabis.....	6
1.2.	Tipos de “cannabis”.....	7
1.2.1.	Cannabis sativa.....	8
1.2.2.	Cannabis índica.....	9
1.2.3.	Cannabis ruderalis.....	9
1.3.	Derechos humanos.....	9
1.3.1.	Raíz etimológica de derechos humanos.....	10
1.3.2.	Concepto de “derechos humanos”.....	11
1.3.3.	Clasificación de “derechos humanos”.....	12
1.4.	“Derecho a la salud”.....	14
1.4.1.	Raíz etimológica del “derecho a la salud”.....	15
1.4.2.	Concepto del “derecho a la salud”.....	15
1.4.3.	Efectos negativos del uso del “cannabis” en la salud.....	16
1.5.	Diferencias entre fármacos y suplementos alimenticios.....	17
1.5.1.	Raíz etimológica de fármaco y suplemento alimenticio.....	19
1.5.2.	Concepto de “fármaco y suplemento alimenticio”.....	20
1.5.3.	Clasificación de fármacos y suplementos alimenticios.....	21
1.6.	Diferencia entre “Legalización y despenalización”.....	22

CAPÍTULO II

MARCO HISTÓRICO: HISTORIA DEL CANNABIS

2.1	Antecedentes Internacionales.....	23
2.1.1.	El Cannabis en la Edad Antigua.....	25
2.1.2	Cannabis en la Edad Media.....	29
2.1.3	Cannabis en la Edad Moderna.....	32
2.1.4	Cannabis en la Edad Contemporánea.....	34
2.2.	Prohibición Internacional.....	36

2.3. Historia del Cannabis en México	38
2.3.1. Análisis de la prohibición en México	40
2.4. Antecedentes del cannabis en Guerrero.....	42

CAPÍTULO III

MARCO JURÍDICO: QUE REGULA LAS ACTIVIDADES DEL USO Y CONSUMO DEL CANNABIS

3.1 Evolución de la agenda legislativa y la normatividad en México	44
3.1.2 Consumo lúdico.....	47
3.2 Tratados internacionales	48
3.3 Modelos Internacionales.....	51
3.3.1 Uruguay.....	51
3.3.2 Colombia.....	58
3.3.3 Portugal.....	62
3.3.4 Australia.....	66

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LEGALIZACIÓN Y DESPENALIZACIÓN DEL CANNABIS EN EL ÁMBITO DE SALUD

4.1. Evaluación del proceso de evolución de las normas que regulan el cannabis medicinal en el contexto mexicano	69
4.2 Evaluación centralizada en el ISSSTE	73
4.3 Evaluación del marco jurídico específico aplicable al cannabis medicinal	79
4.4 Irregularidades u omisiones de las autoridades que aplican el marco jurídico que regula los usos del cannabis.	85
4.5 Oportunidades de mercado legal del cannabis en Chilpancingo.....	88
4.6 Conclusiones generales del estudio	91
Propuestas.....	98
Criterios de regulación del THC	98
Bases de datos.....	98
Valoración de la opinión médica	98
Órgano revisor.....	99
Bibliografía	100

DEDICATORIA

Con eterno cariño para mi abuelo Juan Alarcón Hernández, quien siempre fue mi mayor ejemplo.

Con amor para mi familia que ha creído en mí y me ha impulsado para continuar con mis estudios. Su apoyo incondicional me motiva para seguir cumpliendo mis metas.

Con cariño y respeto a mi directora de tesis la Doctora Vera Judith Villa Guardiola, quien siempre estuvo presente para orientarme en el proceso de investigación. Le reconozco su cátedra magistral, su sabiduría y su experiencia para revisar postulados científicos.

Con gran admiración para el estimado Doctor José Antonio Soto Sotelo que me ha aconsejado para ser mejor profesionista y para seguir preparándome académicamente. Reconozco su liderazgo y compromiso con la comunidad universitaria porque en su actuar siempre es aliado de los estudiantes.

Con gran agradecimiento para el distinguido Doctor Ángel Ascencio Romero y la reconocida Doctora Noemí Ascencio López quienes fueron parte elemental de mi comité tutorial. Hicieron aportes significativos y consejos invaluable para corregir y mejorar mi investigación.

Con gratitud para los amigos que me han apoyado, me han animado y han sido parte de mi vida. La amistad y la lealtad sin duda han fortalecido mi trayecto.

Para mi Universidad Autónoma de Guerrero que mantiene sus puertas abiertas al conocimiento, fomentando el estudio de los guerrerenses.

INTRODUCCIÓN

En gran parte de la historia de la humanidad, distintas plantas han sido utilizadas para la elaboración de medicamentos para tratar múltiples enfermedades; una de esas plantas es el cannabis, de la cual, algunos de sus derivados se usan para el tratamiento de diversas enfermedades.

En 2017 en México se inició un proceso de regulación para usos médicos y científicos, lo que se traduce en la posibilidad de que la población en general acceda a un mercado legal de fármacos, sin embargo, de manera preliminar se detectaron irregularidades que se traducen en la falta de disposición suficiente de medicamentos.

De ello deviene la incongruencia entre la primacía del derecho constitucional a la salud, consagrado en el artículo cuarto constitucional y una realidad donde el acceso a tratamientos con medicación cannábica es coartado por la falta de profesionistas acreditados, ineficiencia administrativa por parte de los órganos facultados para el licenciamiento de acceso a esta medicación y una falta de información respecto a las propiedades y beneficios de la aplicación de esta, tanto para profesionistas de la salud como para el público en general.

Por lo anterior, la importancia social y jurídica de esta investigación, encuentra su sustento en el nuevo paradigma que por sí misma representa la medicación en base a compuestos derivados de la marihuana y la entrada en regulación por parte de los órganos de salud mexicanos.

Observar de manera valorativa como se ha implementado y que fallas ha tenido el modelo de acceso legal a los usos médicos de la marihuana, en la ciudad de Chilpancingo, permite diagnosticar fallas institucionales en el modelo actual y ponderar posibles alternativas de desarrollo para un mercado legal de medicina cannábica y la posible incorporación de estas alternativas al sistema de salud público.

Lo que pretende este estudio, es analizar de manera comparativa el modelo mexicano frente a otros modelos de acceso médico al cannabis, en países donde fueron legalizados estos usos, para determinar qué áreas de oportunidad y desarrollo pueden incorporarse al esquema nacional, así como detectar las fallas del modelo mexicano mediante la observación y recaudación de muestreo en una de las instituciones de salud pública de Chilpancingo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guerrero, sede Chilpancingo.

Además de la ponderación del funcionamiento de la institucionalidad reguladora, en esta ciudad, se puede determinar que tanto es el interés de los profesionales médicos en estas alternativas de tratamiento y si han podido acceder a ellas de manera pronta y oportuna.

Bajo estas directrices, el presente estudio se encuentra conformado por cuatro apartados, que en esencia presentan las bases conceptuales que permiten vislumbrar lo que se comprende como el derecho humano a la salud, nociones fundamentales para entender las propiedades del cannabis, el contexto histórico y social de su aplicación en el área médica, el modelo de regulación y licenciamiento aplicado en México y su evolución en comparación con el aplicado en países pioneros en este ramo, junto a el análisis y crítica del modelo legal mexicano y su institucionalidad.

En dicho orden de ideas, en el Capítulo I, titulado *“Marco Teórico-Conceptual: El Uso Y Consumo Del “Cannabis”, En Un Contexto De Su “Legalización Y Despenalización”* se presentan las bases conceptuales que permiten dimensionar al lector, las pautas básicas para distinguir el objeto de estudio central, el cannabis, centralizando la base teórica en sus aplicaciones orientadas a usos terapéuticos y medicinales, adicionalmente se abordan las concepciones del derecho humano a la salud mediante las etimologías que definen la base de los derechos humanos en general, para entender este derecho en específico.

Adicionalmente, dicha sección de esta obra presenta una serie de pautas que exponen las consecuencias y riesgos de salud derivados del uso del cannabis, así

como sus beneficios y formas de aplicación médica, suplementaria y terapéutica, de esta manera, se brinda al lector un panorama amplio respecto al papel de esta planta en la salud.

Posteriormente, el segundo capítulo llamado *“Marco Histórico: Historia del Cannabis.”* Es un estudio realizado bajo una metodología histórico/lógica en la cual se desglosan antecedentes sobre el uso del cannabis en el ámbito de la salud, partiendo desde antecedentes que se remontan la edad antigua, en pueblos como la China imperial y la india, para concluir con el panorama actual de la regulación y utilización del cannabis en México, haciendo énfasis en el estado de Guerrero

El tercer capítulo de esta investigación, que lleva por título *“Marco Jurídico: Que Regula las Actividades del Uso y Consumo del Cannabis.”* Es una mirada a los aspectos jurídico/regulatorios, de la actividad científica, productiva y aplicaciones médicas del cannabis, mediante un estudio comparativo frente a otros modelos de regulación, en latitudes donde el acceso a los usos médicos es más amplio y accesible, todo ello con el objetivo de detectar aspectos en los que la normativa mexicana puede fortalecerse y qué aspectos podrían extraerse y ser aplicables al contexto nacional actual.

La parte conclusiva de este trabajo, contenida en el cuarto apartado *“Resultados de la Evaluación del Proceso de Legalización y Despenalización del Cannabis en el Ámbito de Salud”* presenta los resultados producto de un estudio de campo, dirigido a una población muestra de profesionistas de la salud, provenientes del *“Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guerrero”* con sede en la ciudad de Chilpancingo en el estado de Guerrero, así como un análisis a la normativa especializada en la regulación de los usos médicos, científicos e industriales del cannabis y se propone una serie de alternativas para mejorar los órganos en esta materia, incentivar el acceso a la medicina en base a cannabis y señalar las áreas de desarrollo que la implementación de una mayor apertura a estos usos podría traer para la entidad, en cuestiones industriales y como parte de la garantía universal del derecho a la salud.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL: EL USO Y CONSUMO DEL “CANNABIS”, EN UN CONTEXTO DE SU “LEGALIZACIÓN Y DESPENALIZACIÓN.”

En este capítulo se desglosan y explican variables de la problemática objeto de estudio que serán muy importantes para el desarrollo y entendimiento de esta investigación, se hablará acerca del “cannabis”, de su estructura y todo lo que lo conforma, así como cuestiones medicinales que giran alrededor de dicha planta, implicaciones que provoca a la “salud”, igualmente se detallará el concepto de “derechos humanos”, su etimología y clasificación. También se explicará el “derecho a la salud”, y por último se abordarán las diferencias que existen entre “legalización y despenalización”, estos últimos son conceptos que muchas veces pueden confundirse.

1.1 El cannabis

Es una planta que comúnmente se le conoce como “marihuana” cuando es utilizada como droga recreativa, científicamente se le denomina cannabis sativa, de cuyas hojas, tallos, flores y resinas se elaboran las drogas más consumidas en todo el mundo. Los cannabinoides más importantes que la componen son el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD). El THC, es el responsable de la mayoría de los efectos psicoactivos...”¹ por una parte, cuando se fuma o se utiliza con fines lúdicos, se vincula a una práctica nociva para la salud, pero por otra, emplearla de otras formas y en dosis adecuadas, como fármacos, medicamentos y suplemento alimenticio tiene múltiples beneficios.

Cuenta con una gran variedad de nombres, entre los que destacan los siguientes: “...ganja, Mary Jane, hierba, grass, weed, mota...”² Cabe mencionar que su práctica

¹ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, *Monografía Cannabis, 2022, Consumo y consecuencias*, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2022, p. 22.

² Zangorin, Gabriel, *La planta más notoria*, México, Gabriel Alejandro Zangorin Tronik, 2021, P. 10-12.

recreativa, ha originado una estigmatización o rechazo social sobre todo de los jóvenes que la consumen.

Si bien es cierto que podría tener algunos efectos negativos el uso lúdico al generar un “consumo problemático” o “adicción”, también lo es que del análisis de riesgo/beneficio referido más adelante, se concluye que la planta tiene incontables utilidades en la “salud” del organismo del ser humano.

“...La humanidad ha cultivado la planta desde hace seis mil años, primero como alimento y como fibra, después como medicamento y como droga...”³ en otras palabras, los seres humanos en diversas épocas de la historia le han dado distintas utilidades, como se hace con otros elementos de la naturaleza...”

Contiene más de setecientas sustancias químicas, además del “THC” y el “CBD” hay más de ciento veinte que son similares en estructura química al “CBD” y al “THC”, llamados “fitocannabinoides” o, sencillamente, “cannabinoides”. Algunos ejemplos de estos “cannabinoides” (menores) son el “CBG” o “cannabigerol” y el “CBN” o “cannabinol”. Además, tiene “terpenos” y “flavonoides”, que explican sus aromas y colores. Los principales “terpenos” incluyen “mirceno”, que es almizclado y produce un efecto sedante; “linalol”, que es especiado con toques florales y también con resultados relajantes; “pineno”, que huele a árboles navideños y es estimulante; y “cariofileno”, con olor especiado y picante, con cualidades antiinflamatorias.⁴

La variedad de sustancias y atributos permiten solucionar una gran cantidad de enfermedades, lo que es necesario resaltar, debido a que es prioritario seguir profundizando mediante investigaciones científicas sobre otras propiedades benéficas. En contraposición, la percepción o las creencias de la población respecto del uso de la “marihuana” son negativas, lo cual se tiene que revertir, ya que en realidad la multiplicidad de sustancias y resultados positivos opaca los mínimos

³ Nuut, David, *Cannabis ¿Por qué tanta polémica?*, Next door publishers Gran Bretaña, 2022, p. 16.

⁴ Ibidem, p. 86.

efectos adversos que pudiera provocar en la “salud”. De acuerdo con lo señalado por David Nuut:

“...Posiblemente ninguna otra droga en toda la historia se haya usado para tantas enfermedades y afecciones. En la actualidad se investiga para distintas aplicaciones, desde problemas de sueño y ansiedad, convulsiones y dolor, apetito y sociabilidad, o incluso cáncer. Recientemente se descubrió que el cannabis puede alcanzar regiones del organismo o del cerebro que otras drogas no pueden. Casi todos los receptores farmacológicos o neurotransmisores que hemos hallado se encuentran en una región o regiones concretas del cerebro o del organismo. Por ejemplo, los receptores de dopamina están ubicados en tan solo un par de regiones cerebrales, como los ganglios basales (razón por la cual en la enfermedad de Parkinson el impacto se produce sobre todo en el movimiento, y no en la visión o en el tacto...”⁵

Por lo anterior, es fundamental difundir las bondades de la citada planta, descubrir otras propiedades, así como “garantizar” que su utilización sea segura y propiciar el acceso a un mercado legal de “fármacos”, “medicamentos” y “suplementos alimenticios”. Con relación al sistema endocannabinoide, David Nuut, indicó lo siguiente:

“...Los componentes químicos del cannabis encajan en los receptores repartidos por todo el cerebro y el organismo. Actúan como elementos clave para bloquear el sistema endocannabinoide, un sistema corporal que ya existía mucho antes de que los seres humanos comenzaran a consumirla. Se sigue desconociendo el pleno alcance de este sistema, pero se cree que su función básica consiste en equilibrar otros sistemas del organismo y del cerebro. De hecho, aunque tal vez no se haya oído hablar mucho de él, resulta tan vital para la salud como los once sistemas orgánicos principales, desde el óseo y el muscular hasta el nervioso, el circulatorio y el digestivo. No en vano, el sistema endocannabinoide desempeña un papel crucial a la hora de garantizar el funcionamiento saludable de cada uno de esos sistemas orgánicos principales...”⁶

⁵ Nuut, David, op. cit., p. 102.

⁶ Nuut, David, op. cit., p. 102.

Resulta sumamente interesante conocer lo que produce en el sistema endocannabinoide, lo cual posiblemente no se logre con otros medicamentos; y que a su vez dicho sistema provoque mejoramiento o equilibrio en el funcionamiento del resto de los sistemas orgánicos del cuerpo humano, lo que podría curar distintos padecimientos, de ahí la trascendencia de la utilización de dichas sustancias.

Tanto el “CBD” como el “THC” proporcionan salud y bienestar, el “CBD” no origina resultados psicotrópicos. El “THC”, componente psicoactivo de la marihuana, produce estados de euforia al unirse a receptores específicos en el “cerebro” y el “sistema nervioso central”. El “CBD”, reduce los efectos psicotrópicos del “THC”, lo cual depende de la cantidad que se consuma de cada compuesto.⁷ Esto es, que los dos componentes principales son efectivos en el restablecimiento de la salud, y además lo psicoactivo del “THC” se atenúa con el “CBD”.

Cuando el “CBD” forma parte de un aceite extraído de la planta íntegra, el preparado no solo contiene “CBD y THC”, sino más de 400 “oligoelementos” que producen efectos curativos. Actualmente se están investigando otras moléculas asociadas al “CBD” que tienen potencial terapéutico, como el “CBDA” y el “CBG”. El “CBDA” es una forma “ácida” y “cruda” de “CBD” que se encuentra en la planta rica en CBD durante su crecimiento y antes de la cosecha. Se trata de un compuesto que podría calmar las náuseas con mayor eficacia que el “CBD” o el “THC”. El “canabigerol (CBG)” es otro “cannabinoides” con valor medicinal por sus propiedades “analgésicas”, “antiinflamatorias” y “antidepresivas”, además promueve la “salud ósea” y combate el cáncer.⁸

Su amplia utilización con objetivos curativos, terapéuticos y paliativos es una realidad, que representa una oportunidad para seguir investigando otras propiedades, ya que como se indicó sirve incluso para combatir el “cáncer”.

⁷Cfr. Ramírez Requena, Paulina, “La verdad detrás de la regulación del cannabis en México”, edición especial guía de bienestar *Selecciones*, especial cannabis: todo sobre el CBD, México, 2021, p. 8.

⁸ Ibidem, p. 9.

La “Organización Panamericana de la Salud” indica que el “cáncer” tiene una tendencia de incremento de la mortalidad, se proyecta que en el continente americano el número de casos para el año 2040 aumentará a seis millones.⁹

Por lo anterior, el Estado tiene que generar políticas públicas que impulsen una mayor investigación sobre su uso para prevenir y curar distintas enfermedades, y de manera prioritaria las “crónico degenerativas”, de las cuales, en muchos de los casos, no se cuenta con tratamientos totalmente eficaces.

1.1.2. Raíz etimológica del “cannabis”

La naturaleza de las palabras permite entender con mayor claridad su significado, en este caso,

“...Del lat. *cannābis*, y este del gr. *κάνναβις kánnabis*.

1. m. o f. cáñamo índico. U. menos c.f.

2. m. o f. Preparación a base de una o más partes del cáñamo índico que, consumida de distintas maneras, especialmente fumada, tiene propiedades estupefacientes o terapéuticas. U. menos c. f...”¹⁰

De lo anterior, se puede entender que por sus raíces griegas y latinas había una relación con el “cáñamo índico” y de ahí surge el término, y desde sus orígenes se le relaciona con propiedades curativas.

“...La civilización asiria usaba el cannabis como medicina y extraía su fibra para uso textil, cerca del año 600 a. C. la planta aparece descrita con el nombre de Kunnubu o Kunnapu, vocablo que habría dado origen al término en árabe Kinnab y

⁹ Organización Panamericana de la Salud, consultada en

<https://www.paho.org/es/temas/cancer>, el 25 de noviembre del 2022.

¹⁰ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., consultado en <https://dle.rae.es> el 7 de enero del 2022.

al cannabis que adoptaron el griego y el latín...”¹¹ con lo cual se infiere que en diversos momentos jugó un papel trascendente en el desarrollo humano.

De acuerdo con lo mencionado por Armando Ríos Piter, la palabra “marihuana”, es una contribución de la “cultura popular mexicana” al argot de las drogas.¹²

Sin duda, las propiedades y bondades de esta planta han traspasado las barreras del idioma y del territorio, adaptándose a la cultura de cada pueblo, quienes a su vez la han transformado para su provecho, utilizándose de numerosas formas en pro de sus actividades cotidianas.

1.1.3. Concepto de cannabis

En la actualidad el canabidiol o CBD, ha despertado un gran interés en la sociedad en general, pero en realidad el “CBD” no es nada nuevo, se trata de un compuesto que se obtiene del “cáñamo” o “cannabis sativa”, cuenta con amplias propiedades, calma la “ansiedad, reduce la inflamación y alivia el estrés.”¹³ Además el “THC y CBD”, contienen otras sustancias que también favorecen la salud de las personas. Juan Ramón Fuente la define de la siguiente manera:

“...Es una planta “herbácea”, anual, de tallo erguido, recto y rígido, con sección transversal cilíndrica, raíz pivotante, de aspecto áspero, color verde oscuro y con ramas cortas y frágiles. Es una planta dioica, el pie femenino es más fuerte y frondoso que el masculino, que es pequeño, delgado y se marchita rápidamente después de la floración, las hojas de esta planta se diferencian según su ubicación; las hojas inferiores son opuestas, palmeadas, presentando de cinco a siete hojillas (foliolos) lanceolados, de

¹¹Soriano, Fernando, *Marihuana la historia de Manuel Belgrano a las copas cannábicas*, Planeta, Buenos Aires, 2017, p. 35

¹²Cfr. Ríos Piter, Armando, *Derecho al cannabis*, Oceano, México, 2019, p.20.

¹³ Cfr. Ramírez Requena, Paulina, op. cit., p. 7.

borde acerrados y enteros en los extremos; poseen un pecíolo muy largo con una estípula rectiforme en la base...”¹⁴.

En otros términos, de acuerdo con la “botánica” se considera “herbácea” ya que es una planta que no produce madera, porque tiene tallos blandos; y es “dioica” porque hay plantas macho (polen) y plantas hembra (óvulos).

La “marihuana y el hachís”, proceden de la “cannabis sativa”. En el caso de la primera hace referencia a las hojas y flores desecadas; la segunda, se extrae de la resina secretada por la planta¹⁵.

La “marihuana” y el “hachís” producen estados de “euforia” y sensación de relajación, y es una droga consumida primordialmente con fines lúdicos, que ha implicado un estigma y rechazo social, lo que puede ocasionar que se pierda el enfoque importante sobre las otras utilidades y aportes positivos a la salud, pero afortunadamente derivado de que personas han ejercido acciones legales para utilizarla con fines médicos y de que ciertos sectores de la sociedad han impulsado su “legalización y despenalización”, en el 2017 se modificó “Ley General de Salud” y “Código Penal Federal” para regular y articular las diversas actividades para su utilización médica.

1.2. Tipos de “cannabis”

Los diferentes tipos y “cepas” con distintas concentraciones de las sustancias que se han señalado, pueden ocasionar efectos variados en los organismos de los seres humanos, además de que los cruces producen nuevos híbridos, que sería necesario seguir estudiando e investigando, y sobre todo garantizar que su uso y consumo sean seguros y no refleje algún riesgo para los seres vivos.

¹⁴Ramón, Juan (coord.), *Marihuana y salud*, Fondo de cultura económica, México, 2015, p. 27.

¹⁵Cfr. Ramos Atance, José y Guzmán, Manuel, (coords.), *Usos medicinales del cannabis ¿Qué sabemos de sus propiedades curativas?*, Catarata, Madrid, 2019, p. 9.

“...Independientemente de su origen, existen otros factores que definen el tipo de marihuana, como la cantidad de luz que necesita la planta, el tipo de florecimiento que tiene –puede tratarse de una planta regular, feminizada o autofloreciente- y la época del año en que se obtiene...”¹⁶

Se infiere que los cultivos de dichas plantas se pueden manipular, con la intención de obtener determinadas características y cualidades, de acuerdo al uso que se le vaya a otorgar, todo esto dependiendo de las diferentes variables a las que se exponga.

1.2.1. Cannabis sativa.

Esta especie es la más conocida y se encuentra con mayor regularidad en el continente americano, originaria de países con clima tropical en Sudamérica o Asia, es una de las variedades más consumidas, sus resultados tienden a ser “activadores y psicoactivos” por su alto nivel de “tetrahidrocannabinol” que promueve la actividad física y social, así como el apetito.¹⁷

Respecto a este tipo que normalmente se usa de manera recreativa, en el caso de la “Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos” reconoce que el THC “...aporta claros beneficios terapéuticos, razón por la cual las leyes federales permiten a los médicos recetar una forma pura la sustancia conocida como dronabinol, un compuesto que reduce las náuseas y estimula el apetito...”¹⁸

Además, el “THC” utilizado de manera adecuada junto con el “CBD”, produce mejores resultados para el organismo humano, no obstante, habrá que seguir investigando sobre consecuencias adversas, a fin de prevenir algún desequilibrio del organismo o generar adicciones.

¹⁶ Ríos Piter, Armando, op. cit., p. 31

¹⁷ Idem.

¹⁸ Ramírez Requena, Paulina, op. cit., p.41.

1.2.2. Cannabis indica.

Es reconocida por sus efectos relajantes, los consumidores de esta cepa buscan experimentar un estado de tranquilidad, contrario a lo que provoca la sativa.

Esta especie es más frondosa, pero de menor tamaño, florece en menos tiempo y sus hojas son gruesas y redondas, comúnmente se le relaciona con un efecto sedante.¹⁹ Originarias de la India y Pakistán, utilizadas para el tratamiento del dolor, con un resultado ligeramente narcótico, que provoca la relajación física y analgésica, debido a su alto contenido en “cannabidiol” o “CBD” y menor “THC”.²⁰

Cabe destacar que sus propiedades para disminuir el dolor serían de mucho provecho para las dolencias de salud, ya que determinados dolores intensos en algunas ocasiones no ceden fácilmente con los fármacos disponibles.

1.2.3. Cannabis ruderalis

Originaria de países como Rusia, tiene gran resistencia y una capacidad de florecer sin altos niveles de luz. Presenta mínimo porcentaje de “THC” y alto en “CBD”, por lo que sus resultados son más relajantes que eufóricos.²¹ Menos popular que la indica pero similar en cuanto a sus bajos niveles de “THC”.

Por consiguiente, en las dinámicas sociales y posmodernas, que provocan estados de estrés y desequilibrios en el organismo; esta especie podría atenuar estos padecimientos.

1.3. Derechos humanos

En diversos momentos de la historia han surgido movimientos, revoluciones o luchas sociales que han logrado el reconocimiento o la consolidación de los “derechos humanos”, concretándose en “ordenamientos jurídicos”, que a su vez han creado las instituciones y otros elementos que contribuyen en la materialización de mejores condiciones de vida.

¹⁹ Cfr. Pardo, Simón, Ronkin, Kim, “Cannabis para dummies” Planeta, 2020, p. 23.

²⁰ Cfr. Ríos Piter, Armando, op. cit., p. 31.

²¹ Idem

De acuerdo a un concepto elaborado por una comisión de la “Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)” en 1947, los “Derechos Humanos” son:

“...condiciones de la vida sin las cuales, en cualquier fase histórica dada de una sociedad, los hombres no pueden dar lo mejor de sí como miembros activos de la comunidad, porque se ven privados de los medios para realizarse plenamente como seres humanos.

Igualmente, podemos señalar que los derechos humanos son aquel conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de dignidad, libertad e igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional...”²²

A través de la reforma del año 2011 sobre “Derechos Humanos” se estableció que todas las “...autoridades en el ámbito de sus competencias tendrán la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos (CPEUM, art. 1°)...”²³ Lo cual también se dispone en los “tratados internacionales”, con el propósito de evitar violaciones a derechos humanos y de procurar el bienestar de la sociedad.

1.3.1. Raíz etimológica de derechos humanos

Esta palabra para poder identificar su raíz etimológica y definirla, la dividimos en dos.

“...Derecho: Del lat. *directus*.

1.adj. Recto, igual, seguido, sin torcerse a un lado ni a otro.

2. Adj. Justo, legítimo.

²² Caballero Ocha, José Luis, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos reflexiones en torno a su 60 aniversario*, Porrúa, México, 2009, p. 44.

²³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: CPEUM (Art. 1°)

3. Adj. Fundado, cierto, razonable...”²⁴

“...Humano: Del lat. *humānus*.

1. Adj. Dicho de un ser: Que tiene naturaleza de hombre (|| ser racional). U. t. c. s., frec. m. pl. para referirse al conjunto de los hombres. Era hijo de un extraterrestre y una humana. El lenguaje de los humanos.

2. Adj. Perteneciente o relativo al hombre (|| ser racional).

3. Adj. Propio del hombre (|| ser racional).

4. Adj. Comprensivo, sensible a los infortunios ajenos...”²⁵

Los derechos humanos tienen una amplia connotación y también se les suele identificar como “derechos fundamentales.”

1.3.2. Concepto de “derechos humanos”

El concepto ha sido ampliamente analizado, estudiado y debatido; a raíz de la reforma constitucional del 2011, mediante la cual de cierta manera se considera que se amplía el catálogo de los “derechos humanos”, al precisar en su artículo primero que todas y todos tendrán acceso a los “derechos humanos” reconocidos por la “Carta Magna” y los “tratados internacionales” correspondientes.

El concepto institucional que refiere la “Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)” es:

“...Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y leyes. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o

²⁴ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., consultado en <https://dle.rae.es/derecho> 27 de diciembre del 2022

²⁵ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., consultado en <https://dle.rae.es/humano> 28 de diciembre del 2022

étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles...”²⁶

Se puede entender que los “derechos humanos” independientemente del reconocimiento que se haga de ellos dentro de un ordenamiento jurídico, son parte inherente a la naturaleza humana, es decir, antes de la creación de una Constitución, ya se cuenta con esos derechos, partiendo de una noción de la “dignidad humana” como base de los demás derechos. Ahora bien, al ser plasmados dentro de los ordenamientos jurídicos aludidos, implica límites claros para el Estado, con la finalidad de prevenir “violaciones a los derechos humanos”, y establece obligaciones de crear las circunstancias idóneas para que las personas en lo individual y de manera colectiva ejerzan de manera efectiva sus “derechos humanos”.

1.3.3. Clasificación de “derechos humanos”.

Es conveniente conocer los criterios establecidos para su clasificación, y tener una mayor claridad de estos, así como diferenciarlos entre los que se ejercen de manera colectiva y en lo individual. La clasificación que institucionalmente establece la “CNDH” es la siguiente:

“...Los Derechos Humanos han sido clasificados por diversos criterios que atienden a su naturaleza, al origen, contenido y por la materia a la que se refieren. Con un propósito pedagógico han sido clasificados en tres generaciones, esto en función al momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. Así entonces en la primera generación fueron agrupados los derechos civiles y políticos, en la segunda generación los derechos económicos, sociales y culturales y en la tercera generación se agruparon los que corresponden a grupos de personas

²⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, consultado en <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos> 28 de diciembre del 2022

o colectividades que comparten intereses comunes. Actualmente es mayormente aceptado clasificar los derechos humanos únicamente en civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales...”²⁷

Por otra parte, con relación a dos “tratados internacionales”, “Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” y el “Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos”, se puede decir de cierta manera que se hace una separación o clasificación de los referidos derechos.

En el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU”, se establece el derecho al trabajo, a la educación, salud física y mental, así como a la seguridad social, entre otros.²⁸

Estos derechos se centran en los individuos o colectividades, lo que implica la obligación del Estado mexicano a garantizar las condiciones dignas y mínimas de carácter social, económico y cultural de todas las personas. Relacionando lo anterior con el tema central de la presente investigación, que pretende evaluar los efectos positivos o negativos que ha producido la “legalización y despenalización del cannabis” en el ámbito de salud, en el caso de que el resultado final sea negativo, implicaría precisamente que un grupo de personas no estaría ejerciendo de manera plena su “derecho a la salud.”

En el caso del “Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos”, se establece la igualdad en el goce de derechos a hombres y mujeres, derecho a la vida, protección de la familia, irretroactividad de la ley penal, así como el derecho a la libertad y seguridad personales, entre otros.²⁹

²⁷ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, consultado en <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos> 8 de octubre del 2022

²⁸ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIESC.

²⁹ Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, PICP.

El referido Pacto genera obligaciones en el sentido de implementar los elementos necesarios para ejercer adecuadamente los derechos señalados, los cuales a su vez, establecen límites respecto a la actuación de los servidores públicos pertenecientes al “Estado mexicano”, quienes tienen que cumplir con las atribuciones que les encomienda la ley, y en caso de hacer algo fuera de ese marco jurídico que rige su actuación, podrían incurrir en una acción u omisión que implique alguna violación a algún “derecho humano.”

1.4. “Derecho a la salud”.

Este es fundamental ya que nos permite ejercer otros derechos, y se encuentra plasmado en el artículo cuarto de nuestro máximo ordenamiento mexicano, que indica “...el derecho a la protección a la salud y la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”³⁰ por lo que el Estado mexicano es “sujeto obligado” a salvaguardar este derecho.

Se puede entender que el “derecho a la protección a la salud” obliga al Estado en primer término a establecer un marco jurídico, financiamiento, infraestructura, instituciones y el personal médico suficiente, así como medicamentos, entre otras cosas, que permitan a las personas el acceso oportuno de los servicios médicos.

Ahora bien, con relación a las modificaciones de la “Ley General de Salud” y “Código Penal Federal” que autorizan la utilización del “cannabis” con fines médicos, se puede considerar, entre otras cosas, que fue una medida legislativa que intentó cumplir con el “principio de progresividad” dispuesto en el artículo primero de la Carta Magna, y el artículo segundo del “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, ya que el “Estado” tiene que hacer efectivo el derecho y la protección a la salud, lo cual también podría interpretarse, que de manera gradual debe ampliar y mejorar la protección de la salud, de ahí la relevancia de evaluar el impacto del proceso de la “legalización y despenalización.”

³⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, CPEUM.

1.4.1. Raíz etimológica del “derecho a la salud”

Resulta sustancial conocer el origen de las palabras mediante la disciplina de la filosofía para tener una noción más amplia del significado.

“...Salud Del lat. salus, -ūtis.

1. f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones
2. f. Condición física y psíquica en que se encuentra un organismo en un momento determinado...”³¹

En un primer momento ya se mencionó la raíz de la palabra derecho, que de manera general se refiere a lo que es justo y correcto; y en el caso salud se puede interpretar que su origen se refiere o implica un equilibrio de organismo a nivel físico, emocional y mental, para que funcione adecuadamente el cuerpo humano.

1.4.2. Concepto del “derecho a la salud”.

Referirse a este concepto implica que el individuo debe gozar de un bienestar pleno.

“...Se considera el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para asegurar el ejercicio pleno de las capacidades del ser humano y le permita tener una calidad de vida digna. La protección considera el acceso a servicios de salud y de asistencia social que satisfagan con oportunidad las necesidades de la población...”³²

En otras palabras, se entiende que el “derecho a la salud” implica algo más amplio e integral, y “protección de la salud”, considera propiamente el acceso a servicios médicos, entre otras cosas.

³¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., <https://dle.rae.es>

³² Ríos, Alma y Fuente, Antonio, *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*, Compendio, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2017, p. 122.

Por otra parte, cabe agregar que una salud integral implica tener un entorno y un medio ambiente libre de contaminantes, en ese sentido "...se ha demostrado científicamente que el cultivo de cáñamo industrial absorbe más dióxido de carbono por hectárea en comparación con un bosque o cultivo comercial..."³³, por lo cual los sembradíos contribuirían a la "preservación del medio ambiente" y a la "salud" de los seres vivos.

1.4.3. Efectos negativos del uso del "cannabis" en la salud.

Abusar de cualquier sustancia siempre representa un riesgo para el organismo, por lo que antes de consumir algo, se tiene que tomar en cuenta los riesgos que puede ocasionar a la salud.

"...La marihuana en dosis altas produce muy diversas alteraciones derivadas de sus acciones sobre el sistema nervioso central. A nivel sistémico, el sujeto puede cursar con aumento de la frecuencia cardiaca y cambios en la presión arterial; sin embargo, el riesgo de muerte por sobredosis de marihuana es mínimo y, hasta donde sabemos, no se tienen reportes sobre muertes provocadas por dosis altas..."³⁴

Es decir, que a pesar de que pueda producir un desequilibrio en el organismo, realmente no representa un riesgo a la salud, como sucede con otras drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, sin embargo, no se debe omitir algunas consecuencias adversas por "consumo problemático" o adicción a dicha droga, que pudieran provocar consecuencias negativas en el ámbito familiar, laboral y social, entre otros.

El "Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Comisión Nacional contra las Adicciones", en el informe del año 2020 sobre consumo de sustancias psicoactivas, con relación a la demanda de tratamiento por "consumo problemático" se presentó un decremento en el consumo

³³ Rocha, Vanessa, *Cáñamo y desarrollo sustentable*, Revista Biorrefinería, Ecuador, 2021, vol. 4, no 4. p.1.

³⁴ Ramón, Juan, (coord.), *op. cit.*, p. 26.

de la marihuana respecto de años anteriores, y en caso del Estado Guerrero hubo un incremento, pero del consumo de alcohol.³⁵

No obstante, lo antes referido, es importante que se sigan aplicando políticas públicas para prevenir y atender adicciones por consumo de marihuana de manera lúdica, así como otras drogas. Ahora bien, se puede afirmar que su uso para fines médicos, científicos e industriales puede generar múltiples beneficios, principalmente alternativas para la solución de distintas enfermedades que perjudican a los mexicanos y un mercado legal que contribuiría al desarrollo económico del país. En México se regularizaron actividades para el consumo con fines médicos, lo cual es un avance en favor de la salud.

1.5. Diferencias entre fármacos y suplementos alimenticios

El “fármaco” y “medicamento” tiene la finalidad fundamental obtener resultados “clínicos” que permitan mejorar la condición de vida y asegurar el menor riesgo de los pacientes; por lo que cuando un fármaco busca ser aprobado para uso terapéutico, se hacen evaluaciones “preclínicas y clínicas” con una relación riesgo/beneficio. En el caso de los derivados herbales éstos se encuentran regulados como “suplementos dietéticos”, razón por que en la mayor parte del mundo, no están sujetos a “controles de seguridad” y eficacia previos a su comercialización.³⁶

En otras palabras, los “fármacos” requieren de un proceso evaluativo con el objetivo primordial de proteger la seguridad de los consumidores, en el caso de los “suplementos alimenticios” no sucede lo mismo, lo cual podría implicar riesgos en la salud de las personas. En México, la “Comisión Federal para la Prevención de

³⁵ Zabicky, Gaby y González, Jorge Julio (coords.), *Informe sobre la situación mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México*, Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas, México, 2021, p. 27

³⁶ Sánchez Duque, Jorge A., et al., *¿Es hora de regular los productos y suplementos herbales?*, CIMEL, 2018, vol. 23, no 2. p.1.

Riesgos Sanitarios” se encarga de prevenir los riesgos señalados, mediante la aplicación de la “Ley General de Salud” y otros ordenamientos jurídicos.

En 2019 la “Organización Mundial de la Salud”, a través del “Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD)”, invitó a la “Organización de las Naciones Unidas”, a evaluar el régimen de fiscalización que pesa sobre el “cannabis” para hacer un reconocimiento generalizado de su valor medicinal, en relación a las evidencias existentes sobre su utilidad terapéutica. Así, puede apreciarse cómo la evidencia clínica, resultado de observar experimentos que han venido desarrollándose en diferentes países, avala la eficacia terapéutica de “cannabinoides” como el “THC” o el “CBD”, tanto como “...analgésico para mitigar el dolor crónico no oncológico, como antiemético o como estimulante del apetito en enfermos de cáncer sometidos a quimioterapia y en pacientes de sida...”³⁷

Las principales sustancias de la planta son el “CBD y el THC”, pero a su vez también tiene múltiples sustancias, algunas de las cuales tienen propiedades “sedantes, relajantes, estimulantes y antiinflamatorias”. Los siguientes fármacos se utilizan en otros países y resuelven las siguientes enfermedades.

La “nabilona” es una droga sintética similar al “THC”, que se prescribe para las “náuseas” y los vómitos durante la quimioterapia cuando otros tratamientos no han funcionado. El “dronabinol” es un medicamento sintético idéntico al “THC”. No está disponible como medicamento autorizado en el Reino Unido. “Sativex” es una tintura en proporción 1:1 de “CBD” y “THC” con unos tres miligramos en cada dosis que se rocía en la boca. Se autoriza para personas con espasticidad muscular relacionada con la esclerosis múltiple que no han logrado mejorar con otros tratamientos. “Epidyolex” es un medicamento de “CBD” puro que se suministra bajo la lengua. Puede recetarse a pacientes con dos tipos infrecuentes de epilepsia:

³⁷ Bergua, Jorge, et al., *El autocultivo en el marco jurídico del acceso al cannabis con fines medicinales. Nuevas aportaciones sobre el consumo de cannabis desde las ciencias sociales y de la salud*, España, 2019, p. 41.

“síndrome de Lennox-Gastaut” y “síndrome de Dravet” en los Estados Unidos se receta para pacientes epilépticos con esclerosis tuberosa. ³⁸

Los fármacos señalados, sirven en el combate de ciertos padecimientos y enfermedades poco comunes que afectan a la población,

“...una amplia selección de productos derivados del cannabis también están disponibles en forma de suplementos alimenticios y aperitivos, bebidas, productos de salud y belleza. Debe de advertirse a los usuarios, que los suplementos alimenticios, bebidas, muchos productos de salud y de belleza no son medicamentos bajo la definición de la FDA de los Estados Unidos, por lo que su uso en pacientes enfermos no es recomendable...”³⁹,

por lo cual, hacer esta diferenciación entre fármacos, medicamentos y suplementos alimenticios es necesario para la seguridad de las personas.

1.5.1. Raíz etimológica de fármaco y suplemento alimenticio

Para saber precisar y diferenciar estos dos conceptos es relevante conocer las raíces de cada palabra. Fármaco, del lat. *pharmācum*, y este del gr. *φάρμακον* *phármakon*.⁴⁰

El término “fármaco” en la antigüedad se le denominaba como “pharmacon y era utilizado para describir tanto a los medicamentos como a los venenos” ⁴¹ y no había distinción terminológica entre aquellos con utilidad terapéutica sobre el cuerpo físico y el mental, como es el caso de las sustancias capaces de alterar la conciencia.

³⁸ Nuut, David, *op.cit.*, p. 94.

³⁹ Martínez Vargas, Alfonso, *Simposio: Uso medicinal del Cannabis: Retos y perspectivas*, 2018, p.111.

⁴⁰ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., <https://dle.rae.es>

⁴¹ Schmidt, Max R., *¿Qué es con qué se compara la marihuana?*, Smashwords, 2015, p.12

Suplemento del lat. *supplementum*, acción y efecto de suplir; y alimento Del lat. *alimentum*, der. de *alĕre*, alimentar ⁴². Conjunto de sustancias que los seres vivos comen o beben para subsistir.

1.5.2. Concepto de “fármaco y suplemento alimenticio”

Como se indicará en los siguientes párrafos, existe una diferencia entre “fármaco y suplemento alimenticio”, que es conveniente conocer, ya que permiten sobre todo a los posibles usuarios identificar el producto que vayan a consumir.

“...**Fármaco**: a toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento...”⁴³

“...**Suplementos alimenticios**: Productos a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales, que se puedan presentar en forma farmacéutica y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementar o suplir alguno de sus componentes...”⁴⁴

De lo anterior, se puede indicar que los fármacos tienen propiedades curativas, y para ello, previamente se someten a procedimientos o protocolos más rigurosos con el fin de otorgar seguridad a las personas consumidoras, lo mismo ocurre con los medicamentos; y en el caso del suplemento, son sustancias que complementan la alimentación y fomentan la nutrición balanceada de las personas.

⁴² Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., <https://dle.rae.es>

⁴³ NORMA Oficial Mexicana, NOM-001-SSA1-2020, Que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.

⁴⁴ Ley General de Salud: (LGS, art. 215 fracc. V)

1.5.3. Clasificación de fármacos y suplementos alimenticios

El “Consejo Nórdico de Medicamentos” (Nordic Council on Medicines) en 1976 estableció una clasificación, la cual desarrollo en función de las siguientes características:

“...Anatómicas, Terapéuticas y Químicas de los fármacos. Se denomina clasificación ATC, fue adoptado por casi todos los países del mundo. Esta clasificación ATC consiste en un código alfanumérico asignado a cada fármaco según el sistema anatómico donde actúa, su indicación terapéutica y su estructura química. Son 14 grupos anatómicos generales, divididos en subgrupos terapéuticos, los grupos principales que constituyen esta clasificación de medicamentos son aparato digestivo y metabólico, sangre y órganos hematopoyéticos, aparato cardiovascular, dermatología, aparato genitourinario y hormonas sexuales, hormonas de uso sistémico, excepto las hormonas sexuales, antiinfecciosos por vía general, terapia antineoplásica, aparato musculoesquelético, sistema nervioso central, parasitología, aparato respiratorio, órganos de los sentidos, y varios...”⁴⁵

El “suplemento alimenticio” funciona para contribuir o completar una nutrición equilibrada con una cantidad de sustancias específicas, pero que no sustituyen al alimento tradicional. Normalmente se comercializan “...vitaminas, minerales, botánicos, enzimas, ácidos grasos...”, entre otros; a su vez, los suplementos alimenticios pueden categorizarse en dos. Por un lado, la categorización más comercial, en donde los productos se clasifican en base a las soluciones que brindan para las diferentes patologías, y por el otro lado, también pueden ser clasificados en base a los nutrientes utilizados para la producción de los mismos.⁴⁶

⁴⁵ Moyano Moro, Rocío, Una nueva clasificación en función de las fuentes de variabilidad en la respuesta a grupos terapéuticos: Anestésicos, Analgésicos, Antiepilepticos y Antiparkinsonianos. España, 2019, pp. 1-2.

⁴⁶ Bruzzone, Lucia, *Análisis del Impacto del SARS-CoV2 en sector de los suplementos alimenticios*, Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad Católica de Uruguay, Montevideo, julio 2020, pp.10-11.

De lo anterior se puede señalar que los fármacos respecto a los “suplementos alimenticios”, los primeros se clasifican de acuerdo a características “Anatómicas, Terapéuticas y Químicas”, lo que implica un proceso más complejo y más cuidadoso para su utilización y para los efectos que produce, mientras el “suplemento alimenticio” complementa la nutrición de un individuo sin que ello implique sustituir los alimentos.

1.6. Diferencia entre “Legalización y despenalización”.

Son términos jurídicos que son frecuentemente utilizados y que pudieran causar confusión al aplicarlos, pero tienen sus diferencias, en el caso de “legalización” es “...utilizado para referirse a la producción, distribución, venta y posesión legal de sustancias previamente controladas...”⁴⁷, con relación a la presente investigación, en cuanto al proceso de legalización, el 19 de junio del 2017 se reformaron y adicionaron disposiciones de la “Ley General de Salud”, en el caso del artículo 235 Bis, estableció que la “Secretaría de Salud” tendría que aplicar políticas públicas encaminadas a la regulación del uso medicinal del “cannabis”.

No obstante, la reforma del 2017, hasta el día 12 de enero del 2021 entro en vigor el “...Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario para la producción, investigación y uso medicinal de la cannabis y sus derivados farmacológicos...”⁴⁸ lo cual refleja evidentemente una dilación para emitir dicho Reglamento.

En el caso del término despenalización “...se refiere a la no imposición de sanciones y antecedentes penales cuando alguien es sorprendido en posesión de drogas ilegales para consumo personal...”⁴⁹ Al respecto, en las reformas referidas del año 2017, se adicionó un último párrafo del artículo 198 del “Código Penal

⁴⁷ Ríos Piter, Armando, *op.cit.*, p. 52.

⁴⁸ Diario Oficial de la Federación, consultado en, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609709&fecha=12/01/2021#gs.c.tab=0 el 28 de diciembre del 2022.

⁴⁹ Ríos Piter, Armando, *op. cit.*, p. 52.

Federal”, que dispone que las actividades de siembra, cultivo y cosecha de la marihuana no será penado cuando las mismas se lleven a cabo con fines médicos y científicos.

Por un lado, el término de legalización es más integral y completo, mientras que despenalización se centra en la no aplicación de alguna sanción penal por hechos catalogados como delitos contra la salud.

Finalmente, en general se han concretado avances en el proceso para regular y articular una serie de actividades para la producción del cannabis, sin embargo lo importante es la materialización del ejercicio al derecho a la salud, que se traduce en que los ciudadanos tengamos acceso a dichos medicamentos o suplementos alimenticios de manera legal y segura, por lo que la investigación pretende evaluar precisamente el impacto de dicho proceso de regulación de la multicitada planta, en la salud de los habitantes del Municipio de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero.

CAPÍTULO II

MARCO HISTÓRICO: HISTORIA DEL CANNABIS.

2.1 Antecedentes Internacionales

En el presente capítulo se realizará un breve análisis histórico sobre la evolución de la coexistencia y relación del ser humano con el cannabis, en el plano internacional y nacional, su prohibición y algunos otros aspectos que son importantes, con la finalidad de aproximarse a la realidad de lo que ha significado dicha planta y empleo para la humanidad, como ha sucedido con otros elementos de la naturaleza, que han servido para elaborar diversos productos, como por ejemplo medicamentos y fármacos.

El análisis histórico, también pretende de alguna manera conducir hacia la reflexión y esclarecimiento de las causas del establecimiento en el siglo pasado de un modelo prohibicionista del uso del cannabis. Para algunos la causa podría ser que la ciencia descubrió sus efectos negativos; otros aducen, que se debió a

intereses internacionales de tipo político, económico y social, o que se trató de la implementación de una política criminal de cero tolerancia y que era la mejor estrategia para erradicar el narcotráfico y la delincuencia organizada, entre otras posibles causas; probablemente algunas podrían haber tenido un fin legítimo, pero en la posmodernidad, en México, diversos acontecimientos impulsaron la modificación del modelo prohibicionista y se regularon diversas actividades para la utilización del cannabis para uso médico, científico, industrial y lúdico, sin embargo, para el objeto de estudio de la presente investigación se tiene que establecer el impacto que ha tenido dicha regulación en la salud de las personas, específicamente en el Municipio de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero.

La evidencia científica reciente, apunta a que realmente el cannabis tiene beneficios muy importantes en el ser humano, sobre todo para la salud, no obstante, todavía existen prejuicios negativos y el estigma que se ha construido sobre el uso de la marihuana, lo que todavía persiste, y que posiblemente se generó por creencias o información errónea, insuficiente o sin sustento científico.

Si bien es cierto, existen algunos aspectos negativos en la salud, lo que hace alusión exclusivamente al uso lúdico cuando se llega a un “consumo problemático”, como lo denomina la institución que previene las adicciones en México, la “Comisión Nacional contra las Adicciones” (CONADIC), es decir, cuando existe un uso excesivo que puede ocasionar problemas en la salud principalmente de niñas, niños, adolescentes y adultos, sin embargo cuando es utilizado como suplemento alimenticio, medicamento y fármaco, que no tiene que ver con el uso lúdico, los efectos frente a diversos padecimientos es sorprendente.

Por consiguiente, será indispensable conocer cuáles fueron sus orígenes y los primeros acercamientos del ser humano con esta planta, cómo se ha venido utilizando en distintas épocas históricas y civilizaciones, en que momentos se ha prohibido, conocer los beneficios y posibles perjuicios de su utilización, para tener un panorama completo acerca del fenómeno objeto de estudio y no incurrir en errores y vicios cometidos en el pasado, con la finalidad de conseguir al máximo los aportes sobre todo en la salud que pudiera brindar esta planta a todos los seres

humanos, así como a algunos seres vivos del reino animal, como podrían ser las mascotas, que se han vuelto parte elemental de las familias posmodernas.

En los antecedentes internacionales, algunos autores tienen registros del uso de la planta desde hace 6000 mil años, aunque no existe dato preciso en la fecha de su origen, lo que si se tiene claro es que en un inicio sus fibras se utilizaban para elaborar tejidos y cuerdas; como aditivo alimentario; como parte de la dieta cotidiana por su aceite y cañamones; como cura para diversas afecciones; así como por sus propiedades psicoactivas, con fines religiosos y lúdicos.⁵⁰

Más adelante se precisará que los primeros registros de su utilización fueron en Asia, después se extendió a Europa, y a otros países, regiones y continentes, y en algún momento los primeros navegantes que llegaron al continente americano fueron quienes la introdujeron a México.

2.1.1. El Cannabis en la Edad Antigua

Las primeras referencias para la aplicación medicinal del cannabis se encuentran en China, particularmente en los escritos del emperador “Shen Nung” en 2727 a.C., plasmados en el “tratado de botánica llamado Rhy-ya”, documento que especificaba que existían dos tipos de marihuana una que daba semillas y la otra flores, en la posterioridad se precisó que se trataba de la planta macho y hembra respectivamente.⁵¹

Shen Nung elaboró la primera farmacopea (descripción de los medicamentos o fármacos) que se conoce, denominada “Pen tsao ching”, cuyo documento original se extravió y fue reconstruido durante la dinastía Han (206 a. de C.-220 d. de C.).

⁵⁰ Candela García, Eva, Espada Sánchez, José Pedro, “*Una revisión histórica sobre los usos del Cannabis y su regulación*”, Instituto de Investigación de Drogodependencias, Alicante, España, 2006, vol. 6, núm. 1, 2006, p. 51.

⁵¹ Couto Ruiz, Vanessa, *La Legalización de la Marihuana en México*, Presentada por Tecnológico de Monterrey, México, 2014, p. 29.

En la farmacopea se señalaba al cáñamo como pócima de la inmortalidad. Se recomendaba para algunas enfermedades como la malaria, el estreñimiento, la gota, entre otras.⁵²

Asimismo, aparece en el libro de medicina “Nei Ching” cuya autoría se le atribuye al emperador Huang Di (2600 a. C.), en el que describe recetas para atender diversas enfermedades. Antes del siglo III a.C., los médicos chinos recetaban un derivado del cáñamo, para el enajenamiento, la malaria, el reumatismo, el beriberi y para la gota.⁵³

En ese entonces, no se aplicaba el método científico, pero sin lugar a duda se aplicaban formas empíricas basadas en la experiencia y sobre todo en la observación sobre cómo una planta proporcionaba resultados eficaces para tratar una enfermedad. Por lo que el tratado y la farmacopea de Shen Nung, y el libro de medicina de “Nei Ching”, es un reflejo que da cuenta sobre cómo esas civilizaciones tan remotas en el tiempo, generaron conocimiento fundamental para que otras siguieran perfeccionando o mejorando el conocimiento previamente adquirido, y sobre todo lo más trascendental, que permitieron la subsistencia del ser humano en este planeta, mediante la atención de padecimientos que en determinadas épocas podrían haber sido mortales.

El uso y el cultivo del cannabis se dio ampliamente en estas regiones, primero desde China y posteriormente se extendió a Asia y a la India donde también se mantuvo y perduró su uso durante siglos.⁵⁴

En la India, se usaba para combatir la intoxicación y en la religión se utilizaba como incienso. El Atharva Veda, un texto sagrado escrito entre los años 2000 y 1400 a.C., se le consideraba como una de las hierbas que libran de la ansiedad.⁵⁵

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

⁵⁴ Candela García, Eva, Espada Sánchez, José Pedro, op. cit. p. 51.

⁵⁵ Ibidem p. 58

Los Arios (2000 a.C.), tribu originaria de Ankara, lo utilizaban en los rituales religiosos. La planta es nombrada en los Vedas sagrados, textos que forman la base del sistema de escrituras del hinduismo. Para la tradición brahmánica otorgaba una mente ágil, salud y longevidad, además se le atribuían propiedades afrodisíacas.

En la India su uso se extendió y constantemente se utilizaba en ceremonias religiosas. Los resultados eficaces de dicha planta se le atribuían a la bondad de los dioses, pues en esa época la religión y la medicina estaban estrechamente ligadas. Incluso, se utilizó para la curación de diferentes padecimientos como: dolor de cabeza, enfermedades venéreas, tosferina, insomnio, caspa, fiebre y tuberculosis.

La utilización del cannabis siguió fuertemente asociada a lo religioso por un tiempo, sin embargo, posteriormente existieron tratados médicos que dividían la medicina con la religión; tal es el caso de “Susruta-samhita”, del último siglo a. C. en el que se describe sus cualidades curativas frente a enfermedades como el catarro, la diarrea y la fiebre biliar.⁵⁶

Como se puede notar, en estas culturas el uso de la planta referida estaba vinculada a aspectos religiosos o mitológicos, por lo tanto, los beneficios se le atribuían a la divinidad de los dioses o a un poder superior; pero en algún momento esta relación se deslinda con la aparición de tratados de medicina como el que se menciona. A través del tiempo se fueron generando conocimientos basados en la experiencia, observación e investigación lo que implicó que en algún momento entendieron y descubrieron la importancia de algunas plantas y que los beneficios no provenían de la bondad de los dioses sino de los compuestos químicos de dichas plantas.

En la región euroasiática conocida como Escitia, en su obra de las “Guerras Médicas” Herodoto (485-425 a.C.), señaló el proceso del cultivo de cáñamo en su forma rústica, y además que era utilizado en una especie de sauna en el cual la preparación consistía en arrojar cáñamo sobre piedras calientes, para que se

⁵⁶ Ibidem, p.52

vaporizara y fuera inhalado por aquellos que buscaban un fin lúdico. También, lo utilizaban en rituales religiosos, funerarios y lo han usado en diferentes preparaciones: como bebida, como alimento, en ungüentos, con fines terapéuticos y para aliviar diversas enfermedades.⁵⁷

Entonces, es posible observar cómo se utilizaba para fines diversos, incluso en funerales, y cómo a través de distintas preparaciones se aplicaban tratamientos para enfermedades como la artritis o piedras renales, que en la actualidad son padecimientos que requieren tratamientos costosos o de intervenciones quirúrgicas para resolverlos.

En el caso del antiguo Egipto, existe debate sobre cómo llegó el cannabis a esa civilización. Algunos señalan que no se tuvo conocimiento de su existencia, y otros refieren lo contrario, que se usaba el cáñamo para la obtención de fibras e inciensos para rituales religiosos y se utilizó como medicina oral, en vendajes para detener el sangrado y en ungüentos.⁵⁸

En el imperio Romano y en Grecia, se le daba uso industrial para la elaboración de velas, tejidos, cuerdas y entre otros textiles y tejidos. Se tiene evidencia del conocimiento por ambas culturas del uso medicinal de la planta. El uso terapéutico es narrado por diversos escritos de autores de la época como es el caso de Dioscórides, médico griego, quien a lo largo de sus viajes recopiló información sobre las propiedades curativas de diversas plantas, entre ellas el cannabis. Este autor escribió el herbario de “Materia Médica” y un manual de farmacología en el que se especifican las propiedades para el tratamiento de inflamaciones, dolores, edemas y la “materia dura” de las articulaciones.⁵⁹

Sin lugar a dudas, se puede advertir y reafirmar que los beneficios que ofrece el cáñamo y uso del cannabis son innumerables, y que es necesario conocer estos

⁵⁷ Ibidem, p.53

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Ibidem, p.99

antecedentes, que permiten en la posmodernidad modificar o cambiar los prejuicios negativos que se tienen respecto, lo debería impulsar la industria para seguir explorando e investigando de manera más minuciosa la realidad de dicha planta, y otras que están al alcance de todos para prevenir o tratar enfermedades de manera más sencilla, efectiva, y posiblemente menos costosa, lo que podría colocar en jaque a la millonaria industria de los fármacos u otros intereses capitalistas o políticos. Por otro lado, su industrialización y explotación puede fomentar el desarrollo económico en lo que respecta a la industria.

El médico y filósofo griego, Claudio Galeno Nicon de Pérgamo (131-200 a.C.) esbozó diversas obras referentes a la farmacología. Sus obras alcanzaron un alto impacto dentro del mundo científico, consolidadas como modelo para la medicina moderna. En uno de sus escritos detalló que las semillas del cannabis eran de difícil digestión y nocivas para el estómago y la cabeza. Sin embargo, el uso medicinal de la planta fue extendiéndose a través del imperio romano con la divulgación de estas obras médicas por toda Europa como remedio efectivo para diferentes enfermedades.⁶⁰

Cabe destacar que el médico y filósofo Claudio Galeno, quien era considerado como uno de los más prestigiados investigadores en materia médica de la época, siendo un referente de la medicina actual, realizó investigaciones y escribió un tratado terapéutico en donde hizo referencia a las semillas y la hierba del cannabis para el tratamiento de problemas de salud.

2.1.2 Cannabis en la Edad Media

En esta época, la religión era lo que regía la vida del hombre, era lo más importante y respetado en ese entonces. Por un lado, la religión musulmana y por otro el cristianismo. En el cristianismo hay escasa documentación sobre las actividades relacionadas con el uso y consumo del cannabis, porque en este periodo

⁶⁰ Candela García, Eva, Espada Sánchez, José Pedro op. cit., p. 54

estaba prohibido y censurado el método científico e igualmente la práctica de la “medicina herbaria”, y quienes desobedecían las normas eclesiásticas eran severamente castigados.⁶¹ En este tiempo, la humanidad se estancó, debido a que no se hizo ciencia.

Es importante señalar, que la ciencia es trascendental para el desarrollo humano pues es la base de la generación del conocimiento. Los tratamientos alternativos en cuanto a la medicina, igualmente se vieron mermados, quedando en pausa los intentos por mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

Por otro lado, dentro del islamismo, si se les prestó atención a las cualidades médicas del cannabis, tal es el caso del tratado médico denominado Avicena que fue elaborado en el año 1,000 d.C., y menciona las propiedades del cáñamo como digestivo, diurético, con cualidades para limpiar el cerebro, aliviar el dolor y anticonvulsivo.⁶²

En el caso de España, se cultivaba el cáñamo desde antes de la llegada de los musulmanes en 1150 d. C. siendo los pioneros en establecer molinos para hilado de cáñamo.⁶³

La religión cristiana, de cierta manera castigaba la práctica herbaria, lo que restringía el uso del cannabis, en el caso del islamismo si se conocía las propiedades del cannabis, y en el caso de España los musulmanes utilizaban el cáñamo para otras actividades humanas. Pero en general podemos decir que en este periodo en donde la religión más importante era el cristianismo, provocó que se limitara el uso del cannabis.

⁶¹ Ibidem., p. 10.

⁶² Sopnia, *Marihuana consensos y evidencias sobre su impacto en la salud*, Forja, Chile, 2016, p.89.

⁶³ Zagorin, Gabriel, *La planta más notoria*, México 2020 p. 110.

En el islam la máxima figura es el profeta Mahoma, no permitía el consumo del vino, pero el consumo de cannabis lo aceptaba, por lo que se popularizó y se extendió en territorios conquistados, desde Persia hasta la Península Ibérica. La palabra “Hashis” significa hierba en el idioma árabe, nombre que fue utilizado para referirse al extracto del cannabis⁶⁴

Según el relato de Rowan, en la Edad Media en el Medio Oriente existía un clan de asesinos, el líder se llamaba Hasan-ibn- Sabah, y corría el rumor de que Hasan les daba a consumir hachís a sus seguidores. Los árabes llamaban a este clan has-hashin, “comedores de hachís” esta palabra era utilizada de forma ofensiva en aquella época. Marco Polo cuando atravesaba Persia en el año de 1271 escuchó hablar de este clan de asesinos a quienes literalmente llamo has-hashin y posteriormente, a su llegada a Italia hablaba de ellos por lo que se extendió su fama por toda Europa. La palabra “asesino” proviene entonces de la palabra árabe hashashin.⁶⁵

Se puede notar la criminalización desde esa época de la historia hacia las personas que consumen cannabis o sus derivados, incluso asociando el consumo a la palabra asesino.

Aproximadamente en el año de 1400 d.C., los grandes colonizadores como España, Holanda y Portugal se aferraron en llevar su hegemonía a nuevas tierras y aumentaron su producción agrícola, logrando aumentar sus plantaciones de cáñamo por el mundo. ⁶⁶

⁶⁴ Ramos Atance, J. A., Fernández Ruiz, J., *Uso de los cannabinoides a través de la historia*, Adicciones, v. 12, p. 6, jun. 2000, Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670/659>, Fecha de acceso: 15 mayo 2023.

⁶⁵ Robinson, Rowan, *El gran libro del cannabis para la salud*, Inner Traditions, México, 1999, p. 98

⁶⁶ Zagorin, Gabriel, *La planta más notoria*, México 2020 p. 106.

Lo anterior implicó que el cultivo de cáñamo fuera una práctica importante para los gobernantes de entonces, pues esta actividad y su finalidad tenía como resultado la obtención de recursos vitales para el desarrollo de las civilizaciones.

También, hay datos que demuestran que durante este periodo en el Reino Unido se cultivaba el cannabis, ya que el clima de esta región favorecía a esta especie; pero su uso no era lúdico, sino que se utilizaba más el cáñamo por sus fibras resistentes, siendo utilizadas como materia prima para la elaboración de cabos y telas para velas de embarcación.⁶⁷

El principal uso que se le dio al cannabis en este lapso fue por su cáñamo, ya que se pueden obtener fibras muy duras y resistentes para elaborar varios instrumentos que han servido al hombre.

2.1.3 Cannabis en la Edad Moderna

Su uso viajó hasta la Península Ibérica a través del norte de África, por ser territorio conquistado por los árabes, pero su estancia fue breve y no fue significativa, sobre todo en los territorios donde predominaba el cristianismo. La información al respecto del consumo en Europa es poca durante este periodo.⁶⁸

La corriente religiosa del cristianismo en este continente detuvo el desarrollo e implementación de la medicina cannábica.

Durante el reino de Enrique VIII de Inglaterra (1509-1547), se postuló una ley que ordenaba a los terratenientes dedicar una parte de su terreno al cultivo de lino

⁶⁷ Nutt, David, *Cannabis: ¿Por qué tanta polémica?*, Next door publishers, Gran Bretaña, 2022, p. 25.

⁶⁸Ramos Atance, J. A., Fernández Ruiz, J., *Uso de los cannabinoides a través de la historia*, Adicciones, v. 12, p. 7, jun. 2000, Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670/659>, Fecha de acceso: 15 mayo 2023.

o cáñamo. En la Europa de esa época, el cáñamo estaba muy presente en la sociedad.⁶⁹

Las civilizaciones de ese entonces necesitaban del cáñamo para realizar actividades cotidianas que eran necesarias para un correcto funcionamiento de su entorno.

Durante los años 1573-1620 d.C. gobernaba la dinastía Ming. Durante ese periodo el médico Li Shi-Chen redactó *Pen T'sao Kang Mu*, que hasta la actualidad sigue siendo el tratamiento más grande de medicina china que exista. En un apartado, menciona un tratamiento para problemas postparto relacionados con el estreñimiento y el frío que consiste en una papilla hecha con semillas de cáñamo.⁷⁰

El cannabis como tratamiento alternativo puede ayudar a combatir malestares físicos durante el posparto, ofreciendo alivio y bienestar.

En la antigüedad, en India se descubrieron más usos del cannabis como medicina, se tenía la creencia de que mejoraba la capacidad de pensar, te volvía más longevo, mejoraba el juicio, reducía la temperatura en caso de fiebre, facilitaba el sueño y curaba la disentería, Otro ejemplo de su uso en la antigüedad es el texto médico llamado *Sushruta* que aseguraba que esta planta podría curar la lepra. En 1600 d.C. aproximadamente el *Bharaprakasha* afirmaba que el cannabis tenía propiedades como astringente y se recetaba para aumentar el apetito y mejorar la digestión, incluso para afinar la voz. En la antigua India, se le usaba para quitar la caspa, aliviar el dolor de cabeza y oído, insomnio, manías, tosferina, tuberculosis y enfermedades venéreas.⁷¹

⁶⁹ Ríos Piter, Armando, *Derecho al Cannabis*, México, Oceano, 2019, p.15.

⁷⁰ Robinson, Rowan, *El gran libro del cannabis para la salud*, Inner Traditions, México, 1999, p. 95

⁷¹ Osorio, José Henry, Tangarife, Hugo Fernando, *Cannabis, una opción terapéutica*, Biosalud, 2009, vol. 8, no 1, p. 166-177.

La India fue de los primeros países en incursionar sobre la diversidad de tratamientos que ofrece esta planta. También fue muy usado en esta región para ceremonias y rituales por sus efectos psicotrópicos.

En el continente americano, su uso comenzó en Brasil, por las semillas que trajeron los esclavos africanos en el siglo XVI, en especial de Angola. Su uso principalmente se propagó en ceremonias religiosas de origen africano y en menor magnitud como analgésico.⁷²

La planta llegó a América gracias a los esclavos africanos, que principalmente la utilizaron para sus ceremonias sin explotar al máximo sus cualidades medicinales.

En 1519 España, ordenó a Hernán Cortés llevar grandes cantidades de cáñamo y sus semillas para cultivarlas en la Nueva España porque tenían conocimiento de que los climas y las tierras fértiles iban a resultar en una mejor y mayor producción.⁷³

Los ingleses colonizaron Australia, después de la llegada del teniente británico James Cook en abril de 1770. Uno de los exploradores quien viajó en esa expedición fue el naturalista y botánico Joseph Banks, él promovió el cultivo del cáñamo con tendencias a comercializarlo para la nueva colonia ubicada en el país.⁷⁴

2.1.4 Cannabis en la Edad Contemporánea

El reino vegetal hizo su aportación con la civilización humana ya que la planta del cannabis es utilizada en todo el mundo, proporciona vestido, casa, alimentos y medicamentos. El cáñamo apareció en el mundo hace varios siglos. En las tumbas

⁷² Sopnia, *Marihuana consensos y evidencias sobre su impacto en la salud*, Forja, Chile, 2016, p. 90.

⁷³ Zagorin, Gabriel, *La planta más notoria*, México 2020 p. 107.

⁷⁴ Ibidem, p. 108.

más antiguas se encontraron sus semillas, así como cuerdas y ropas elaboradas con él.

Esta planta ha sido clave en el desarrollo de la humanidad. Cuando la imprenta Gutenberg comenzó, el papel que utilizaba era de cáñamo, mismo que recibió tinta para transmitir las palabras de la Biblia a Europa. Hace quinientos años, cuando a la humanidad le inicia la curiosidad por investigar y encontrar nuevos mundos, el cáñamo impulsó este movimiento, proporcionando a los exploradores las velas y cuerdas necesarias para cruzar los mares en estas travesías.⁷⁵

La utilidad y el aporte que ha dado esta planta a la humanidad ha sido muy destacada, pues propició que la humanidad pudiera desarrollarse a lo largo de la historia apoyando e impulsado descubrimientos y movimientos históricos.

Desde la década de 1930 ha existido una constante por adoctrinar a las personas en la creencia de que el cáñamo es algo maligno, proliferando una estigmatización hacia esta planta.⁷⁶

El cáñamo estuvo en los viajes de exploración y llegó a América en el siglo XVI, donde se introdujo como fuente de fibra en Chile en 1945 en Perú en 1954.⁷⁷ En el continente Americano se empezó a aprovechar esta planta después que en otras civilizaciones, pero de igual forma sus aportes fueron utilizados en beneficio de actividades cotidianas.

El cáñamo ocupó un papel importante en el nacimiento de Estados Unidos como nación, los borradores de la Declaración de Independencia fueron escritos en papel proveniente del cáñamo.⁷⁸

⁷⁵Robinson, Rowan, *El gran libro del cannabis*, México, Inner Traditions/Bear & Company, 1999, p.8.

⁷⁶ Ibidem, p. 12.

⁷⁷ Ibidem, p. 15.

⁷⁸ Ibidem, p. 16.

De suma importancia resulta el aporte del cannabis en la consolidación de la Nación de Estados Unidos, país que hoy en día es referente y potencia a nivel Mundial. La escritura es una actividad que ha abierto ventanas hacia nuevos mundos y pensamientos más completos, a compartir el conocimiento con nuevas generaciones y a la creación del conocimiento, siendo el cannabis clave en este desarrollo cognitivo.

Se sigue investigando al respecto y se siguen descubriendo nuevas aplicaciones y usos de esta planta, y como en el pasado, se utilizan sus fibras para la confección de tejidos y cuerdas; su uso como alimento, su aceite como nutriente. Igualmente, como tratamiento terapéutico, lo cual no es novedad porque a través del tiempo se ha utilizado con esos fines, así como de manera lúdica, religiosa, y espiritual por sus propiedades psicoactivas.

2.2. Prohibición Internacional

La reglamentación y control sobre las drogas anteriormente solo era dentro de un ámbito local, pero en el último siglo las cosas cambiaron, y hubo una transición a una normativa de escala internacional, que establece prohibiciones mínimas comunes. Esta prohibición homogeneizada de escala internacional impone una sola forma de control que aplica para todas las sociedades.⁷⁹ Esta imposición se debe a que anteriormente los mercados de drogas eran locales, pero en la contemporaneidad no es así, esos mercados han escalado y traspasado las fronteras y las consecuencias son transnacionales, lo que amerita que la reglamentación sea mundial.

Como primer antecedente de la prohibición del uso del cannabis dentro del marco internacional, se tiene la registrada dentro del Anexo de la Convención Internacional del Opio de 1912. Pero no fue sino hasta 1961 con la aprobación de la Convención Única sobre Estupefacientes, que el cannabis fue prohibido a nivel internacional, con su inclusión, junto con la heroína, en la lista de dicha Convención,

⁷⁹ Aza Jácome, Alfonso, *Drogas y políticas públicas: ¿Legalización o prohibición?*, Universidad de La Sabana, Colombia, 2018 p. 137.

que establecía controles rigurosos para las sustancias consideradas “muy adictivas”, aptas para ser utilizadas como precursores de otras sustancias ilícitas.⁸⁰

También en la Convención de 1961 se exhibió que sus propiedades terapéuticas eran nulas. Esta lista y su reglamentación del cannabis con fines médicos y científicos no infringen las obligaciones derivadas de los tratados, siempre que se haga acorde a las normas de los artículos 23 a 28 de La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. De forma paralela a esta prohibición internacional, países como México, India, Pakistán y Birmania protestaron ante esto y trataron de defender su uso tradicional y su legalidad, señalando los beneficios medicinales del cannabis y resaltando que el porcentaje de adicción o dependencia a este es mínimo en comparación con otras plantas y/o sustancias.

El papel que jugó India en estas protestas fue importante porque logró que se quitara de la lista mencionada, las semillas y hojas del cannabis, logrando con esto que se le continuará dando su uso tradicional y religioso del bhang (preparación de cannabis para celebraciones religiosas). No se llegó a ningún acuerdo para que se excluyera la Lista I y Lista IV de la Convención, salvo “medicina indígena” y algunas fórmulas farmacéuticas. Por desgracia, simultáneamente que entró en vigor la prohibición, la terminología de “medicina indígena” y “usos tradicionales” fueron eliminados del Convenio, limitando de esta manera su uso exclusivamente científico y médico. La siguiente etapa de esta prohibición se dio con el del Convenio de 1971 sobre sustancias sicotrópicas, en el cual se establecieron categorías para clasificar las sustancias. El THC quedó dentro de la Lista 1, en la cual se le denominó un fármaco que significaba un riesgo para la salud pública, si su consumo era abusivo, y proporcionaba muy pocos o incluso ningún beneficio a la salud.

El punto de no retorno en esta prohibición internacional fue la “Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias

⁸⁰ Aguilar, Sofía, et al. Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo. *México Unido Contra La Delincuencia*, 2018, vol. 33, p.5

Psicotrópicas de 1988” porque tipificó en los ordenamientos jurídicos de los Estados varias acciones tendientes a comercializar de forma ilegal el cannabis. Lo que es interesante resaltar, es que detrás de esta tipificación penal, el “consumo” fue excluido, algo interesante y contradictorio porque impedir la producción u otras acciones tendientes a conseguir el estupefaciente por resultado impiden u obstaculizan el consumo.

La prohibición en comento, en un inicio dejó poco margen a los usos médicos y científicos, casi negando su valor terapéutico por completo, después al tipificarse casi todas las actividades relacionadas con el uso y consumo del cannabis, se ocasionó que se estancara la investigación del cannabis para mejorar la salud de las personas y aunque en esta ola de prohibición hubo países que se manifestaron en contra, no pudieron detener este régimen prohibicionista que se dio a escala global.

2.3. Historia del Cannabis en México

El conquistador Hernán Cortés arribó a Tenochtitlán en noviembre de 1519, al frente de un ejército de españoles y una ola de enfermedades como la viruela, sarampión, sífilis, blenorragia, etcétera. Una vez consolidada su llegada en 1530, ordenó a Pedro Cuadrado de Alcalá del Río traer las primeras semillas de cáñamo para la siembra y cultivo del cannabis, con intenciones de detonar la economía local.⁸¹

Años después, se empezó a esparcir la palabra “marihuana”. No se sabe con exactitud de dónde surge este término, pero todo indica que es una aportación de la cultura mexicana al lenguaje mundial de las drogas. Al respecto, existe una teoría acerca de cómo surge este término, derivado de que la medicina popular se llevaba a cabo por curanderas que se les llamaba “Marías” o “Juanas” de donde se

⁸¹ Feliciano H., Enrique, *República pacheca, Crónica de la marihuana en México: 1492-20215*, Proceso, México, 2021 p.13.

cree que surgió esta combinación entre ambos nombres y se originó la palabra “mariguana”.⁸²

En el siglo XIX se vendían, sin gran vigilancia, los extractos con fines terapéuticos en las farmacias, a la par del cloruro de cocaína, morfina y láudano. Desde ese momento se recetaba para ayudar a combatir malestares como reumas, asma, dolor de estómago, cefalalgia, hemorroides y gonorrea. En paralelo, los médicos comenzaron el debate acerca de consumir drogas, por los riesgos e implicaciones negativas a la salud que podrían causar si se convertían en adicción.

En el año de 1838 se fundó la Academia de Farmacia y para el año de 1842 sus miembros comenzaron a elaborar la Farmacopea mexicana (recopilación de recetas herbolarias) que posteriormente fue publicada en 1846; esta incluía una sección de medicinas elementales más comunes en la cual mencionaba la cannabis indica y la sativa, ambas variedades se relacionaban allí con propiedades “narcóticas”. El recetario herbario fue el resultado de una gran labor de ubicar en el territorio nacional el patrimonio botánico mexicano.

Para el año de 1874 la Sociedad Farmacéutica Mexicana publicó una nueva recopilación farmacéutica. De la misma forma que la versión pasada, se hizo una diferencia entre el “cáñamo” y la “marihuana”. Se precisó que ambas tienen distintos efectos terapéuticos. La Farmacopea mexicana de 1874 se consolidó e influenció para que la planta se mostrará como orgullo del patrimonio botánico mexicano dentro de la Exposición Universal de París en 1876.⁸³

En las versiones posteriores, de 1874, 1884 y 1896 se mantuvo la premisa de que había diversas especies del cannabis y cada una de ellas proporcionaba

⁸² Leal Galicia, Perla, et al. *Breve historia sobre la marihuana en Occidente*, Rev Neurol, 2018, vol. 67, no 04, p. 133-140.

⁸³Schievenini, J. D., y C. Pérez Ricart, *Pasado y Presente de los Usos Medicinales del Cannabis En México*, Redes, Revista de Estudios Sociales De La Ciencia y La Tecnología, vol. 26, n.º 50, julio de 2020, pp. 115-145.

diferentes usos terapéuticos. Atribuían que la marihuana tenía funciones como diurético, vomipurgante y tónico del corazón.

En el siglo XX se le comenzó a vincular el cannabis con las clases populares, prácticas indígenas y soldados convictos. Todo esto generó una estigmatización alrededor del consumo de cannabis y comenzaron las detenciones a los contrabandistas y hierberos.⁸⁴

De lo antes expuesto cabe destacar que en el siglo XIX los extractos del cannabis y otras drogas que se vendían sin vigilancia con fines terapéuticos, es decir, sin la autorización o supervisión gubernamental, ahora bien, de manera paralela, inició el debate sobre las consecuencias del consumo de drogas en general incluyendo el cannabis, pero posiblemente dicho debate se basó únicamente en la adicción que pueden provocar, sin realizar un estudio profundo por separado de cada una de ellas respecto de ventajas y desventajas, o un análisis de costo beneficio.

2.3.1. Análisis de la prohibición en México

Durante la Revolución mexicana, bajo un clima violento, era común el consumo de marihuana, como resultado se comenzó a criminalizar a los usuarios de esta planta.

En el periodo que gobernó Venustiano Carranza hubo una prohibición constitucional de la marihuana, causando que los vendedores y consumidores fueran acreedores a penas. Posteriormente, en el año de 1923, Álvaro Obregón prohibió la importación de narcóticos y señaló que esa acción era un contrabando.

La Sociedad Mexicana de Eugenesia creada en el año de 1931, conformada por un colectivo de estudiosos cercanos a la autoridad, políticos y funcionarios de la salud pública, relacionó aspectos negativos al consumo del cannabis, como el comportamiento antisocial, violencia, delincuencia, locura y prostitución. Mediante esta institución se crearon acciones legales y programas educativos con la finalidad

⁸⁴ Rios Piter, Armando, *Derecho al Cannabis*, México, Oceano, 2019, p.19.

de combatir las toxicomanías y el alcoholismo. En años posteriores y con un aumento artístico e intelectual en la sociedad, varios intelectuales como el aclamado muralista Diego Rivera, promovieron la despenalización del cannabis, pero fallaron.⁸⁵

En 1937, al promulgarse la Ley de Impuestos sobre la Marihuana (Marihuana Tax Act) en Estados Unidos, tuvo impacto en la economía, encareció la industria cannábica y convirtió las cosechas en una pérdida de tiempo por los obstáculos burocráticos. De esa forma, se consolidó el modelo prohibicionista a nivel mundial.

Otro intento en esa vía de la despenalización fue en el año de 1940, durante el mandato de Lázaro Cárdenas y aunque en un inicio tuvo éxito, tras presiones políticas del gobierno estadounidense de Franklin Delano Roosevelt quien ordenó embargar y cortar el suministro de medicinas convencionales para así someter al gobierno mexicano, se regresó al régimen prohibicionista.⁸⁶

En 1950 México destacó por la gran producción de cannabis, amapola y demás sustancias psicoactivas que se propagaron a otras partes del mundo. Esta serie de acontecimientos desencadenó en las décadas posteriores una ola de movimientos y operativos militares contra las drogas. Entre los años sesenta y setenta se llevó a cabo la Operación Pulpo y la Operación Cóndor con el fin de erradicar sembradíos, incendiando cientos de hectáreas de cannabis y amapola, y con ello hubo un aumento en la violencia contra los derechos humanos de los pobladores aledaños a esas zonas. La lucha contra el narcotráfico fue creciendo durante los primeros años del siglo XXI ocasionando múltiples daños a la sociedad mexicana.⁸⁷

⁸⁵ Leal Galicia, Perla, et al. *Breve historia sobre la marihuana en Occidente*, *Rev Neurol*, 2018, vol. 67, no 04, p. 133-140.

⁸⁶ Feliciano H., Enrique, República pacheca, *Crónica de la mariguana en México: 1492-20215*, Proceso, México, 2021 p.36.

⁸⁷ Idem.

En el año 2015 se visualizó un panorama diferente, tras el fallo a favor de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el cual otorgó permiso a cuatro mexicanos para realizar autoconsumo de cannabis, abriendo paso a leyes más permisivas.

En el 2017, el 19 de junio se reformaron varios artículos del Código Penal Federal y Ley General de Salud, con el objetivo de regular el uso medicinal de los derivados farmacológicos del cannabis y despenalizar la siembra, cultivo y cosecha cuando sea para fines médicos y científicos.

2.4. Antecedentes del cannabis en Guerrero

Dentro del territorio mexicano, los estados ubicados como productores de cannabis son: Guerrero, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Durango, Nayarit, Sinaloa y Sonora. Estimaciones calculan que aproximadamente la mano de obra empleada en el cultivo y secado de la marihuana es de 17,200 personas, de las cuales la mayoría son jefes del hogar, esto impacta en la economía familiar de alrededor de 75 mil mexicanos que dependen del cultivo del cannabis.⁸⁸

En la década de los sesenta se comercializaba en Estados Unidos la marihuana denominada “Acapulco Gold”, la cual era catalogada con mejores condiciones que la que se cosecha en Texas o California. En esos años ya se vendía demasiado el cannabis en la Costa Grande de Guerrero. El narcotraficante de nacionalidad cubana-americana, Alberto Sicilia Falcón, tuvo el apoyo de algunos elementos del ejército mexicano para consolidar la sierra guerrerense para cultivar marihuana. Otra alianza que se dio por parte de delincuentes y mandos del ejército se refleja en el reporte por el Departamento de Investigaciones Políticas y Sociales, con fecha de 30 de junio de 1971, el cual indica que había pactos entre una diputada, agentes del ministerio público, elementos del ejército y el sargento segundo Lucio Cárdenas Robles, con el fin de que se permitiera la siembra y cosecha de marihuana en Guerrero y Arcelia.⁸⁹

⁸⁸ Rios Piter, Armando, *Derecho al Cannabis*, México, Oceano, 2019, p.32.

⁸⁹ Hernández Ortiz, Esteban, *La narcoeconomía en la Sierra de Guerrero: 1965-2018*, Universidad Autónoma de Guerrero, México, 2019, pp. 51-52.

Pedro Ojeda Paullada, el entonces Procurador General de la República el 13 de noviembre de 1975, anunció el operativo militar en colaboración con el gobierno estatal para combatir los sembradíos de marihuana y amapola en Guerrero, Oaxaca y Michoacán. En el año de 1977 se ejecutó el Plan Cóndor, con el cual erradicaron cultivos por vía aérea y simultáneamente por vía terrestre se realizaron detenciones y confiscaciones.⁹⁰

De este apartado se puede resaltar que Guerrero ha sido uno de los principales productores de marihuana de alta calidad, con destino a un mercado ilegal para uso lúdico y recreativo, de cuya actividad dependen varias familias guerrerenses, en ese sentido valdría la pena, que derivado de la legalización y despenalización de la marihuana en México, los agricultores en general tengan las condiciones para obtener licencias y permisos, previo cumplimiento de requisitos establecidos en la ley, para cumplir con el propósito fundamental que implica que las personas que lo necesitan accedan a un mercado legal de suplementos alimenticios, medicamentos y fármacos, y por otro lado, que los agricultores se liberen del sometimiento y de condiciones injustas que les imponen los grupos delictivos, y tengan la oportunidad de realizar un trabajo lícito, que podría beneficiar a cientos de familias guerrerenses.

CAPÍTULO III

MARCO JURÍDICO: QUE REGULA LAS ACTIVIDADES DEL USO Y CONSUMO DEL CANNABIS

A continuación, se habla de la regulación jurídica del cannabis en México. Se aborda de forma nacional porque las leyes tendientes a regular el cannabis son normas federales que tienen competencia en todo el territorio nacional. Pero el

⁹⁰ Idem.

estudio que se hace es referente al impacto que tienen esas normas y cómo se aplican en la realidad social.

Por un lado, está el acervo jurídico rector de las conductas cannábicas y por otro las instituciones que están facultadas para aplicar la ley, así como de vigilar su cumplimiento. En ese sentido es imprescindible hablar sobre lo que es uno de los ejes centrales de esta investigación. Si bien se podría afirmar que ya se legisló al respecto, no implica que lo legislado esté funcionando correctamente. Por eso la importancia de dar seguimiento y de evaluar esta problemática para proteger el derecho a la salud.

Porque como se ha mencionado el cannabis es utilizado para elaborar una amplia gama de medicinas. Tanto como fármacos, como suplementos alimenticios. Estos medicamentos han sido utilizados por pacientes en diversas partes del mundo, siendo estos muy eficaces para aliviar o curar enfermedades. El acceso a un mercado legal de medicamentos es primordial para poder ejercer este derecho.

3.1 Evolución de la agenda legislativa y la normatividad en México

En este proceso evolutivo, Raúl Elizalde y Mayela Benavides padres de Graciela o “Grace” fueron pioneros en que se legislara al respecto. Pues desde 2013 comenzaron a ejercer presión a las autoridades para que se autorizará el acceso a un tratamiento con cannabis para mejorar la salud de su hija. Grace sufría de una extraña enfermedad, llamada Síndrome de Lennox Gastaut que, entre otras cosas, le provocaba aproximadamente cuatrocientas convulsiones diarias. En ese tenor y para aliviar la salud de su hija sus padres consideraban que ese sería el mejor tratamiento. Hasta el 2015, un juez de la Suprema Corte de justicia de la Nación (SCJN) autorizó la importación de los medicamentos que requería la joven.⁹¹

⁹¹ González, M. R. y Valero, C. J., “El proceso de construcción de la agenda política sobre el cannabis en México, 2015-2019”, *Iberoforum Revista de Ciencias Sociales*, año XV, núm. 30, julio-diciembre 2020, pp. 1-34.

Sentando así las bases para que otros promovieran amparos en ese sentido; y de esta forma otros ciudadanos accedieron a medicamentos a base de cannabis para ejercer su derecho a la salud.

Para el año 2016 el Ejecutivo a nivel federal remitió una iniciativa de ley para que el Poder Legislativo hiciera lo propio y reformara, adicionara y derogara disposiciones de la Ley General de Salud (LGS) y el Código Penal Federal (CPF) para que permitiese diversas actividades, entre ellas la cosecha, preparación, comercio, posesión, adquisición del cannabis con fines personales y medicinales. No fue hasta el 19 de junio de 2017 que la esperada reforma se dio, y mediante estos actos legislativos se le otorgó la facultad a la Secretaría de Salud para que regulara las actividades tendientes a consumir cannabis para fines medicinales, así como despenalizar actividades con este mismo fin.⁹²

Mediante esta serie de modificaciones al ordenamiento jurídico aplicable se dio un paso más en la erradicación del régimen prohibicionista que imperaba en México y se transitó a un modelo más permisivo a fin de garantizar el derecho a la salud.

Lo anterior, no significa un acceso directo al cannabis. Se mantuvo una especie de candado legal porque para obtener un permiso para plantar, cosechar, poseer, transportar con el fin de un consumo personal implicaba un trámite burocrático engorroso. El trámite consistía en, primero solicitar permiso a Cofepris, después acreditar que se solicitó el permiso y contar con el rechazo formal de Cofepris para que mediante amparo indirecto un juez federal te concediera el permiso.⁹³

Respecto a lo antes mencionado, se puede notar la serie de obstáculos que se mantuvieron a pesar de que se reformó la ley para que los consumidores pudieran acceder a su derecho, pero fue todo lo contrario, solo se estableció un trámite burocrático y costoso. Dejando poca accesibilidad a los derechos humanos.

⁹² Ríos Piter, Armando, *op. cit.*, p.58.

⁹³ *Ibidem*, p. 61.

Fue hasta el 30 de octubre del 2018 que la Cofepris hizo lo propio y emitió los Lineamientos en Materia de Control de Cannabis y derivados de la misma. Pero estos Lineamientos no estuvieron vigentes por mucho tiempo porque el día 27 de marzo de 2019 se revocaron por posibles irregularidades.⁹⁴

Respecto a lo expuesto en el párrafo anterior, Cofepris incurrió en diversas irregularidades. Primero porque el proceso de otorgamiento de licencias no fue transparente y posiblemente existieron actos de corrupción. Además, lo correcto es que se publicará un Reglamento y no Lineamientos como se hizo. Estos Lineamientos no fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación, así que no contaban con validez oficial. Así que Cofepris no actuó como estaba facultada para hacerlo.

Posterior a que se revocaron los lineamientos, en agosto del mismo año se resuelve un amparo en revisión para efecto de que la Secretaría de Salud de cumplimiento y armonice la normatividad sobre el uso medicinal y terapéutico del cannabis, derivados, THC y variantes.⁹⁵

El día 12 de enero del 2021 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el tan esperado Reglamento de la LGS de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos. Tuvieron que pasar más de tres años, desde que se reformó la ley para que la Secretaría de Salud cumpliera su obligación de armonizar la normatividad y publicará el Reglamento correspondiente. Demostrando de esta manera que la autoridad fue negligente al respecto.

⁹⁴ Salazar, Julio, “Por qué fue bueno cancelar los lineamientos sobre productos de marihuana”, México Unido Contra la Delincuencia, 14 de junio del 2019, <https://www.muco.org.mx/2019/06/por-que-fue-bueno-cancelar-los-lineamientos-sobre-productos-de-marihuana/>

⁹⁵ Carbajal Pérez, Hilda, et al., “Regulación jurídica de la cannabis en México”, *Revista española de drogodependencias*, 2022, no 48, p. 84-96.

3.1.2 Consumo lúdico

A la par, el Grupo Smart, promovió amparos y en el año de 2015 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), concedió cuatro amparos federales para autoconsumo y producción del cannabis, pero sin fines de comercialización.⁹⁶ De esta forma se autorizó el consumo con fines lúdicos a los cuatro quejosos. En ese entonces la Ley General de Salud prohibía este consumo. Esto dejó entrever que la prohibición va en contra del derecho al libre desarrollo de la personalidad de los consumidores. La prohibición vulnera derechos humanos.

Entre 2017 y 2018 se resuelven cinco amparos en revisión en el mismo sentido sin ninguno en contrario, por lo cual la Corte estableció jurisprudencia en la que determinó la inconstitucionalidad del sistema de prohibiciones administrativas previsto en la Ley General de Salud (LGS), que prohíbe absolutamente a la Secretaría de Salud la expedición de autorizaciones para realizar las actividades relacionadas con el autoconsumo de marihuana con fines recreativos. Ahora bien, derivado de la jurisprudencia que se generó, se ordenó al Poder Legislativo atender el problema de inconstitucionalidad en un plazo determinado, pero al no atenderse dicho asunto, la Corte emitió la Declaratoria General de Inconstitucionalidad 1/2018, respecto de porciones normativas que indican “sólo podrá realizarse con fines médicos y científicos y”; artículos 235, último párrafo, y 247, último párrafo, de la LGS vigente.⁹⁷

La DGI es una figura jurídica que funciona como mecanismo de control constitucional que fue introducida en la reforma constitucional de 2011 y reglamentada mediante la Ley de amparo de abril de 2013. Mediante esta figura se

⁹⁶ González Ibarra, Miguel Rodrigo y Valero Valdés, Cristian Jonathan, “El Proceso De construcción De La Agenda política Sobre El Cannabis En México, 2015-2019”, *Iberoforum Revista De Ciencias Sociales*, vol. 15, n.º 30, noviembre de 2020, pp. 1-34, <https://iberoforum.ibero.mx/index.php/iberoforum/article/view/158>.

⁹⁷ Carbajal Pérez, Hilda et al., *op. cit.*, p. 84-96.

puede invalidar una norma general que sea considerada inconstitucional.⁹⁸ Se tuvo que recurrir a esta figura jurídica porque el poder legislativo fue omiso al no legislar aun cuando se le otorgaron tres prórrogas. La prohibición absoluta de este consumo fue considerada una medida desproporcionada del derecho al libre desarrollo de la personalidad en concordancia con el derecho a la salud.

3.2 Tratados internacionales

Cuando las problemáticas trascienden a escala internacional, hay una necesidad inminente de que los países establezcan pautas en el orden jurídico internacional, para regularizar estas conductas.

En ese sentido la Convención Única Sobre estupefacientes de 1961 que fue fortalecida posteriormente con su Protocolo de 1972 creó una especie de armonización con respecto a los tratados en materia de control de drogas. Igualmente, introdujo obligaciones penales y no solo armonizo los tratados, sino que amplió el control, abarcando la siembra de las materias primas tendientes a producir drogas. La postura prohibicionista fue para otros tipos de consumo dejando a un lado el uso médico y científico. Este sistema dejó por fuera a lo que se le conoce como cáñamo con fines únicamente industriales.⁹⁹

El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas de 1971, puso más restricciones al principal componente psicoactivo (THC) y no reconocía su valor terapéutico, y lo clasificó en la Lista I con alto riesgo público. Años más tarde, en 1991 el THC junto con el Dronabinol (compuesto sintético del cannabis) pasó a formar parte de la Lista II por indicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tras continuas sugerencias de las OMS para reclasificar el cannabis

⁹⁸ Salazar Muñoz, Rodrigo, “Algunas consideraciones sobre la declaratoria general de inconstitucionalidad”, *Revista Académica de la Facultad de Derecho de la Universidad La Salle*, 2014, p. 97.

⁹⁹ Corda, Alejandro, et al., *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación*, Djusticia, 2019. P. 14

porque ya se le empezaba a reconocer su aporte terapéutico, en diciembre del 2020 fue retirado de la Lista IV.¹⁰⁰

En el marco regulatorio de estos Convenios Internacionales sobre estupefacientes, existen 3 organismos encargados de aplicar la gobernanza. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), es la encargada de vigilar la aplicación de los tratados en coordinación con las naciones que son parte. La Comisión de Estupefacientes (CDN), es un foro en el que participan Estados miembros, se encarga de legislar y elaborar políticas sobre la normatividad en materia de estupefacientes. Por último, la OMS que está facultada para evaluar sobre las propiedades medicinales de las sustancias para establecer su clasificación.¹⁰¹

La Convención de 1961 trató de unificar y consolidar una base para fiscalizar en el marco internacional, ya que anteriormente hubo otros tratados y convenios. El cannabis fue reclasificado en varias ocasiones, primeramente, casi no se le reconoció su valor terapéutico, pero con el paso del tiempo esto cambió. Fue necesario que varios expertos intervinieran para poder hacer una correcta clasificación. Para aplicar la gobernanza, se implementaron 3 organismos para aplicar una correcta fiscalización.

Los países miembros deben de presentar ante el JIFE, anualmente previsiones del consumo y producción de su población y los estados también son responsables de implementar acciones para controlar el suministro de cannabinoides.¹⁰² De esta manera, el JIFE estableció un control para que los países miembros no excedieran las previsiones anuales establecidas, y así fiscalizar el suministro de estas sustancias.

¹⁰⁰ López, Andrés y Gómez Roca, Sebastián, “La cadena de valor del cannabis: situación y tendencias internacionales, y oportunidades para la argentina” *Documentos de Trabajo del CCE*, 2021, vol. 1. p. 23.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Ramírez, Juan M., et al. La industria del cannabis medicinal en Colombia. 2019.

La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, fue adoptada en Viena, Austria el día 20 de diciembre de 1988. En México fue ratificada por el Senado el día 30 de noviembre de 1999 y finalmente, por Decreto publicada el día 9 de febrero de 1990 en el Diario Oficial de la Federación.¹⁰³

Por el crecimiento del mercado internacional de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las repercusiones que tiene esto dentro de una sociedad y en el desarrollo de esta, es como surge esta Convención para evitar que la droga llegue a los niños, que la inseguridad continúe al alza y que los menores de edad sean utilizados por el crimen organizado como herramientas dentro de sus operaciones ilícitas.

Las partes de esta Convención en su preocupación por el incremento de sustancias ilícitas y para proteger la vida, salud y la seguridad humana, reforzaron lo establecido en la Convención de Estupefacientes de 1961, su Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.¹⁰⁴

Existía una necesidad imperiosa de fortalecer y complementar lo establecido en anteriores tratados. Esta estructura jurídica internacional es de los principales rectores que regulan las sustancias ilícitas a nivel mundial. Lo que se buscaba era facilitar e impulsar la cooperación entre los países con el fin de poder combatir el

¹⁰³ Decreto de promulgación de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas adoptada en Viena, Austria el 20 de diciembre de 1988, Diario Oficial de la Federación, México, 9 de febrero de 1990, consultado en, <https://dof.gob.mx>

¹⁰⁴ La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, Naciones Unidas p.1, https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

creciente tráfico ilícito, a través de las medidas necesarias legislativas y administrativas conforme a los respectivos ordenamientos de cada nación.¹⁰⁵

En la Convención de 1988 se concentran treinta y cuatro artículos donde se muestra el catálogo de delitos y sus respectivas sanciones. Las medidas para erradicar el cultivo y la demanda ilícita de sustancias, así como el tráfico por mar. Especifica las funciones de los principales organismos rectores y de fiscalización que contribuyen a erradicar y regular el tráfico.

3.3 Modelos Internacionales

A nivel internacional hay países que han transitado a modelos más permisivos, iniciando antes que México, este camino a la regulación. Otros países al hacer una estructura completa y armónica de sus leyes han experimentado resultados incluso en su economía. Al respecto, sería importante visualizar que modelo ha funcionado más dentro del panorama mundial.

3.3.1 Uruguay

Pionero en América Latina de una regulación extensa en materia cannábica por ende es de gran valor visualizar el marco jurídico que implementó, mediante la ley 19172 de diciembre de 2013 permito que los ciudadanos se pudieran registrar con la autoridad poder cultivar hasta seis plantas en el hogar, clubes cannábicos y farmacias. Para llegar a esto, en el escenario también fue protagonista la ONG estadounidense Drug Policy Alliance al coadyuvar en el proceso. La ONG fue anfitriona de un gran grupo de actores políticos de Uruguay a su Reform Conference y al taller paralelo sobre Regulación del Cannabis Legal, tuvo sede en Denver Colorado en octubre de 2013. En ella, se compartieron experiencias sobre su esquema regulatorio de Colorado y Denver visualizando todos los aspectos que se involucran, en cuanto a los organismos públicos de regulación, el mercado, la venta, el cultivo. Con el fin de visualizar el panorama completo.

El entonces electo presidente José Mujica encabezó esta iniciativa, con la visión de utilizarla como herramienta para garantizar la seguridad pública y en ese

¹⁰⁵ Idem.

ánimo integró el tema dentro de la agenda política y legislativa.¹⁰⁶ El tráfico de sustancias ilegales va evolucionando y los delincuentes buscan otros métodos para continuar con sus operaciones, ante esto se debe ir un paso adelante y construir políticas públicas y actos legislativos para implementar un control por parte del Estado con una perspectiva internacional que aporte a la erradicación de las conductas delictivas.

La agenda internacional también participó en este proceso, porque líderes de América Latina veían a la regulación como un factor de cambio, de transición a una sociedad más organizada y protegida de la inseguridad. Con lo anterior, se impulsa el surgimiento “...de la Comisión Latinoamericana y la Comisión Global de Drogas, la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización de Estados Americanos del 2013...”.¹⁰⁷ A esta cumbre se sumaron en el proceso y promoción los presidentes de México, Colombia y Guatemala. Esto detonó para que se convocara a la Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS) en 2016.¹⁰⁸ En esta Asamblea se dio seguimiento a los progresos para combatir el problema mundial de drogas, que impacta en la sociedad y entre otras problemáticas genera violencia e inseguridad. Además, se reafirmó el compromiso para eficientizar la cooperación internacional para la correcta fiscalización de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, con el propósito de mitigar el uso indebido y así garantizar la paz, dignidad y seguridad humana. El problema es mundial por lo tanto es una responsabilidad compartida.

En el cuerpo normativo vigente respecto a las regulaciones y usos aplicables al cannabis existen varios puntos de interés entre los cuales destaca por supuesto

¹⁰⁶ Musto, Clara, “El rol de la transferencia internacional de herramientas para la regulación del cannabis en Uruguay”, *Relaciones Internacionales*, 2023, no 53, p. 49-70.

¹⁰⁷ Idem.

¹⁰⁸ Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS) en 2016.

el ámbito regulador del Estado en la cuestión de producción y fiscalización, pero además de ello la vinculación de los aspectos concernientes a la salud de los ciudadanos y la concientización de los aspectos beneficios y aspectos perjudiciales del uso del cannabis en diferentes ámbitos.

Dicha política pública fue producto de un proceso gradual que partió desde la aprobación de los usos lúdicos del cannabis en 2013, hasta la gradual regulación en materia medicinal que empezó en el año 2015 con el decreto 46/2015 en el cual el instituto de regulación y control del cannabis (IRCCA) en conjunto con el ministerio de salud pública de Uruguay serian facultados para expedir las licencias pertinentes para la producción con fines de uso médico y la investigación científica del cannabis psicoactivo y no psicoactivo.

El decreto además de ser el primer acercamiento a la regularización de los usos médicos del cannabis también estableció una serie de restricciones y pautas, entre ellas el límite de THC contenido en las plantas como un parámetro para determinar a qué variedad de uso pertenece el cannabis (psicoactivo o no psicoactivo) siendo fijado el 1% como límite; así mismo la producción con fines de uso médico se dividió en dos categorías, la denominada especialidad farmacéutica la cual engloba a los medicamentos compuestos o simples con base en formulas cualicuantitativas con base cannábica, las cuales deben ser registradas ante el ministerio de salud pública, esta categoría se encuentran aquellos medicamentos con un proceso de producción industrializado y cuyas propiedades terapéuticas ya han sido probadas; La segunda categoría de uso médico fue denominada como especialidad vegetal en la cual entran la aplicación de la hierba del cannabis, el cáñamo de uso industrial o bien la mezcla de ambos con fines de aplicación médica.

Aunado a ello, la producción y cualquier forma de comercialización de cualquiera de estas modalidades de uso queda reservada para aquellos sujetos debidamente acreditados ante el ministerio de salud, el cual a través de su departamento de medicamentos llevará a cabo las tareas de fiscalización y de control de sanidad pertinentes.

Adicionalmente la venta de las especialidades farmacéuticas con efectos psicoactivos fue autorizada en las farmacias mediante receta médica, sin embargo el análisis de distintos especialistas en la materia, entre ellos el entonces director ejecutivo del Instituto de Regulación y Control del Cannabis, señalaron dificultades en el proceso de regulación de los usos médicos del cannabis derivados de la priorización que tuvo la regulación del uso lúdico y lo riguroso pero a la vez gradual que resultó el proceso por el cual se normaron las categorías de uso médico, en 2018 el director de dicha institución declaró lo siguiente:

Se puede decir que la primera etapa de la implementación de nuestra política estuvo enfocada en el componente del cannabis de uso adulto o no médico, y que una vez que eso se resolvió, empezó a acelerarse el proceso de definiciones institucionales y formales para que estos proyectos (medicinales) fructifiquen. Si miramos bien la línea de tiempo, nos vamos a encontrar con que, hasta hace un año, todavía no había ningún proyecto licenciado, y en el último año se han empezado a otorgar licencias para los distintos tipos de actividades que la normativa permite.

La priorización del uso de la marihuana recreativa frente al cannabis medicinal responde fundamentalmente a la coalición social y política que se organizó para impulsar esta agenda de legalización y que tuvo como resultado una norma muy abarcativa que regula todas las actividades, desde la investigación, al cáñamo industrial, el cannabis medicinal y los usos no médicos, generando distintas opciones de acceso. Creo que ahora sí es materia de agenda pública el cannabis medicinal, la sociedad tiene otro conocimiento, los profesionales de la salud están identificando que hay una herramienta terapéutica en los productos a partir del cannabis y por esta razón hay una mayor urgencia.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Entrevista a Martín Rodríguez “El desafío del cannabis medicinal”, Economía Creativa, dw español, 5 de octubre de 2018. Consultado en: <https://www.youtube.com/watch?v=6X9PdaTKQBA> el 5 de enero de 2024.

Por ello pese a que el proceso para la regulación de los usos médicos tuvo sus primeros avances significativos en 2015 y la primera licencia concerniente al cultivo medicinal fue emitida en 2017, el rubro del uso médico aún estaba en una fase temprana y sería hasta 2019 que la regulación médica entraría en una segunda etapa en la cual habría avances en cuanto al acceso a la medicación con base a cannabis y al rubro de la investigación científica en torno a esta.

En cuestión acceso a los usos médicos la ley 19.847 fue establecida y con ello una política pública que declaraba el interés gubernamental en torno a una regulación completa de los usos médicos del cannabis y un mayor aprovechamiento de sus aplicaciones, así como la promoción de su correcto uso en el área de salud pública, lo cual se refleja en el apartado inicial de dicha ley el cual enuncia lo siguiente:

Artículo 1: Declárase de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública mediante productos de calidad controlada y accesibles, en base a cannabis o cannabinoides, así como el asesoramiento médico e información sobre beneficios y riesgos de su uso.¹¹⁰

Lo cual es la base para la integración de la medicina cannábica en el sistema de salud pública, lo cual es progresivamente reforzado en el cuerpo normativo a través del Programa Nacional de Cannabis Medicinal y Terapéutico estipulado en el artículo 11 de dicha ley, en el cual se instauran las tareas de control de licencias, las tareas de concientización sobre los usos terapéuticos y medicinales de la planta para la población y la incorporación paulatina del cannabis al ámbito de la salud pública mediante las tareas de capacitación, el acceso a información y uso de diferentes aplicaciones medicinales dirigido al personal de salud pública.

¹¹⁰ Ley N° 19847 Declaración de interés Público las Acciones Tendientes a Proteger, Promover y Mejorar la Salud Publica Mediante Productos de Calidad Controlada y Accesibles, en Base a Cannabis o Cannabinoides, así Como el Asesoramiento Medico e información Sobre Beneficios y Riesgos de su Uso.

Adicionalmente esta ley incorpora a la política pública en torno al cannabis, una agenda centrada en la investigación científica, la cual tiene como ejes centrales la creación de algunos entes como el Centro Uruguayo de Estudios Avanzados en Cannabis (CUDEA Cannabis) y el Fondo Nacional de Investigación sobre Cannabis, el primero encargado de la investigación sobre las distintas áreas de aplicación de la cannabis y el estudio del material genético de esta, mientras que el segundo órgano se encargaría de los aspectos concernientes a la financiación de los estudios, investigaciones y pruebas aprobadas por el CUDEA Cannabis.

Como aportes significativos de este proceso regulatorio en el ámbito de la salud pública hay dos aspectos resultan de interés, el primero es la incorporación del cannabis terapéutico como parte de del esquema de salud pública a nivel nacional, lo cual significa una apertura a nivel institucional a los usos que puede tener el cannabis y un acceso mayor al goce de los beneficios de estos para una mayor parte de la población, el segundo aspecto es la incorporación de los entes conocidos como “Asociaciones de pacientes” que son otro punto de acceso para la utilización del cannabis de uso medicinal, el cual debe contar con un médico acreditado y un químico farmacéutico, permitiéndole a estas asociaciones operar por tres años desde la fecha de promulgación de la ley.

La estructura de acceso a las aplicaciones médicas y al tratamiento terapéutico con base a cannabis es un avance significativo que parte de un modelo basado en la universalidad de la salud, así como a la progresividad de los derechos humanos, sin embargo, un aspecto un tanto criticado por estudiosos de la materia se encuentra en la política en torno a la investigación y a los estándares de producción vigentes, ya que por su rigidez suponen una dilación importante tanto para los avances investigativos como para la producción a nivel industrial, la cual debía ser certificada en cada una de las etapas de producción y pruebas, lo cual de acuerdo con Zeballos “este punto es particularmente difícil de lograr por las

dimensiones y el tiempo que implican las investigaciones clínicas”¹¹¹ lo cual si bien es cierto resulta pertinente para garantizar la mayor sanidad y una regulación apegada a los parámetros que prescribe la legislación uruguaya en cuanto a la cantidad de THC, tiene el potencial riesgo de ralentizar la comercialización, producción y prueba de compuestos de uso médico y terapéutico, algo que es común en un esquema en que los estándares de cumplimiento deben guardar cierta rigidez debido a la aplicación y tipo de producción al que se encaminan.

En cuanto a las repercusiones que los esquemas regulatorios de la ley en el rubro de la investigación científica, estos se ven reflejados en las restricciones presupuestales que la ley fija y derivado de ello una falta de proyectos aprobados que deja ver un escenario donde la producción de conocimiento y la innovación en los usos terapéuticos e industriales se ven frenados por restricciones técnicas y presupuestales.

Si bien la población uruguaya ha hecho manifiesta la necesidad de acceso a productos cannábicos en el rubro de la salud, las restricciones en materia de investigación y salud pública han representado una barrera que ha bloqueado avances importantes, lo cual ha dado como consecuencias fenómenos curiosos en la forma en la que la población accede a los usos médicos del cannabis.

Uno es la necesidad de importación de productos médicos y aceites, que, si bien no es intrínsecamente dañino para la población, si puede ser criticable tomando en cuenta que, a más 5 años de la admisión de la investigación y la incorporación de los usos médicos del cannabis, no se permita un mercado nacional competente con el de otros países en materia de salud debido a las dificultades institucionales por las que pasa la producción para fines medicinales y terapéuticos.

Otra falencia en el modelo uruguayo es la falta de aplicación e innovación científica en el rubro de las aplicaciones medicinales y terapéuticas, la rigidez de los estándares si bien es necesaria para la determinación de la viabilidad de un

¹¹¹ Zeballos, Camila, et al., “La regulación del cannabis medicinal en Uruguay y los desafíos para la conformación de circuitos innovativos”, *Redes Revista De Estudios Sociales De La Ciencia Y La Tecnología*, 2020, vol.26, núm.50, p.196.

producto y son esenciales para determinar a dónde dirigir los recursos pertinentes, el panorama en Uruguay no ha avanzado en la cuestión de innovación, usos e investigación aplicada en el rubro del cannabis de uso médico, en gran parte por lo restrictivo de los estándares para la aprobación de las investigaciones y sus financiamientos.

Las consecuencias de un modelo con excesiva regulación, deriva tanto en la falta de avances en la producción e investigación nacional, como en la creación de mercados semi clandestinos que toman provecho de las excepciones o vacíos en la legislación de consumo recreativo, hecho que ha vivido recientemente en Uruguay.

Tomando en cuenta los retos por los que la investigación en materia médica ha tenido que pasar en Uruguay en los últimos años, se concluye que la formulación de una legislación en torno a las aplicaciones médicas de la cannabis y las políticas públicas que rijan el ramo de la investigación, inevitablemente deben someterse a estándares altos de sanidad y control de calidad que tomen en cuenta las posibles oportunidades de innovación científica y productiva, el proceso debe ser naturalmente una progresión paulatina que solamente dará buenos resultados si la institucionalidad diseñada para estos fines funciona de manera fluida bajo una coordinación que favorezca la cooperación entre instituciones.

3.3.2 Colombia.

La regulación de las actividades encaminadas al uso de la cannabis en el área de salud fue regulada en Colombia en el año 2017 cuando llegó el decreto 613, en cual se establecen las pautas básicas para el uso, la producción y la investigación científica en torno al cannabis; lo más destacable de este cuerpo normativo es la concesión completa con la que se dota al Estado colombiano para la determinación de la concesión de las licencias de producción, las cuales se conceden al licenciatario la facultad de producir y aprovechar dicha producción de acuerdo a los términos de la licencia de uso tramitada, los tipos de licencias que pueden tramitarse ante las distintas autoridades señaladas en esta ley son las siguientes:

Artículo 2.8.11.2.1.2. Tipos de licencias. Las autoridades de control señaladas en el artículo 2.8.11.1.4 del presente Título expedirán las siguientes licencias:

1. Licencia de fabricación de derivados de cannabis: Para la transformación del cannabis para fines médicos y científicos, que puede comprender la fabricación, adquisición a cualquier título, importación, exportación, almacenamiento, transporte, comercialización y distribución de los derivados de cannabis psicoactivos y no psicoactivos.

2. Licencia de uso de semillas para siembra: Para el manejo de semillas para siembra, que puede comprender la adquisición a cualquier título, importación, almacenamiento, comercialización, distribución, posesión y disposición final, así como su exportación y uso para fines médicos y científicos.

3. Licencia de cultivo de plantas de cannabis psicoactivo: Para el cultivo de plantas de cannabis psicoactivo, que puede comprender la siembra, adquisición y producción de semillas, almacenamiento, comercialización, distribución y disposición final, así como la exportación y uso para fines médicos y científicos.

4. Licencia de cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo: Para adelantar las actividades de cultivo de plantas de cannabis cuyo porcentaje de THC sea inferior a 1% en peso seco, que puede comprender la siembra, adquisición y producción de semillas; almacenamiento, comercialización, distribución y disposición final de plantas, así como la exportación y uso para fines médicos y científicos.¹¹²

Aunado a ello el proceso de obtención de cualquiera de estas licencias de producción se ve sujeto a rigurosos estándares de sanidad dirigidos tanto a la revisión de las plantas, los métodos de extracción, el empleo de las sustancias obtenidas, el producto final y por supuesto los análisis clínicos que acrediten que los niveles de THC o CBD se encuadran a los señalados para cada modalidad de uso y producción de índole medicinal o terapéutico; La duración del proceso según lo señalado por el mismo decreto se encuentra en un rango de 30 días siempre y cuando el solicitante cumpla con todos los requisitos documentales y su plan de producción haya sido aprobado tras comprobarse que se cuentan con las

¹¹² Decreto 613 de 2017, Artículo 2.8.11.2.1.2. Tipos de licencias, consultado en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30030463>

condiciones materiales para cumplir con las actividades que el solicitante estipula en su solicitud.

En un análisis detallado sobre los resultados del modelo colombiano de usos médicos y terapéuticos, se advierte que a pesar de tener una regulación que podría verse eficiente en lo escrito, el país aún lidia con las falencias y dificultades propias de un modelo emergente en materia de salud cannábica, en especial el problema en torno a la brecha que suele presentarse entre la regulación y el acceso de la población a la medicación.

Centrándonos en este aspecto, el problema de la regulación colombiana reside en una falta de información y estudios alrededor del cannabis, como varios autores han señalado y en especial Ledezma Morales, la legislación sobre cannabis en Colombia no cuenta con un catálogo detallado de las aplicaciones médicas ni de los riesgos y beneficios en el uso terapéutico y medicinal del cannabis¹¹³, de hecho la inclusión del cannabis al catálogo de plantas medicinales del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia, no resulta adecuado ya que solo se reconoce al cannabis como analgésico ¹¹⁴de uso externo, lo cual obviamente deja de lado todas las posibles aplicaciones de la planta y a su vez constituye una restricción injustificada para la producción y el acceso a los usos médicos del cannabis.

En resumidas cuentas, la falta de estudios científicos y la inclusión real de sus resultados en el cuerpo de regulación de la producción médica y científica colombiano, es un sesgo importante para el acceso a la medicina cannábica como

¹¹³ Cfr. Ledezma Morales, Mónica, et al., "Mercado del Cannabis medicinal en Colombia: una oportunidad para el sector salud que requiere lineamientos estratégicos del gobierno nacional y la academia." *Medicas UIS*, vol. 33, núm. 1, 2020, pp. 53-58.

¹¹⁴ Cfr. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Listado de plantas medicinales, 2019, consultado en: <https://paginaweb.invima.gov.co/normatividad/normatividad-interna/proyectos.html>

para el avance de la industria farmacéutica emergente del cannabis, hecho que se ve reflejado al observar que el único medicamento con aprobación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos es el Sativex, un medicamento complementario en el tratamiento de la rigidez muscular característica de algunos casos de esclerosis.

Esta falta de bases informativas sobre los usos y aplicaciones del cannabis, aunado a la falta exploración de las opciones de uso terapéutico representan un freno a los posibles avances del mercado del cannabis médico, la producción a nivel nacional de especialidades médicas de categoría terapéutica y si se aborda desde la perspectiva constitucional plasmada en el arábigo 49 de la constitución política de Colombia, se rompen con los principios de universalidad y eficiencia bajo los cuales se rige el acceso a la salud en dicho país.

Otros fenómenos derivados de un acceso limitado las propiedades medicinales del cannabis y la ausencia de exploración de sus cualidades terapéuticas, es la utilización de productos como aceites ,esencias o ungüentos que no han pasado por un proceso de certificación sanitaria en regla, lo cual es una práctica común entre los ciudadanos que buscan acceder a medicación con base cannábica en ese país, lo cual es el reflejo de una política de salud que no cataloga de manera completa ni permite la totalidad del aprovechamiento de los usos médicos y terapéuticos de la cannabis, así como de algunos vacíos legales en la reglamentación del acceso y cultivo de consumo recreativo.

Ahondando de manera especial en dicho tópico, la legislación colombiana permite a los mayores de edad el autocultivo de máximo 20 plantas de cannabis sin la necesidad de tramitar algún permiso¹¹⁵, lo cual a la par de una catalogación inexacta de las propiedades y aplicaciones médicas del cannabis, crea las condiciones idóneas para un mercado irregular de productos médicos sin ningún tipo de certificación o resultados clínicos comprobables, por lo que las dificultades

¹¹⁵Cfr. Decreto 811 de 2021, Capítulo III, Artículo 2.8.11.2.1.2.

del mercado médico y la investigación científica del cannabis en Colombia reside en lo flexible de la plantación de autoconsumo y en la falta de un catálogo de usos y aplicaciones actualizadas del cannabis, esto último siendo la principal barrera para una explotación adecuada en el área médica y científica.

3.3.3 Portugal

El modelo de salud portugués en torno al consumo de cannabis y la incorporación de los usos esté al sistema de salud portugués es el resultado de cambios legislativos innovadores que se remontan a la descriminalización del consumo personal de drogas en el año 2001, dicho cambio representa una forma diferente de atender la problemática de salud inherente al consumo de sustancias y es un fortalecimiento de las políticas de reintegración social y salud.

Abordar los aspectos de la política en torno al consumo de drogas y la rehabilitación de sus usuarios es pertinente ya que la regulación del cannabis en el ámbito de la salud pública no debería limitarse a los aspectos de producción, regulación e investigación de compuestos con base al cannabis, abordar la manera en la que el Estado atiende la problemática de las adicciones es parte integral para determinar la eficiencia de un sistema de salud y en el caso del cannabis abordar políticas de salud enfocadas a la rehabilitación de usuarios con consumo problemático, junto con la descriminalización de estos usuarios, supone un punto de partida para el proceso de desestigmatización social por el cual el cannabis tiene que atravesar para ver incorporados sus usos en el marco de la salud pública.

Partiendo de esta breve pauta introductoria es menester analizar la Ley N° 30/2000, la cual mediante su artículo número 10 establece las determinaciones para ponderar las condiciones de consumo del infractor, así como una serie de puntos que plantean la naturaleza rehabilitaría del proceso:

- 1 - La comisión escucha al consumidor y recoge los demás elementos necesarios para emitir un juicio sobre si es o no drogadicto, qué sustancias

consumió, en qué circunstancias estaba consumiendo cuando fue interrogado, dónde y cuál es su situación económica.

2 - El consumidor puede solicitar la participación de un terapeuta de su elección durante el procedimiento, y el comité regular es la misma forma de participación.

3 - Para la formulación de la sentencia a que se refiere el apartado 1, la comisión o el consumidor podrán proponer o solicitar los exámenes médicos oportunos, incluidos los de sangre, orina u otros análisis que resulten apropiados.

4 - Si la definición de la naturaleza del consumo por parte del comité no se ha basado en un examen médico con las características mencionadas en el párrafo anterior, el consumidor podrá solicitarlo y sus conclusiones se examinarán con vistas a cualquier ponderación de la sentencia inicial de la comisión.

5 - El examen es otorgado por la comisión a un servicio de salud debidamente calificado, siendo apoyado por el consumidor si se elige un servicio privado, y se llevará a cabo en un plazo no mayor a 30 días¹¹⁶

En estos apartados se encuentra el proceso administrativo y la naturaleza de las resoluciones derivadas de este, que como se advierte a lo largo de los artículos de este cuerpo normativo, es la reincorporación social a través de una rehabilitación, que como se muestra en el artículo citado parte de la voluntad del sujeto señalado como adicto en distintos aspectos, tanto en el acompañamiento terapéutico como en pautas de la recuperación que dicta la ley, además de ello la ley está dotada de un aspecto de valoración social y económica de la situación particular de cada sujeto, lo cual representa el enfoque social de la norma, así como la política pública que opta por enfoque de reparación del tejido social dejando de lado las políticas tradicionales de enfoque punitivo sobre el consumo de drogas.

¹¹⁶ Ley N° 30/2000, Artículo 10, Consultado en: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/30-2000-599720>

Adicionalmente los efectos de esta política han sido positivos de acuerdo con los análisis de la problemática de distintos investigadores que se han centrado en dicho contexto, las estimaciones de Baptista en su estudio sobre el impacto de la política de consumo sano del cannabis que se ha implementado en Portugal, señalan una reducción de una de las mayores fuentes de ingreso económico para las organizaciones criminales y a su vez un aumento importante de los ingresos públicos debido a las tasas de impuestos, infracciones y costos esperables de la regularización del uso del cannabis,¹¹⁷ aunado de un esperado aumento en el consumo que se verá reducido eventualmente con las políticas de concientización sobre el uso y las sanciones aplicables al consumo problemático.

Ahora en cuanto a las aplicaciones médicas del cannabis permitidas en el marco legal de salud pública de Portugal, es necesario analizar la Ley 33/2018 que fue surgió en 2018 y mediante la cual fueron aprobados los usos con fines médicos del cannabis, los cuales se ven regulados y aprobados después de pasar por los filtros de calidad que impone el la Autoridad Nacional de Medicamentos y Productos de Salud I.P, por sus siglas **IFARMED**.

Para aprobarse un medicamento o compuesto que contenga extractos derivados de la planta del cannabis, la máxima autoridad reguladora de los productos de salud, se basa en los parámetros establecidos por el sistema de farmacovigilancia de la Unión Europea, lo cual crea una cadena de vigilancia eficiente entre los países miembros de la UE, este sistema permite evaluar los efectos positivos y negativos de todos los medicamentos que llegasen a ser aprobados por un país miembro de este bloque, ¹¹⁸por consiguiente la lista de medicamentos de origen cannábico se ve sujeta en primer término al catálogo

¹¹⁷ Cfr. Baptista Leite, Ricardo y Ploeg, Lisa 2018, "The Road towards the Responsible and Safe Legalization of Cannabis Use in Portugal", *Acta Médica Portuguesa* vol. 31, núm. 2, Lisbon, Portugal, 2018 pp.115-25, <https://doi.org/10.20344/amp.10093>

¹¹⁸Cfr. Rodrigues, Rita y Fernandes, Barata, "Mercado da canábico com uso terapêutico no mundo: perspectivas para Portugal", Instituto Universitário Egas Moniz Tesis doctoral, 2019, p.74

contenido en el sistema de farmacovigilancia de la EU, para posteriormente ser evaluados y aprobados por **IFARMED**.

Los resultados producto de la política de drogas portuguesa en el ámbito de la salud ha resultado benéfica en cuanto a el acceso a la medicación y el crecimiento de la industria médica cannábica, a manera de ejemplificación la solución conocida como Sativex está en el mercado de salud portugués desde el año 2012, de igual forma los aceites de CBD son considerados como de uso medicinal y desde el año 2019 los antipiréticos y analgésicos empleados para combatir ciertas complicaciones de espasticidad propias de la esclerosis múltiple son una opción de tratamiento disponible para aquellos pacientes que no hayan presentado resultados favorables con la medicación convencional,¹¹⁹ así mismo es legal consumir medicamentos no comercializados en el país en territorio nacional, por lo que la regulación del cannabis en cuanto a sus aplicaciones médicas y de producción se sujeta a estándares de salud actualizados que se basan en los resultados clínicos observables en los análisis del IFARMED y en los resultados obtenidos por la supervisión de salud encargada de observar las repercusiones de la entrada de medicamentos en los diferentes países miembros de la Unión Europea.

Por ello la manera de resumir el enfoque de salud en torno al cannabis, que se ha gestado en las dos últimas décadas en Portugal, es hablar de un modelo con enfoque social que pondera las necesidades de salud tanto de los consumidores lúdicos como de aquellos pacientes que requieren alternativas más acordes a sus realidades clínicas, esta política es entonces en su primera fase, una respuesta a los problemas de salud inherentes a la problemática de consumo, y en su segunda fase que parte del año 2018, una incorporación de los usos clínicos del cannabis que responde al mercado europeo de compuestos con base a dicha planta y a las necesidades de salud que los tratamientos convencionales no pueden cubrir, dejando a Portugal con un acceso a una industria emergente, nuevos ingresos

¹¹⁹Cfr. INFARMED IP. (n.d.-c). No Title. 14. 2019. Consultado en: <https://extranet.infarmed.pt/LicenciamentoMaisfo/pages/public/listaECPAD.xhtml>

provenientes del ámbito regulatorio de dicha industria y en general una política de acceso bien implementada en el sector salud.

3.3.4 Australia.

La regulación del cannabis en general es un tópico complejo en el sistema jurídico australiano, ya que en este aspecto el consumo con fines lúdicos está completamente prohibido, pero las sanciones por la posesión, venta o consumo oscilan entre las penas punitivas y el trabajo social, dependiendo del estado; Mientras que la regulación de la investigación, producción y acceso a la medicación cannábica se encuentra vigente desde el año 2016.

El marco jurídico que incorpora a la planta en el sistema de salud australiano está basado principalmente la observación de los progresos científicos que ofrecen los derivados del cannabis, dicha observación parte desde los especialistas de salud, quienes al atender a sus pacientes bajo criterio propio deciden recetar compuestos o cualquier medicamento (ya sea contemplado en el catálogo de medicamentos aprobados o no) y solicitan a administración de bienes terapéuticos (The Therapeutic Goods Administration por sus siglas TGA) el ¹²⁰acceso individual del paciente a el medicamento prescrito, para posteriormente registrar los efectos que la medicación tiene sobre el paciente y rendir un informe completo a dicho órgano, tanto para ampliar la base de datos sobre fármacos que se tiene como para ponderar los beneficios y determinar si podría ser factible incorporar al régimen de salud los medicamentos prescritos pero no aprobados cuando se tratase de una prescripción que opta por estos.

Adicionalmente cabe señalar que las primeras guías sobre medicación y aplicación de compuestos de la planta se remontan al año 2017 en el estado australiano de Queensland, en las cuales se pretendía orientar a los profesionales

¹²⁰ Australian Government. Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, 29 de Octubre 2019, Consultado en: <https://www.tga.gov.au/news/blog/introduction-medicinal-cannabis-regulation-australia>

de la salud de la manera más completa y saber determinar si el caso atendido resultaba factible para la aplicación de medicación cannábica, esto junto con los casos de epilepsia en menores y los casos de pacientes terminales que solicitaban el uso de la marihuana como tratamiento alternativo en diferentes entidades, bajo la categoría de “acceso compasivo”¹²¹ lo que en conjunción terminó moldeando el actual esquema de salud australiano en materia de aplicación de los derivados del cannabis, teniéndose como único producto totalmente aprobado Nabiximols o por su nombre comercial Sativex, pero a su vez teniendo cierta autonomía los profesionales de salud para prescribir medicamentos no autorizados por las entidades de salud, siempre llevando un registro de los resultados derivados de la aplicación de estos.

Partiendo de dicho esquema y su naturaleza permisiva en cuanto acceso e investigación, la regulación de la producción con fines médicos es bastante accesible, los datos que ofrece la TGA indican que tan solo en el año 2019 fueron autorizadas 78 licencias para el cultivo, producción y la manufacturación de cannabis médico,¹²² lo cual junto con la política de cultivo doméstico permitido solo a pacientes con autorización la Oficina de Control de Drogas (ODC),¹²³ muestra un acceso bastante abierto a los beneficios y la investigación sobre la planta en el ámbito de la salud y esto se ha traducido en un mejoramiento de las condiciones de salud pública y en la apertura de un mercado médico en constante crecimiento del cual PROCOLOMBIA registro “...que a 2017 se reportaron ventas de Cannabis medicinal en Canadá por 253 millones de dólares y se pronostican ventas de hasta 921 millones de dólares para 2020. En 2018 Australia pronosticaba ventas de

¹²¹ Aguilar, Sofía, et al, op. cit., p.11.

¹²² Australian Government Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, 29 de octubre 2019, consultado en: <https://www.tga.gov.au/news/blog/introduction-medicinal-cannabis-regulation-australia>

¹²³ Ley de enmienda de estupefacientes de 2016, consultada en: <https://www.legislation.gov.au/C1967A00053/latest/versions>

alrededor de 13 millones de dólares y para 2024 un monto similar a los 877 millones de dólares...”¹²⁴ dejando entrever los beneficios económicos, científicos y de estructura de salud que ha logrado el modelo australiano bajo su esquema permisivo en materia de producción y aplicaciones médicas de la planta.

En adicción, el registro y las guías de usos tanto para profesionales como pacientes que ha elaborado el Departamento de Salud y Cuidado de la Edad¹²⁵, resulta el complemento ideal para un esquema donde la opinión médica y los resultados clínicos constantes son la pauta para admitir dentro del sistema de salud determinados productos o empleo de los compuestos derivados del cannabis.

A manera conclusiva, el esquema australiano de salud referente a al cannabis es especialmente rígido frente al consumo lúdico, pero es bastante accesible con los aspectos de producción de aplicaciones médicas y su acceso a ellas, y este acceso es regulado mediante estudios y estadísticas que se obtiene en casos reales dentro del sistema de salud australiano, que a su vez son el punto de partida para determinar la aprobación de un fármaco o cualquier tipo de tratamiento de origen cannábico y a su vez son la fuente de constante actualización de la base de datos sobre usos médicos que está abierta al público y a los profesionales de la salud para ponderar los riesgos y beneficios de aplicar cualquier uso del cannabis a el caso concreto, el sistema de acceso al cannabis medicinal en Australia se resume en retroalimentación, estudios clínicos y acceso a la información.

¹²⁴ PROCOLOMBIA, “Industria del cannabis en Colombia”, Bogotá, 2019, consultado en: <https://procolombia.co/publicaciones/industria-del-cannabis-en-colombia>

¹²⁵ Australian Government Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, Medicinal cannabis hub, consultado en: <https://www.tga.gov.au/products/unapproved-therapeutic-goods/medicinal-cannabis-hub>

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LEGALIZACIÓN Y DESPENALIZACIÓN DEL CANNABIS EN EL ÁMBITO DE SALUD

4.1. Evaluación del proceso de evolución de las normas que regulan el cannabis medicinal en el contexto mexicano.

El proceso mediante el cual los usos médicos del cannabis se incorporaron al marco jurídico mexicano se puede definir como una lucha gestada desde la sociedad civil, los numerosos amparos donde se pugnaba por el acceso a la medicación cannábica fueron el principal impulso para la creación eventual de los cuerpos normativos con los que se cuenta a la fecha de publicación de esta investigación.

En 2017, si bien a nivel normativo se dieron avances importantes con la llegada del decreto que reformaba la “Ley General de Salud” y la estructura normativa en la que contemplaban las aplicaciones médicas y científicas del cannabis, aun no se acataba a cabalidad las disposiciones contenidas en los preceptos reformados y adicionados.

El decreto de reforma mencionado contemplaba tanto los aspectos como producción y su debido licenciamiento, al igual que las aplicaciones médicas; si bien en comparación con otros cuerpos normativos que fueron objeto de análisis en esta tesis (Australia, Portugal), la cantidad de THC superior al 1% en uso médico, aún estaba sujeta a varias reservas y consideraciones de la Secretaría de Salud dependiendo del caso específico, lo que proponía el decreto era pertinente para la época en la que fue emitido.

Por lo anterior, el rezago en materia de aplicación de cannabis en materia médica se debe principalmente a la mala aplicación de la normativa que se reformó en ese momento, a pesar de que los cambios en materia cannábica incluían la producción industrial y medicinal; el proceso de licitación fue bastante restringido, en parte por la mala aplicación o la inoperatividad de los órganos designados para ello, sin mencionar la falta de una normativa clara que dictara los aspectos de

importación de productos médicos, los estudios científicos y el acceso a la medicación, aspectos fundamentales y presentes en la norma regulatoria del cannabis de otras naciones.

Las deficiencias de la ley aplicable al cannabis médico se hicieron aún más notorias cuando se promovió el amparo en revisión 57/2019, en el cual se expone el difícil acceso a la medicación con base cannábica.

Las ramificaciones producto de la promoción de dicha estancia fue la exigencia de una ley especializada en los usos del cannabis, (Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos) y un reglamento orientado a esta, que como fue analizado anteriormente, es una ley que engloba todas las actividades concernientes al cannabis (consumo lúdico, investigación científica, producción industrial, etc.) por lo cual puede afirmarse que como tal la regulación del cannabis para el área médica aún se encuentra en una fase temprana.

Para reforzar esta afirmación basta con observar el contenido de la norma, el cual parece tener un mayor énfasis en aquellas actividades orientadas al consumo lúdico y personal; Las acotaciones del ramo de salud y producción médica se limitan a enunciar los requisitos para la obtención de licencias.

Adicionalmente, si se verifica lo que la ley establece acerca de los tipos de licencia disponibles, se encuentra que se dan bajo un esquema bastante restrictivo; existen las licencias para cultivo, transformación, venta y exportación o importación, cuando se habla sobre el licenciamiento aplicable a las actividades propias del ciclo de comercialización y acceso al cannabis, aunado a ello la ley remarca que un ciudadano solo puede ser acreedor a un solo tipo de licencia, lo cual obviamente restringe las actividades de producción y comercialización en gran medida para aquellos productores que pretendan comercializar de manera individual desde la producción de la planta hasta la distribución del producto final.

En dicho supuesto, ya sea una persona física o moral, su actividad se ve restringida a un solo rubro del proceso comercial, es decir un agricultor tiene que

asociarse con un productor, y este a su vez con un servicio de transporte certificado para que este sirva de enlace con el distribuidor final.

Derivado de ello, el acceso o la integración de los compuestos con base a la marihuana, no forma parte integral del esquema de salud público, la legislación vigente plantea a esta medicación como una alternativa más que como un recurso accesible para la población en general, lo cual representa dilaciones y otras dificultades para el acceso a la medicación en el sector salud, técnicamente la medicación con base a cannabis al menos en aplicaciones distintas a lo analgésico, son inaccesibles para la mayoría de la población.

Dicha dificultad de acceso es atribuible a la regulación restrictiva de las concentraciones de THC en los medicamentos, si bien hay una mayor apertura a la medicación con CBD, el restringir la aplicación del THC compromete la efectividad de los medicamentos que se pueden ofrecer en el mercado, algunos expertos en este tipo de medicación afirman que las cualidades analgésicas y terapéuticas de los compuestos sin THC está muy por debajo de aquellos que lo incorporan a la fórmula.

Adicionalmente, lo correspondiente a la regulación de la prescripción médica es un tanto rígido, la COFEPRIS se encarga de recibir las solicitudes por parte de los profesionales de salud y dependiendo de la acreditación de los requisitos se evalúa qué tan factible es autorizar a profesional para poseer un cierto número de recetas las cuales foliadas y registradas por dicho órgano, si bien es acertado tener un control rígido en cuanto a las capacidades de prescripción y el monitoreo constante de las prescripciones brinda un grado de certeza de que no se abusara la facultad de prescribir dicha medicación, la medicación admitida por el marco legal no contiene THC o en su defecto sus cantidades de concentración no rebasan el 1%

De ello se puede concluir que este marco regulatorio en cuanto a la prescripción es demasiado rígido para el tipo de medicación legalmente acreditado, siendo así una dificultad para el acceso y así mismo para cualquier estudio de resultados o muestreo de la evolución de pacientes, no por causa de la rigidez en

cuanto a los procesos de autorización por el que pasan los productos, sino más bien a la brecha que impide el acceso a la medicación ya acreditada, que consecuentemente es una brecha para la ponderación de la eficacia de los productos ya disponibles.

En cuanto a las restricciones de la posesión de fármacos o de materia prima para su elaboración, la normativa es restrictiva tanto para los usuarios de la medicación como para los productores de esta; se exige al paciente acreditar la posesión legal mediante la exhibición de la receta médica en todo momento, es decir la posesión, uso y traslado de medicamento se debe acreditar mediante la receta médica, que como se analizó con anterioridad posee ciertos filtros para evitar su mal uso o inclusive la falsificación, en teoría es un control bien diseñado, pero al contrastarlo con el catálogo de medicamentos aprobados y las propiedades de estos resulta ser desproporcionado e incluso contraproducente el restringir tanto el acceso como la comercialización y fabricación.

Sin embargo, el control entre productores y establecimientos autorizados para la comercialización es acertado, el permitir el acceso mediante centros que pasen por procesos de acreditación y tengan la capacidad de inventariar y registrar la adquisición de los productos autorizados, es benéfico tanto para aspectos de acceso seguro a la medicación como para futuros estudios que requieran ponderar la frecuencia en el uso de medicamentos cannábicos; otros aspectos como la restricción de la promoción mediante muestras y la exclusión del cannabis en la categoría de remedios herbolarios quizá sean rígidos en comparación al catálogo de medicamentos y usos que ya están aprobados, pero es acertado anticipar estos dos aspectos para la eventual aprobación de medicamentos con componentes psicoactivos.

Retomando el control y monitoreo a los centros de producción, la norma es adecuada, ya que lleva un control de los insumos, la transportación y la comercialización de los productos, mantener un control constante como el que señala la ley mediante COFEPRIS, es más que adecuado para evitar irregularidades y posible comercialización ilícita o irregular de los productos, incluso

se regula la calidad de la planta (variedad a la que pertenece, concentración de THC y CBD) lo cual asegura una producción totalmente orientada a los usos médicos y evita posible producción y comercialización ilegal.

4.2 Evaluación centralizada en el ISSSTE

Mediante un muestreo dirigido a distintos especialistas médicos adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guerrero, en la sede correspondiente a la cabecera municipal de Chilpancingo de los Bravo, se recabaron una serie de datos que refuerzan las hipótesis principales de esta investigación, al mostrar el atraso en cuestiones de aplicación de la medicina cannábica y su acceso.

A continuación, se exhibe la información recabada en dos categorías reflejadas cada una en su correspondiente tabla y gráfica, las categorías mediante las cuales se divide este estudio son el conocimiento del ámbito legal de acceso y el conocimiento sobre la aplicación y beneficios de los compuestos cannábicos en la práctica médica.

Tabla 1. Conocimiento del ámbito legal de acceso

Especialistas	¿Conoce el marco legal y regulatorio del cannabis?	¿Conoce el proceso para obtener permisos para recetar medicamentos cannábicos?	¿Ha recetado medicamentos cannábicos?
Especialista 1	No	No	No
Especialista 2	No	No	No
Especialista 3	Si	No	No
Especialista 4	No	No	No
Especialista 5	Si	Si	No
Especialista 6	No	No	No
Especialista 7	No	Si	No
Especialista 8	Si	Si	Si
Especialista 9	No	No	No
Porcentajes afirmativos	33.33%	33.33%	11.11%

El resultado de este sondeo indica que un treinta y tres punto treinta y tres por ciento de los médicos conoce el marco legal para la prescripción de cannabis medicinal, así como el proceso mediante el cual se adquieren los permisos de

prescripción médica, pero solo un once punto once por ciento de ha recetado esta clase de medicación.

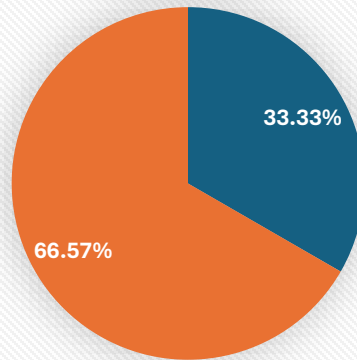
Tabla 2. Conocimiento y aplicación de los compuestos cannábicos en la práctica médica

	Conoce las propiedades médicas	Recetaría medicamentos en base a cannabis	Recomendaría suplementos cannábicos
Especialista 1	No	No	No
Especialista 2	No	Si	Si
Especialista 3	Si	Si	Si
Especialista 4	Si	Si	Si
Especialista 5	Si	Si	Si
Especialista 6	Si	Si	Si
Especialista 7	Si	No	No
Especialista 8	Si	Si	Si
Especialista 9	Si	Si	Si
Porcentajes	77.77%	77.77%	77.77%

Los resultados orientados al conocimiento de las propiedades médicas muestran que setenta y siete punto setenta y siete por ciento de los médicos, conocen las propiedades médicas de los cannabinoides, porcentaje que coincide con la disposición de estos a recetar medicación y suplantación que derive del cannabis.

Consecuentemente, la proporción de profesionales médicos que están familiarizados con el proceso para la obtención de los permisos de prescripción médica, frente a aquellos que no lo están, queda representada en el siguiente gráfico elaborado con base en la información extraída de los cuestionarios aplicados.

Gráfico 1. Médicos que conocen el proceso de autorización para la prescripción de medicina cannábica.

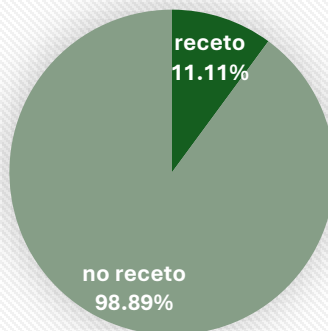


■ conoce el proceso ■ desconoce el proceso

La proporción de médicos familiarizados con la obtención de permisos para recetar compuestos en base a cannabis es de un sesenta y seis punto cincuenta y siete por ciento, frente a un treinta y tres punto treinta y tres por ciento de médicos que no cuentan con experiencia alguna en el proceso de dicho trámite.

Complementando el dato anterior, la estadística correspondiente a los médicos que han recetado medicina cannábica es la representada en este gráfico.

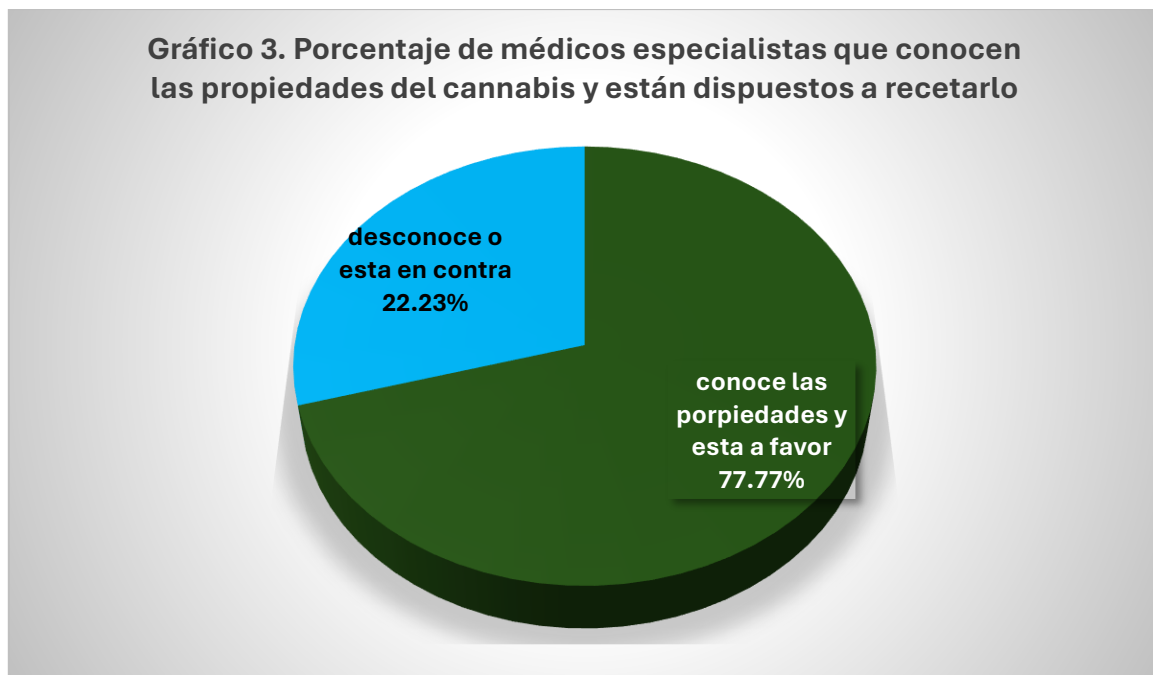
Gráfico 2. Médicos que han recetado medicina cannábica en el ISSSTE Guerrero



■ receto ■ no receto

Esta medición muestra que solo un aproximado de once punto once por ciento de los médicos han recetado medicamentos derivados de la marihuana, mientras que noventa y ocho punto ochenta y ocho del personal médico no ha aplicado este tipo de medicamentos en su práctica profesional.

En contraste con la praxis, el conocimiento en torno a las propiedades del cannabis y sus beneficios de salud, entre los entrevistados, se refleja mediante la siguiente representación.



Por consiguiente, lo concerniente a la opinión médica exhibe un interés por parte de la mayoría de los profesionales, en las cualidades de uso médico/clínico y sus aplicaciones como suplementos. Gráfico

En este rubro, se observa que un estimado del 77.77% de los entrevistados conocen de las cualidades médicas del cannabis y el mismo porcentaje considera adecuado el recetar medicamentos con base a cannabinoides, así como el uso de suplementos procedentes de la marihuana.

Partiendo de este muestreo, puede deducirse que la falta de permisos para la prescripción en esta institución, no debería ser atribuible a la falta de interés de los profesionistas o una opinión negativa respecto a las aplicaciones médicas de la

marihuana, por lo tanto la falta de acceso puede encontrar su raíz en causas de índole institucional, ya que una de las principales dificultades cuando se investiga en torno al acceso legal del cannabis de uso médico en México, es la falta de información o la transparencia de los órganos de gobierno.

Las dilaciones en cuestión administrativa, que han sido ampliamente documentadas por los solicitantes, como es referido en numerosos ejemplos dentro de esta investigación, son signos de una institucionalidad que opera de forma irregular o ineficiente.

Pasando a la respuesta institucional dada por la “Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios” por sus siglas COFEPRIS, se encuentra que pese a que la despenalización de los usos médicos de la marihuana, desde hace ocho años en 2016, aún no se cuenta con datos transparentes respecto el licenciamiento de sus usos médicos.

Como parte de esta investigación se solicitaron cifras a COFEPRIS respecto al número de licitaciones para la producción con fines médicos, de investigación, fines industriales y uso lúdico de la marihuana, a lo cual dicho órgano respondió atendiendo cada uno de los rubros que se solicitaban en el oficio, pero sin dar cifras concluyentes en cuanto número de permisos o licitaciones, exceptuando el rubro de los permisos para uso lúdico, del cual el órgano aportó las siguientes cifras correspondientes a una temporalidad que parte desde el año 2017 hasta la fecha de presentación de la solicitud de dicha información (01/04/2024):

Tabla 3. Permisos para uso lúdico por año.

Año	Permisos otorgados
2017	0
2018	0
2019	227
2020	696
2021	615
2022	1682
2023	3206
2024 (a la fecha de 01/04/2024)	597

Fuente: información extraída de la contestación al oficio No. COFEPRIS-CAS-2133-2024, por parte de la unidad de transparencia de COFEPRIS.

Partiendo de dichos datos, puede concluirse que no se cuenta con sistema adecuado para la regulación de la industria cannábica en el ramo de la medicina, o bien no existe un registro en regla de este tipo de concesiones, siendo en el peor de los casos, una falta de transparencia respecto a la información que en teoría debería ser de acceso libre.

En lo que respecta a los permisos para consumo con fines médicos, la institución afirma que desde 2017 hasta la fecha que se solicitó la información, solo se han tramitado seis permisos de importación para uso médico en todo el país, sin embargo, al cuestionar en qué estados se han dado estos permisos, la respuesta va en sentido negativo, ya que para el órgano el clasificar dicha información bajo algún criterio no representa una prioridad y desestiman cualquier valor agregado que esto pudiese tener para el interés colectivo, considerando este punto petitorio del oficio que se les presentó un interés privado.

Por dicha cuestión, la respuesta de la institución se amparó en el criterio SO/003/2017, que señala que no es obligación del órgano al que se solicita, ordenar

y/o clasificar la información que le sea solicitada bajo criterios que no operen en sus bases de datos,

La conclusión general de la respuesta que se le ha dado a la solicitud de información que se le ha planeado a la COFEPRIS, es que aún no se poseen datos precisos a nivel nacional o estatal, sobre las licencias para los especialistas de la salud, ni de las que están dirigidas al área de producción e investigación, por ello la institucionalidad respecto a las aplicaciones del cannabis, aun dista de operar de la manera que debería si se pretende incluir en el ámbito de la salud pública a la medicina cannábica o si se pretende generar industria productiva en el ramo de la salud.

Al no contar con bases de datos e información clara sobre estos rubros, además de ser un obstáculo notable para la generación de investigación sobre la materia, también constituye un obstáculo para la correcta aplicación de los derechos a la salud e información, tomando en cuenta que los ciudadanos deberían tener libre acceso a un sistema médico que les haga accesible la medicina cannábica, lo ideal sería tener acceso a información que permita saber qué profesionales están facultados para implementar estos tratamientos, o al menos en que ciudades y en qué centros de salud existe acceso a la medicina cannábica, ya que puede ser un indicador útil tanto para la investigación como para los pacientes que desean utilizar métodos distintos a la medicina convencional.

4.3 Evaluación del marco jurídico específico aplicable al cannabis medicinal

La normativa vigente para la regulación de los usos médicos del cannabis, así como algunos apartados y actuaciones frente al problema de salud público que supone el consumo problemático de cannabis con fines lúdicos posee una serie de inconsistencias y aspectos que deberían ser reformados a fin de abrir las puertas para una política más permisiva con la investigación científica y que a su vez permita la incursión del país al vasto mercado del cannabis médico y sus aplicaciones industriales.

Uno de los principales problemas detectados en la normativa es la regulación del THC, que al estar restringida al 1% restringe demasiado el modo en el que se pueden aprovechar las cualidades de dicha molécula.

A fin de ejemplificar la afectación que una restricción tan rígida en el THC puede generar en el avance de la medicina cannábica, hay que recordar que como se analizó previamente, los tratamientos con base en compuestos originados del CBD, el THC y cualquier molécula propia del cannabis, requieren una dosificación que va en función de las características fisiológicas del paciente¹²⁶; es decir, factores como el peso, la edad y otras condiciones de salud determinarán que concentración y que tipo de compuestos pueden ofrecer los mejores resultados, limitar al THC a una cantidad tan ínfima reduce demasiado las aplicaciones y el acceso a medicamentos y tratamientos que presentan resultados prometedores en el tratamiento de la sintomatología de enfermedades graves como el VIH e incluso el cáncer.

Pese a que el principal argumento para la restricción en el uso del THC es la posible adicción y los efectos adversos para la salud, los estudios constantes de la molécula y los efectos derivados de su uso bajo distintas circunstancias, en países como España han mostrado que el riesgo se encuentra presente en el uso de un 10% o más de dicha sustancia¹²⁷ por lo que la aplicación proporcional a la gravedad del padecimiento de que se trate, así como las características fisiológicas del paciente deberían ser tomadas como el principal parámetro para determinar que usos y que cantidad de THC debe ser admitida en la medicación y el área de investigación farmacéutica.

¹²⁶ Pedraza Valiente, Javier, “*Dosificación de cannabinoides en la práctica clínica*” fundación canna, consultado en 2 de febrero de 2024 en: <https://www.fundacion-canna.es/dosificacion-de-cannabinoides-en-la-practica-clinica>

¹²⁷ Sánchez Monge, María. *Cannabis: “¿qué cantidad supone un consumo de alto riesgo?”* 11 de mayo de 2013. Consultado el 10 de febrero en: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2023/05/11/cannabis-cantidad-supone-consumo-alto-riesgo-180520.html>

De ello también puede señalarse la persistente debilidad sistemática en el sistema de salud público, la cual es notoria tanto en los medios para el acceso de la medicación, así como en la poca participación de la estructura de salud pública en este ramo de la medicina; el sector público no incluye plan alguno de incorporación a la medicación de productos con base o compuestos derivados del cannabis como alternativa para sus usuarios, dejando en manos de la iniciativa privada el grueso de la industria, solo médicos certificados ante la COFEPRIS pueden recetar la medicación cannábica disponible y para ello deben pasar por un riguroso proceso de acreditación.

Así mismo, el acceso a dicha medicación queda restringido en gran manera para los pacientes, si bien algunos aceites con CBD ya están en el mercado, como se ha señalado es una medicación muy básica que se centra en combatir molestias musculares, es decir los compuestos destinados a enfermedades graves y mitigantes para la epilepsia son de difícil acceso; dichos medicamentos no están en el mercado nacional, la única alternativa para las familias es recurrir a la importación, aspecto que también es estrictamente regulado.

La regulación de las importaciones de productos o semillas es bastante estricta y a ello se le suma la dilación de los trámites para un permiso de importación; en general la tardanza de la burocracia es un mal común para el trámite de cualquier tipo de licencia de uso, exceptuando el consumo personal lúdico, que en general sólo requiere de unos cuantos meses para obtenerse, algo incongruente con la prioridad que tuviese que darse al derecho de acceso a la salud; una licencia para importar medicación con compuestos de THC o CBD por encima de las cantidades reglamentadas puede tardar más de dos años en ser tramitada y pese a su obtención, la posesión de esta medicación aún presenta varias dificultades.

Además de las dilaciones en el proceso de obtención de las licencias de importación, el poseer medicamentos que sobrepasan las regulaciones establecidas por COFEPRIS, supone bastantes dificultades para el usuario, obtener el medicamento por sí mismo ya representa el tener que esperar plazos bastante largos para su importación, además que, el viajar con el producto o llegar a México

con el mismo, puede representar un riesgo de infringir las normas de portación y uso del cannabis.

Las restricciones de los usos médicos también son demasiado rígidas con los profesionales de la salud, ya que necesitan obtener la autorización de COFEPRIS para la obtención de los recetarios registrados, que a su vez son la única posibilidad para acceder a medicamentos de este tipo, si bien es acertado llevar cierto registro de las recetas, este no se ve complementado con registros de avances de los pacientes; Como se ha visto en otros países el control de las recetas no debe limitarse al mero registro oficial de estas, es necesario un control de avances para determinar de manera progresiva la efectividad de un medicamento para contribuir a los avances científicos de las aplicaciones médicas del cannabis.

Con este marco regulatorio tan rígido tanto en cuestiones de importación y de aplicaciones médicas, la población a menudo busca otras alternativas, lo cual conduce a la creación y proliferación del mercado clandestino, aspecto que resulta peligroso por todo lo que implica el consumo y producción ilegal; dicha situación bajo el punto de vista del autor, es una grave violación al principio de universalidad que debería ser parte del derecho a la salud, la regulación excesiva y la falta de alternativas para acceder a este tipo de medicación, resultan contrarias al derecho al derecho humano mencionado y dejan a una industria con enorme potencial fuera del alcance de los mexicanos.

En cuanto a las regulaciones encaminadas a la producción industrial hay aspectos positivos respecto al control de calidad, los filtros que fija COFEPRIS respecto a las licencias de producción y a los procesos involucrados en esta son prudentes; sin embargo, la restricción en cuanto al goce de las licencias es un obstáculo para la producción industrial y para el tipo de productos que pueden estar presentes en el mercado nacional, el hecho de solo poder contar con un tipo de licencia por beneficiario, obviamente restringe en gran medida la actividad de las empresas, si se dedican a la producción no pueden dedicarse a la comercialización y el transporte, por lo cual el ciclo mediante el cual un producto llega al mercado

necesita de distintos actores que se dedicarán a cada una de las actividades necesarias.

La regulación en cuanto al contenido de CBD y THC no permite mucho margen para la investigación y producción de medicación, tanto así que el mercado se encuentra regulado ofrece muy pocas alternativas, lo cual es un factor determinante para la existencia de un mercado ilegal, al no encontrarse alternativas viables para el acceso y no tenerse productos que sean efectivos en el tratamiento de padecimientos graves como la epilepsia.

Si bien la ley dicta las pautas pertinentes para la salubridad y los estatutos que se deben cubrir para la producción y aspectos relativos al comercio de los productos, el mercado ilegal y la venta de medicamentos no regulados o incluso apócrifos continúan en aumento, pese al catálogo de sanciones y las estrictas medidas para regularizar las aplicaciones médicas e industriales del cannabis no se ha podido detener el mercado clandestino, el cual es un factor de riesgo tanto para salud pública como para cualquier intento por establecer un mercado emergente de cannabis medicinal.

Otro aspecto normativo relacionado con el atraso en la incorporación del cannabis medico al área de salud, es la poca información con la que se cuenta, la falta de transparencia y la difusión de información sin sustento científico por parte de entes de salud, como es el caso de la campaña de prevención desarrollada por la “Comisión Nacional Contra las Adicciones” en la que se afirma que el cannabis psicoactivo está estrechamente ligado con el desarrollo de cáncer de pulmón; hecho que carece de sustento científico y que mediante numerosos estudios científicos como el realizado en 2017 por el Journal of Thoracic Oncology se confirma que el cannabis por sí mismo no genera esta afectación¹²⁸, por lo cual el apartado de divulgación científica y correcto uso de las propiedades del cannabis no se está cumpliendo como lo estipula la reglamentación emitida en este aspecto.

¹²⁸ Jett James, Cannabis Use, Lung Cancer, and Related Issues, International Association for the Study of Lung Cancer, Journal of Thoracic Oncology, 20 de diciembre 2017, p. 484

Por consecuente, se habla de una afectación a dos derechos, el agravio directo al derecho de acceso a la información y la transparencia, mientras que el derecho que se afecta de manera indirecta con estas políticas es el derecho a la salud, en el sentido de promover información errónea y con connotaciones estigmatizantes dificulta a nivel social, jurídico y científico cualquier avance que pudiese darse en estos rubros; queda para la reflexión el determinar que tanto el enfoque de criminalización hacia el cannabis ha influido en la rigidez de los filtros para su acceso y el impacto negativo para establecer una industria médica a la altura de otras en el mundo.

Adicionalmente, cabe señalar que la ley si bien insta un control sobre las recetas médicas expedidas, a fin de garantizar su legitimidad, aún no se cuenta con un registro nacional de pacientes; como se ha observado a lo largo del desarrollo de esta investigación, monitorear el número de pacientes a nivel nacional, así como recibir reporte por parte de especialistas médicos sobre los avances que se presentan al aplicar los tratamientos, es un medio de control multipropósito.

El registro mencionado permite en primer término, una recopilación de análisis estadístico que facilite la ponderación el número exacto de usuarios dentro del sistema de salud público y privado, así como llevar un control sobre el tipo de aplicación que se le está dando y donde se focaliza la población de estudio, en primer término el registro funge como fuente viable de información estadística, en caso de complementar el registro con reportes continuos de avance hechos por profesionales médicos se tendría un punto de referencia para determinar aspectos clave en la medicación, se podría medir la efectividad y riesgos de la aplicación de la medicación cannábica y así brindar información empírica tanto para los profesionistas del sector salud como para el público en general y la comunidad científica.

Resumiendo, las carencias en el marco legal se encuentran en la regulación restrictiva con los pacientes y con la falta de estructuración de bases de datos, si bien a futuro se podría hablar de la incorporación de criterio médico de los profesionistas facultados para recetar tratamiento en base a cannabis como en los

sistemas de Estados Unidos o Australia; las carencias más apremiantes por subsanar deben ser las concernientes al acceso y la dilación en los permisos de importación, ya que ahí reside el principal obstáculo para el ejercicio universal del derecho a la salud en el aspecto referente a la accesibilidad de los medicamentos.

Adicionalmente, es recomendable hacer registro y seguimiento de pacientes, la recolección de datos empíricos mediante un seguimiento de resultados clínicos puede ser una herramienta determinante para determinar qué medicación cannábica pudiese incorporarse al esquema de salud pública e incluso detectar qué medicamentos pudiesen ser admitidos por la regulación de COFEPRIS, la cual a punto de vista del autor debería de adecuar sus criterios de admisión, principalmente las cantidades aprobadas de CBD y THC, a los marcos regulatorios de países con industria cannábica consolidada y donde se aplica la medicación en áreas de neurológicas.

4.4 Irregularidades u omisiones de las autoridades que aplican el marco jurídico que regula los usos del cannabis.

La problemática central que impide el acceso a las distintas licencias de uso en materia de cannabis se concentra en la burocracia obstructiva por parte de la Cofepris, si bien dicha dependencia fue declarada por la Suprema Corte como el órgano facultado para conocer y otorgar los permisos en primera instancia para el uso lúdico y posteriormente para la regulación de los usos médicos, el órgano no opera de forma óptima, por lo cual se procede a detallar las irregularidades en su forma de operar.

Como se mencionó de manera inicial, las dilaciones en el proceso para obtener las licencias de uso lúdico o médico, así como cualquier actividad relacionada (posesión, consumo, comercialización o producción) son uno de los obstáculos más comunes entre los ciudadanos que desean acceder de forma lícita a las aplicaciones del cannabis.

En promedio, la obtención de los permisos se distinguían por la necesidad de recurrir a al amparo en dos momentos específicos, el primero se daba cuando se interponía la solicitud ante COFEPRIS y el órgano argumentaba la falta de

competencia para autorizar este tipo de permisos¹²⁹, una vez que se amparaba frente a dicha respuesta y se ordenaba la admisión de la solicitud, se tenía que esperar la respuesta que en la mayoría de los casos era negativa para el solicitante, para posteriormente interponer el segundo amparo bajo la argumentación jurídica de violación al derecho del libre desarrollo de la personalidad en el caso de las solicitudes de uso lúdico o bien violación al derecho de acceso a salud si se tratara de un asunto centrado en el uso médico.

Lo anteriormente descrito deja entrever una falta de asunción de funciones por parte de COFEPRIS y una preocupante falta de interés institucional en cuestión de garantizar derechos humanos, pese a que a la fecha de culminación de este estudio ya se ha resuelto por Declaratoria General de Inconstitucionalidad, la competencia del órgano para la autorización de las licencias de uso y en el caso particular del uso lúdico su descriminalización.

Pese a que la declaratoria mencionada se centra en el consumo adulto, las deficiencias burocráticas que lo obstaculizan se encuentran aplicadas al caso del uso médico e incluso los usos industriales y la investigación científica, en general la falta de operación de la institución afecta a todas las áreas de uso del cannabis; Pero en el caso específico de los solicitantes que buscan acceso a productos de uso médico se habla de una violación directa al derecho a la salud.

Bajo la anterior premisa, el acceso a la salud se ve precarizado por tiempos de respuesta extremadamente prolongados, ineficacia burocrática y falta de atención a los solicitantes e inclusive respuestas negativas; Lo anterior se traduce en tiempos de espera de incluso dos años para acceder a un permiso de importación, lo cual no es congruente con los principios bajo los cuales debe regirse el derecho a la salud en múltiples aspectos.

La salud conceptualizada desde la perspectiva de los derechos humanos, debe regirse bajo el principio de universalidad y dicho principio implica el fácil

¹²⁹ Vega, Andrea, “*Así es la Burocracia de Cofepris contra la Marihuana*” N+. 20 de abril de 2023. Consultado en: <https://www.nmas.com.mx/nacional/cofepris-contra-la-marihuana-como-es-la-burocracia/>

acceso a los insumos necesarios para atender las necesidades médicas de la población, así como una prontitud acorde la situación, la cual puede intuir que obliga a los entes de gobierno a regir sus actuaciones con la prontitud que amerita brindar los tratamientos a la población en situación de vulnerabilidad, que como se ha visto en numerosos casos la situación que se da con los pacientes de epilepsia al tramitar permisos para la importación de compuestos con THC o derivados.

Además de las barreras burocráticas que se presentan en las solicitudes a COFEPRIS, también está presente una falta de cumplimiento a la transparencia mediante la cual deberían conducirse las respuestas del órgano; Ya sea que se le solicite información estadística bajo los lineamientos de la “ley de transparencia y acceso a la información” a fin de conocer estadísticas de los permisos otorgados, o cualquier tipo de información sobre la obtención de los permisos, el órgano es negligente en sus respuestas e incluso puede omitir responder de cualquier forma.

El acceso a la información estadística así como lo concerniente a los usos de salud o trámites administrativos debería ser accesible, pero en la realidad COFEPRIS no está cooperando en este sentido con la sociedad civil, e incluso podría decirse que trata de desvincularse de sus atribuciones, ya que al momento de solicitar trámites para el acceso a cannabis medicinal, las delegaciones estatales suelen remitir al solicitante a la sede Central en Ciudad de México o desconocen por completo sus atribuciones.

Otra falla en la forma de operar de los órganos de salud se encuentra presente en las licitaciones para la producción de los medicamentos, un ejemplo notorio tuvo lugar en el año 2021, cuando el IMSS licitó a una industria mexicana para la producción de un medicamento con base en cannabis, que sería destinado a un paciente que, tras una espera de aproximadamente tres años¹³⁰, se le otorgó el acceso al medicamento con base en aceites de CBD; Eventualmente el IMSS

¹³⁰ Piña Gloria, Cannabis Medicinal: Gobierno le da la Espalda a Personas con Discapacidad, Eme Equis, 17 de agosto de 2022, consultado en: <https://m-x.com.mx/entrevistas/cannabis-medicinal-gobierno-le-da-la-espalda-a-personas-con-discapacidad/>

para cumplir con el mandato de la corte licitó la producción del medicamento a una empresa mexicana, el resultado fue la producción de un producto que no contaba con las especificaciones necesarias ni la certificación para su uso humano.

El resultado de ésta y más irregularidades en las licitaciones para la producción de productos derivados del cannabis es un aspecto que la COFEPRIS ya ha puntualizado, en el año 2023 el órgano señaló serias irregularidades en el proceso de autorización para la producción a numerosas empresas que contaban con vínculos con dos expresidentes de México, Enrique Peña Nieto y Vicente Fox, este último teniendo participación directa en la industria del cannabis,¹³¹ por lo que pese a la existencia de un marco regulatorio no puede asegurarse la transparencia en el otorgamiento de licitaciones y consecuentemente la calidad de la medicina cannábica en el mercado legal queda en duda.

En síntesis, el sistema de regulación nacional está plagado de graves violaciones al derecho a la salud, haciendo el acceso a la medicina cannábica un privilegio del que pocos ciudadanos pueden gozar, a su vez la falta de actuaciones pertinentes y el desconocimiento de las atribuciones muestran una estructura defectuosa que no está cumpliendo con determinaciones emitidas por el mayor órgano jurisdiccional de la nación, independientemente de la regulación escrita no hay una aplicación eficaz, aun con una cierta apertura al cannabis en la industria de la salud, las irregularidades en su acceso coartan el acceso a este derecho y el no regular adecuadamente la producción es una afectación directa a dicho derecho.

4.5 Oportunidades de mercado legal del cannabis en Chilpancingo.

Abordar los beneficios específicos que puede traer una mayor apertura y una regulación acorde con los estándares modernos de la medicina con base en cannabis para la capital del Estado de Guerrero, sería referir principalmente a dos

¹³¹ N+, Cofepris Revela Modus Operandi de Autorizaciones Irregulares a Empresas de Cannabis, 12 de abril de 2023, consultado en: <https://www.nmas.com.mx/nacional/marihuana-y-cofepris-revelan-modus-operandi-de-permisos-irregulares-a-familiares-de-fox/>

aspectos fundamentales, el primero el mercado de consumo, que en gran parte se vería beneficiado por la facilidad de adquirir productos con validación apropiada por parte de las instancias de salud, además de la variedad de opciones a las que el consumidor tendría acceso.

El segundo aspecto a tomar en cuenta es la generación de empleos, que dependiendo de la opción de comercialización mediante la cual se quiera introducir la industria, ya sea a través de la estructura de mercado de las farmacéuticas o mediante dispensarios especializados en proveer sólo medicación elaborada con derivados del cannabis, puede traer mayores o menores beneficios en este aspecto; partir desde la regulación establecida que tiene ciertos medicamentos básicos con base a CBD incorporados al catálogo de medicación que puede ser ofrecida en las farmacias (con sus claras restricciones) no generaría fuentes de empleo muy visibles para la población, los únicos aspectos laborales que se verían beneficiados serían los relativos a la distribución del producto, mientras que la creación de dispensarios centrados en la medicina cannábica traerán una mayor creación de empleos en el área de comercialización y distribución.

La industria del cannabis si se pondera por su posible aporte económico a nivel nacional, que se estima en un valor de 225 millones de dólares y la posibilidad de generar alrededor de 45,000 empleos¹³², representa una oportunidad para la entrada de distintos aspectos de la industria al Estado, considerando la cantidad de biomas concentrados en la región, algunos idóneos para el cultivo de distintas variedades de la planta, ofrece una posibilidad de crecimiento en materia agropecuaria, ya sea a gran escala, aprovechando las propiedades del campo guerrerense, o bien mediante el cultivo más limitado en pequeños invernaderos destinados a la preparación de concentrados y destilación de aceite aplicable a

¹³² Garduño, Mónica. Mercado de cannabis en México valdría hasta 250 mdd en su primer año. Forbes México. 25 de junio de 2021, disponible en: <https://www.forbes.com.mx/negocios-mercado-cannabis-mexico-valdria-250-mdd-primer-ano/>

especialidades herbolarias, que sería el modo de cultivo más apto para la capital del Estado de Guerrero.

Adicionalmente, la posibilidad de incluir la rama industrial del proceso de producción sería una opción viable por la ubicación de la capital y sus condiciones de vida urbanizada, la locación ofrece un punto de distribución valioso que puede facilitar el acceso de los productos finales a distintas partes del Estado.

El desarrollo económico que la industria del cannabis puede ofrecer a la ciudad de Chilpancingo es de un amplio margen, que se vería distribuido entre la actividad del proceso de producción industrial y la comercialización, además de la oportunidad para establecer actividades orientadas a la distribución y almacenamiento; prácticamente las fases finales del proceso de producción y comercialización serían las más viables para la capital del estado.

Otra posible actividad económica que pudiese desarrollarse en la capital podrían ser los centros de preparaciones herbales, una actividad común en algunos países con una regulación más abierta al cannabis médico, en la que pequeños locales cultivan plantas con los parámetros de CBD aptos para los usos terapéuticos y aplicaciones analgésicas, para preparar soluciones e infusiones en base a los aceites de la cannabis; Este esquema sería viable porque la aplicación médica bajo esta modalidad no implica ningún riesgo de salud al no utilizarse cannabis psicoactivo y no requerirse un cultivo extensivo de cannabis.

Como conclusión, la industria cannábica en Guerrero, centrándose en la capital del estado, se podría encaminar a los aspectos comerciales, de producción médica industrial y de distribución; dado que la capital no se distingue por ser un centro de producción agrícola alguna, la cosecha de cantidades de uso industrial debería concentrarse en áreas del estado donde exista un sector agrícola activo, por los biomas que posee el estado de Guerrero las oportunidades de producción agrícola tienen un margen considerable a lo largo de la entidad, dando la oportunidad de un desarrollo de todos los ramos de la industria de manera sostenible.

4.6 Conclusiones generales del estudio

Partiendo de los resultados de los muestreos estadísticos, el análisis jurídico comparado en cuestiones de regulación de usos médicos, industriales, lúdicos y políticas de adicciones, se plantean las siguientes alternativas.

Derivado del muestreo realizado a los especialistas adscritos al ISSSTE, se intuye que respecto a el conocimiento y aplicación de la normativa que regula el acceso a las aplicaciones médicas, los profesionales de la salud en su mayoría desconocen cuál es la normativa que los faculta para recetar este tipo de medicinas, además de que un porcentaje muy bajo de los sujetos conoce el proceso para tramitar permisos de prescripción médica, tal es caso que solo uno de los entrevistados afirmó conocer la normativa, el proceso de licenciamiento y haber recetado medicación cannábica.

Derivado de estos resultados, puede afirmarse un bajo índice de profesionales médicos en el ISSTE con sede en Chilpancingo, facultados para la prescripción de medicamentos en base a cannabis, ya sea por el desconocimiento de la normativa que los faculta o del trámite de licencia para prescribir.

De manera resumida, si este muestreo fuese tomado como referente para determinar qué proporción porcentual de los especialistas médicos de la ciudad de Chilpancingo, saben sobre el marco jurídico que los faculta para recetar medicamentos con base a cannabis y el proceso de licenciamiento para poder prescribirlos, las proporciones aproximadas se verían representadas por la siguiente gráfica:

Lo que en teoría, indica que pese a que el marco legal que faculta a los médicos para prescribir este tipo de medicamentos ya tiene siete años de su entrada en vigor, gran parte de los profesionales médicos en el sector público aún no han tenido experiencia recetando medicamentos con estas características y en el caso particular de este muestro solamente uno de los sujetos afirmó haber recetado

medicación derivada de la marihuana, lo que en términos porcentuales estadísticamente se reflejaba de la siguiente forma:

Por lo mencionado, puede intuir una serie de hipótesis, en torno a al limitado porcentaje de médicos que se intuye han recetado medicamentos con base a la marihuana, empezando por la falta de médicos facultados para recetar estos compuestos.

Los resultados sobre conocimiento de trámite y normativa muestran que el acceso a permisos de prescripción puede deberse a la falta de conocimiento sobre el proceso para adquirirlos o bien por la ineficiencia del órgano regulador (COFEPRIS) para autorizar o brindar información a aquellos interesados en el acceso al cannabis médico.

Esta afirmación, encuentra sustento al cuestionar a los entrevistados sobre su opinión médica, ya que, si bien el desconocimiento del trámite administrativo que los faculta para prescribir, es predominante en la mayoría de los sujetos, el interés por recetar medicina de esta categoría, si las necesidades del paciente lo requirieran, es predominante, además de que manifiestan conocer las propiedades, beneficios y posibles riesgos de la aplicación de estos productos médicos, las cifras porcentuales se reflejan en la siguiente gráfica:

Por ende, puede deducirse con base en la respuesta suministrada, una serie de conclusiones respecto el avance en la industria cannábica en distintos rubros, la primera es el aumento constante en la tramitación de permisos para uso lúdico y que se cuenta con un registro adecuado de estos, así como un acceso transparente a las cifras que corresponden a este rubro.

En contraposición, la respuesta que emite el órgano ante las interrogantes que se plantean en la solicitud, es por demás infructífera para los propósitos de esta investigación, ya que, al cuestionar sobre el número de profesionales médicos facultados para expedir recetas, así como los permisos para actividades industriales, científicas y de producción de materias primas (cultivo y tratamiento de

cualquier parte de la planta), la respuesta de COFEPRIS se limitó a adherirse al criterio SO/014/2017 de inexistencia.

Es decir, pese a que en teoría el órgano está facultado para poseer dicha información, al realizar una búsqueda de carácter extensivo, este afirma no haber encontrado dato alguno que responda a las interrogantes o solicitudes que se le presentaron, en resumen, COFEPRIS no cuenta con un registro de los profesionales médicos que han tramitado el recetario especial con código de barras, ni con un registro de las licitaciones que se encaminen a fines de producción industrial, médica o de producción, comercialización y refinamiento de materias primas.

El marco regulatorio del cannabis en México, así como las actuaciones de las autoridades designadas para su ejercer las funciones que enlista, presentan una serie de carencias e incongruencias que obstaculizan el acceso, el desarrollo y la investigación en el área científica e industrial.

Si bien las legislaciones en materia de salud difieren de país a país, respecto a los lineamientos para la admisión de un medicamento, México tendría que actualizar el catálogo de medicamentos admitidos, basándose en los catálogos de países como Australia y Portugal, que poseen un mercado de consumo médico con más años de desarrollo y que generalmente admiten la entrada de medicación basándose en el consenso resultados clínicos y la opinión de los médicos que recetan este tipo de tratamientos.

Poseer un catálogo con criterios actualizados permitirá el acceso a medicación adecuado a las necesidades de los consumidores y podría reducirse la necesidad de importar medicamentos eventualmente; Que si bien la incorporación de más medicamentos a el marco regulatorio llevará un tiempo considerable para materializarse en la estructura de salud pública y el sector privado, es la opción más viable para facilitar el acceso a la salud y disminuir la carga burocrática mediante la cual se adquieren los medicamentos que aún no están dentro de las especificaciones del marco regulatorio.

Continuando con esta premisa, pero centrando la discusión en los aspectos negativos de la importación, debe señalarse que pese a que las prerrogativas para introducir medicamentos al país no parecieran tan rígidas en los textos reglamentarios, la inoperatividad de COFEPRIS es la que está afectado de forma directa al proceso de importación; En su mayoría se siguen reportando irregularidades que suelen ir desde la exigencia de requisitos ajenos a los establecidos en la ley o bien dilaciones injustificadas en cuanto al tiempo de respuesta de las solicitudes.

Por lo anterior, la forma de diagnosticar a que se deben dichas falencias sería mediante un órgano revisor, si bien los solicitantes pueden recurrir a la vía legal para agilizar el proceso, llevar amparos para la exigencia de respuesta institucional o bien apelar el rechazo de las solicitudes, representa costas monetarias que no están al acceso de cualquier solicitante, sin mencionar la vulneración para el derecho a la salud que está implícita en la dilación de los trámites para el acceso a la medicación.

La primera tarea del órgano revisor externo debería consistir en dar seguimiento a los procesos de solicitud de importación para así poder determinar si las dilaciones son resultado de falta de estructura y personal de COFEPRIS o bien de algún tipo de negligencia por parte los servidores públicos; conociendo la causa de fondo de la ineficiencia del órgano puede determinarse si destinar recursos e invertir en la contratación de personal, en el caso de que el caso sea una debilidad estructural, contrariamente si las irregularidades que se siguen dando son debidas a negligencia, la respuesta sería facultar al órgano revisor para emitir sanciones administrativas y rendir informes ante la “Secretaría de Salud”.

Otro aspecto que podría ser una mejora potencial respecto al acceso a la medicina cannábica es una participación mayor del sector de salud pública, el reglamento general en materia de salud y cannabis, ya que dicha normativa se estructura de forma que la iniciativa privada es la única involucrada en los aspectos de producción e investigación y de momento no hay medicamentos con compuestos

en base a las moléculas del cannabis en el catálogo de medicamentos que dispone el sector público.

Pese a que en ocasiones y cumpliendo con los mandatos de la suprema corte, los órganos de salud pública han entregado medicamentos de este tipo, como ya se ha analizado son casos muy puntuales que atienden a una resolución específica, además de que el producto final que se entrega en estos caso no cuenta con los análisis que garanticen su efectividad ni consumo humano; El garantizar una participación efectiva de los órganos de salud pública es un paso necesario para garantizar el derecho a la salud y romper con el elitismo que rige el esquema de medicina cannábica contemporánea.

Atendiendo a la necesidad de vinculación entre los usos médicos y la salud pública, el autor considera que un catálogo de productos aprobados por “Secretaría de Salud” para disposición de los organismos de salud pública sería una manera adecuada de brindar acceso a las propiedades del cannabis, además de ser una alternativa al desabasto de algunos medicamentos; Adicionalmente el hecho de contar con esta medicación en el esquema de salud público puede ser un punto importante para la desestigmatización que afecta los avances en política pública respecto al cannabis.

El catálogo mencionado puede empezar, a manera de programa piloto con medicación de uso analgésico, para eventualmente aumentar el número de productos y diversificar las aplicaciones, ya que una entrada total de todas las aplicaciones médicas puede ser un tanto apresurada, al tomar en cuenta que no todos los profesionales de la salud en el sector público tienen experiencia con este tipo de tratamientos, por lo cual debería ser una entrada paulatina que permita a los profesionales capacitarse y monitorear los resultados de la aplicación de estos tratamientos partiendo desde las aplicaciones más básicas.

De manera accesoria, para garantizar una política de salud pública y cannabis que pueda tener condiciones ideales para su progresividad, es necesario contar con bases de datos públicas en las que se difunda información científicamente comprobada mediante resultados clínicos, en torno a los usos

médicos del cannabis, en ella deben incluirse los medicamentos disponibles en los planes de salud pública, los padecimientos que se atienden con ellos, efectos secundarios e indicaciones de uso; el acceso a información que ayude a comprender los beneficios de la aplicación del cannabis en el área médica garantiza un sistema de salud accesible tanto para los profesionales de la salud como para la ciudadanía en general.

Aunado al rubro del acceso la información en materia de salud, una de las tareas que debería atribuirse al órgano de revisión que se propone para supervisar las actuaciones de COFEPRIS, debería estar encaminada a la revisión sobre la información que se pone a disposición de la ciudadanía en torno al cannabis, parte de la incorporación de la marihuana en el área médica es la accesibilidad a información fundamentada en estudios científicos, por lo cual debería atenderse la revisión a las campañas de información en el sector salud.

La creación de base de datos de pacientes y el monitoreo al tipo de información distribuida en el sector salud, son iniciativas destinadas a hacer valer el derecho a la información, que se ha visto coartado tanto en las solicitudes por parte de investigadores a COFEPRIS como en las solicitudes de pacientes, personal médico y ciudadanía interesada en acceder a algún área de aprovechamiento de la marihuana medicinal.

Otro aspecto que debería ser tomado en cuenta es el planteamiento de la política de criminalización, bajo el cual se conducen las actuaciones de los organismos de gobierno frente al cannabis y la política de adicciones vigente; la visión negativa que se tiene de la medicina cannábica es un aspecto fuertemente ligado a la forma de atender el problema de salud pública que representa el consumo problemático, el planteamiento que se sugiere en esta investigación respecto al consumo lúdico y sus implicaciones penales no se encamina a la despenalización total del consumo lúdico de marihuana, la propuesta en sí está en el aspecto punitivo de la norma; a punto de vista del autor y retomando la comparativa hecha a políticas de adicción como la de Portugal, un enfoque de rehabilitación de los infractores es la iniciativa por la que se opta por este aspecto.

Pasar de las penas imputables en la categoría de delitos contra la salud con las que se trata al consumo problemático de marihuana a políticas de rehabilitación y trabajo comunitario, posee un doble propósito, en primer término se busca reducir el estigma social en torno a los consumidores marihuana, para así facilitar cualquier planteamiento de reforma a las políticas de acceso, mientras que refiriendo a las connotaciones estrictamente procesales y penales, se busca disminuir la carga que dicha situación implica para el sistema penitenciario y judicial.

Si bien una política de esta índole requiere inversión tanto en estructura como en personal de atención, los beneficios para la apertura al diálogo sobre las alternativas de consumo y el mejor tratamiento de los ciudadanos que incurrir en dicha conducta, representa un avance para el enfoque de derechos humanos bajo el que debería ser atendida esta problemática y un beneficio a largo plazo para las connotaciones sociales derivadas de esta problemática en concreto; Esta propuesta ofrece la posibilidad de una mejor reincorporación social e inclusive una acción preventiva que evita que los infractores avancen en el consumo de drogas más nocivas para la salud.

En conclusión, las acciones aquí propuestas tienen la finalidad de subsanar las debilidades estructurales en las políticas públicas de acceso, producción e investigación, dado que en su mayoría la problemática de acceso a la medicación e información es atribuible a una falta de actuación por parte de COFEPRIS, pese a estar facultado para estas tareas, lo que se propone es un órgano que observe su funcionamiento y establezca sanciones, mientras que los cambios en materia legislativa se enfocarán a la mayor admisión del THC en la medicación, junto a cambios orientados a la política que atiende a al consumo problemático como un problema de salud pública, el enfoque aquí presentado pretende romper con los estigmas que rodean al consumo de cannabis para aumentar su presencia en el sistema de salud público de manera gradual, mientras se trata de agilizar las actuaciones burocráticas de la COFEPRIS y su política de acceso a la información pública mediante una revisión constante.

Propuestas

Hay una serie de adiciones que ayudarían a procurar los aspectos fundamentales del derecho a la salud, propiciarán el crecimiento de un mercado con potencial de crecimiento continuo y contribuirían al desarrollo de la investigación científica en torno a las aplicaciones médicas del cannabis.

Criterios de regulación del THC

Partiendo por la regulación de los compuestos que incluyen el THC, debería ser permitida la individualización de los tratamientos aplicables, es decir permitir a los profesionales de salud determinar las cantidades idóneas para el tratamiento de sus pacientes basándose en sus aspectos fisiológicos como es debido, la ley si bien fija el 1% de THC como es mundialmente aceptado al reglamentar el cáñamo, la cuestión médica debería tener un mayor margen para admitir la medicación más avanzada en cuestiones neurológicas; la rigidez de la política de salud frente a la molécula de THC ha propiciado que se recurra a la importación, la cual como se ha analizado tiene una serie de carencias a nivel administrativo que termina por generar dilaciones importantes al proceso de obtención de los medicamentos, coartando directamente el derecho a la salud.

Bases de datos

Respecto a la recopilación de datos estadísticos y su solicitud ante COFEPRIS, debe de plantearse dentro de las atribuciones de dicho órgano la creación de un registro nacional de pacientes, en el cual se recopilen datos esenciales para el estudio de los avances en materia de acceso a los usos medicinales; Poseer datos como la edad, la entidad en la que se concentran los pacientes, el tipo de patología o condición atendida y el tipo de medicación aplicada, constituyen una base para futuros estudios científicos o para la creación de políticas públicas de acceso.

Valoración de la opinión médica

Pasando al rubro de la valoración de la opinión médica en los procesos de admisión de medicación y su impacto en la investigación científica, la presente tesis

plantea como propuesta incorporar de manera más activa al personal de salud, tanto en sector privado como en sector público, los médicos facultados para recetar cannabis deberían a su vez tener la responsabilidad de rendir informes a COFEPRIS sobre los avances o efectos adversos que presenten sus pacientes, pero con la particularidad de brindarles la facultad de prescribir fármacos que aún no se encuentren reglamentados a nivel nacional; La finalidad de este esquema consiste ampliar la base de datos a través de resultados clínicos para que en base a ello se aporten datos valiosos para la investigación científica y determinar si ciertos medicamentos deberían incorporarse al esquema de salud pública; El acceso a esta información deberá ser público y su acceso debe ser pronto.

Con la anterior propuesta se pretende favorecer a la investigación científica y contar con un acceso a la medicación más agilizado, mientras se recolectan elementos que abonen al proceso de incorporación de distintos tratamientos al esquema de salud, así como a cualquier proceso de investigación sobre los beneficios de la medicina cannábica

Órgano revisor

Como se ha mencionado en los puntos conclusivos de este trabajo, los procesos de importación, licenciamiento y burocracia potestad de COFEPRIS, son uno de los principales obstáculos para garantizar un acceso oportuno a la medicina de origen cannábico; por ello se estima necesario un órgano ante el cual los solicitantes puedan acudir para reportar cualquier irregularidad en este proceso.

El órgano propuesto se encargaría de sancionar y ejercer presión, con el fin de brindar la celeridad y transparencia necesaria para la obtención de los permisos necesarios según sea el caso, representando una alternativa un punto clave para eficientizar la institucionalidad de este rubro y evitar la necesidad de llevar estos asuntos a la vía del amparo.

Bibliografía

- AGUILAR, Sofía, et al. “Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo”, México Unido Contra La Delincuencia, 2018, vol. 33, p.11
- AZA JÁCOME, Alfonso, Drogas y políticas públicas: ¿Legalización o prohibición?, Universidad de La Sabana, Colombia, 2018.
- BAPTISTA LEITE, Ricardo y Ploeg, Lisa 2018, “The Road towards the Responsible and Safe Legalization of Cannabis Use in Portugal”, Acta Médica Portuguesa vol. 31, núm. 2, Lisbon, Portugal, 2018 pp.115-25, <https://doi.org/10.20344/amp.10093>
- BERGUA, Jorge, et al., El autocultivo en el marco jurídico del acceso al cannabis con fines medicinales. Nuevas aportaciones sobre el consumo de cannabis desde las ciencias sociales y de la salud, España, 2019.
- BRUZZONE, Lucia, Análisis del Impacto del SARS-CoV2 en sector de los suplementos alimenticios, Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad Católica de Uruguay, Montevideo, julio 2020.
- CABALLERO OCHA, José Luis, La Declaración Universal de los Derechos Humanos reflexiones en torno a su 60 aniversario, Porrúa, México, 2009.
- CANDELA GARCÍA, Eva, Espada Sánchez, José Pedro, “Una revisión histórica sobre los usos del Cannabis y su regulación”, Instituto de Investigación de Drogodependencias, Alicante, España, 2006, vol. 6, núm. 1, 2006, p. 51.

- CARBAJAL PÉREZ, Hilda et al., "Regulación jurídica de la cannabis en México", *Revista española de drogodependencias*, 2022, no 48, p. 84-96.
- CORDA, Alejandro, et al., *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación*, Djusticia, 2019.
- COUTO RUIZ, Vanessa, *La Legalización de la Marihuana en México*, Presentada por Tecnológico de Monterrey, México, 2014.
- FELICIANO H., Enrique, *República pacheca, Crónica de la mariguana en México: 1492-20215, Proceso*, México, 2021.
- GONZÁLEZ IBARRA, Miguel Rodrigo y Valero Valdés, Cristian Jonathan, "El Proceso De construcción De La Agenda política Sobre El Cannabis En México, 2015-2019", *Iberoforum Revista De Ciencias Sociales*, vol. 15, n.º 30, noviembre de 2020, pp. 1-34, <https://iberoforum.iberomx.com/index.php/iberoforum/article/view/158>.
- HERNÁNDEZ ORTIZ, Esteban, *La narcoeconomía en la Sierra de Guerrero: 1965-2018*, Universidad Autónoma de Guerrero, México, 2019.
- JETT JAMES, *Cannabis Use, Lung Cancer, and Related Issues*, International Association for the Study of Lung Cancer, *Journal of Thoracic Oncology*, 20 de diciembre 2017.
- LEAL GALICIA, Perla, et al. *Breve historia sobre la marihuana en Occidente*, *Rev Neurol*, 2018, vol. 67, no 04, p. 133-140.
- LEDEZMA MORALES, Mónica, et al., "Mercado del Cannabis medicinal en Colombia: una oportunidad para el sector salud que requiere lineamientos estratégicos del gobierno nacional y la academia." *Medicas UIS*, vol. 33, núm. 1, 2020.
- LÓPEZ, Andrés y Gómez Roca, Sebastián, "La cadena de valor del cannabis: situación y tendencias internacionales, y oportunidades para la argentina" *Documentos de Trabajo del CCE*, 2021, vol. 1. p. 23.

- MARTÍNEZ VARGAS, Alfonso, Simposio: Uso medicinal del Cannabis: Retos y perspectivas, 2018.
- MOYANO MORO, Rocío, Una nueva clasificación en función de las fuentes de variabilidad en la respuesta a grupos terapéuticos: Anestésicos, Analgésicos, Antiepilépticos y Antiparkinsonianos. España, 2019.
- MUSTO, Clara, “El rol de la transferencia internacional de herramientas para la regulación del cannabis en Uruguay”, *Relaciones Internacionales*, 2023, no 53, p. 49-70.
- NUTT, David, Cannabis: ¿Por qué tanta polémica?, Next door publishers, Gran Bretaña, 2022.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, *Monografía Cannabis, 2022, Consumo y consecuencias*, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2022.
- OSORIO, José Henry, Tangarife, Hugo Fernando, Cannabis, una opción terapéutica, Biosalud, 2009, vol. 8, no 1, p. 166-177.
- PARDO, Simón, Ronkin, Kim, “Cannabis para dummies” Planeta, 2020.
- RAMÍREZ REQUENA, Paulina, “La verdad detrás de la regulación del cannabis en México”, edición especial guía de bienestar Selecciones, especial cannabis: todo sobre el CBD, México, 2021.
- RAMÍREZ, Juan M., et al. La industria del cannabis medicinal en Colombia. 2019.
- RAMÓN, Juan (coord.), *Marihuana y salud*, Fondo de cultura económica, México, 2015.
- RAMOS ATANCE, J. A., Fernández Ruiz, J., Uso de los cannabinoides a través de la historia, *Adicciones*, v. 12, p. 6, jun. 2000, Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670/659>, Fecha de acceso: 15 mayo 2023.

- RAMOS ATANCE, José y Guzmán, Manuel, (coords.), *Usos medicinales del cannabis ¿Qué sabemos de sus propiedades curativas?*, Catarata, Madrid, 2019.
- RIOS PITER, Armando, *Derecho al Cannabis*, Oceano, México, 2019.
- RÍOS, Alma y Fuente, Antonio, *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*, Compendio, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2017.
- ROBINSON, Rowan, *El gran libro del cannabis para la salud*, Inner Traditions, México, 1999.
- ROCHA, Vanessa, *Cáñamo y desarrollo sustentable*, Revista Biorrefinería, Ecuador, 2021, vol. 4, no 4. p.1.
- RODRIGUEZ, Rita y Fernandes, Barata, “Mercado da canábis com uso terapêutico no mundo: perspetivas para Portugal”, Instituto Universitário Egas Moniz Tesis doctoral, 2019.
- SALAZAR MUÑOZ, Rodrigo, “Algunas consideraciones sobre la declaratoria general de inconstitucionalidad”, *Revista Académica de la Facultad de Derecho de la Universidad La Salle*, 2014.
- SÁNCHEZ DUQUE, Jorge A., et al., *¿Es hora de regular los productos y suplementos herbales?*, CIMEL, 2018, vol. 23, no 2. p.1.
- SCHIEVENINI, J. D., y C. Pérez Ricart, *Pasado y Presente de los Usos Medicinales del Cannabis En México*, Redes, *Revista de Estudios Sociales De La Ciencia y La Tecnología*, vol. 26, n.º 50, julio de 2020.
- SCHMIDT, Max R., *¿Qué es con qué se compara la marihuana?*, Smashwords, 2015.
- SOPNIA, *Marihuana consensos y evidencias sobre su impacto en la salud*, Forja, Chile, 2016.

SORIANO, Fernando, *Marihuana la historia de Manuel Belgrano a las copas cannábicas*, Planeta, Buenos Aires, 2017.

ZABICKY, Gaby y González, Jorge Julio (coords.), “Informe sobre la situación mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México”, Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas, México, 2021.

ZAGORIN, Gabriel, *La planta más notoria*, México 2020.

ZEBALLOS, Camila, et al., “La regulación del cannabis medicinal en Uruguay y los desafíos para la conformación de circuitos innovativos”, *Redes Revista De Estudios Sociales De La Ciencia Y La Tecnología*, 2020, vol.26, núm.50, p.196.

Legislación

Asamblea Especial de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS) en 2016.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: CPEUM (Art. 1º)

Decreto 613 de 2017, Artículo 2.8.11.2.1.2. Tipos de licencias, consultado en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30030463> Colombia

Decreto 811 de 2021, Capítulo III, Artículo 2.8.11.2.1.2. Colombia.

Decreto de promulgación de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas adoptada en Viena, Austria el 20 de diciembre de 1988, Diario Oficial de la Federación, México, 9 de febrero de 1990, consultado en, <https://dof.gob.mx>

Diario Oficial de la Federación, consultado en, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609709&fecha=12/01/2021#gsc.tab=0

La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, Naciones Unidas p.1,
https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

Ley de enmienda de estupefacientes de 2016, consultada en:
<https://www.legislation.gov.au/C1967A00053/latest/versions> Australia.

Ley General de Salud: (LGS, art. 215 fracc. V). México.

Ley N° 19847 Declaración de interés Público las Acciones Tendientes a Proteger, Promover y Mejorar la Salud Publica Mediante Productos de Calidad Controlada y Accesibles, en Base a Cannabis o Cannabinoides, así Como el Asesoramiento Medico e información Sobre Beneficios y Riesgos de su Uso. Uruguay.

Ley N° 30/2000, Artículo 10, Consultado en:
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/30-2000-599720> Portugal.

NORMA Oficial Mexicana, NOM-001-SSA1-2020, Que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, PICP.

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIESC

Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Control Sanitario Para la Producción, Investigación Y Uso Medicinal De La Cannabis Y Sus Derivados Farmacológicos. Mexico.

Páginas web

Australian Government Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, 29 de octubre 2019, consultado en:
<https://www.tga.gov.au/news/blog/introduction-medicinal-cannabis-regulation-australia>

Australian Government Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, Medicinal cannabis hub, consultado en:
<https://www.tga.gov.au/products/unapproved-therapeutic-goods/medicinal-cannabis-hub>

Australian Government. Department of Health and Age Care, Therapeutic Goods Administration, 29 de Octubre 2019, Consultado en:
<https://www.tga.gov.au/news/blog/introduction-medicinal-cannabis-regulation-australia>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, consultado en:
<https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>

Entrevista a Martín Rodríguez “El desafío del cannabis medicinal”, Economía Creativa, dw español, 5 de octubre de 2018. Consultado en:
<https://www.youtube.com/watch?v=6X9PdaTKQBA>

INFARMED IP. (n.d.-c). No Title. 14. 2019. Consultado en:
<https://extranet.infarmed.pt/LicenciamentoMaisfo/pages/public/listaECDPAD.xhtml>

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Listado de plantas medicinales, 2019, consultado en:
<https://paginaweb.invima.gov.co/normatividad/normatividad-interna/proyectos.html>

N+, Cofepris Revela Modus Operandi de Autorizaciones Irregulares a Empresas de Cannabis, 12 de abril de 2023, consultado en:
<https://www.nmas.com.mx/nacional/marihuana-y-cofepris-revelan-modus-operandi-de-permisos-irregulares-a-familiares-de-fox/>

Organización Panamericana de la Salud, consultada en
<https://www.paho.org/es/temas/cancer>

- PEDRAZA VALIENTE, Javier, “Dosificación de cannabinoides en la práctica clínica” fundación canna, consultado en 2 de febrero de 2024 en:
<https://www.fundacion-canna.es/dosificacion-de-cannabinoides-en-la-practica-clinica>
- PIÑA, Gloria, Cannabis Medicinal: Gobierno le da la Espalda a Personas con Discapacidad, Eme Equis, 17 de agosto de 2022, consultado en: <https://m-x.com.mx/entrevistas/cannabis-medicinal-gobierno-le-da-la-espalda-a-personas-con-discapacidad/>
- PROCOLOMBIA, “Industria del cannabis en Colombia”, Bogotá, 2019, consultado en: <https://procolombia.co/publicaciones/industria-del-cannabis-en-colombia>
- Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, 23.^a ed.,
<https://dle.rae.es>
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed.,
consultado en <https://dle.rae.es/derecho>
- SALAZAR, Julio, “Por qué fue bueno cancelar los lineamientos sobre productos de marihuana”, México Unido Contra la Delincuencia, 14 de junio del 2019,
<https://www.mucd.org.mx/2019/06/por-que-fue-bueno-cancelar-los-lineamientos-sobre-productos-de-marihuana/>
- SÁNCHEZ MONGE, María. Cannabis: “¿qué cantidad supone un consumo de alto riesgo?” 11 de mayo de 2013. Consultado el 10 de febrero en:
<https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2023/05/11/cannabis-cantidad-supone-consumo-alto-riesgo-180520.html>
- VEGA, Andrea, “Así es la Burocracia de Cofepris contra la Marihuana” N+. 20 de abril de 2023. Consultado en: <https://www.nmas.com.mx/nacional/cofepris-contra-la-marihuana-como-es-la-burocracia/>