

Ciclo de Conferencias sobre Drogas y Regulación de Mercados

Ciclo de Conferencias con invitados
internacionales

Relatoría de conferencias

Setiembre - Noviembre de 2012
Montevideo – Uruguay



*Organizaron: Secretaría Nacional de Drogas de Presidencia del Uruguay,
Friedrich Ebert Stiftung y Universidad de la República.*

Primer Conferencia:

“Modelos de regulación legal de la marihuana. El caso de la Marihuana medicinal en EEUU: aprendizajes y desafíos”

Hannah Hetzer y Tamar Todd¹

Drug Policy Alliance – EEUU

26 de setiembre de 2012, Paraninfo de la Universidad de la República (UDELAR)

La expositora, abogada en jefe de la DPA, describió en las distintas presentaciones junto a Hetzer un panorama de las legislaciones y los modelos de regulación del cannabis medicinal en Estados Unidos.

Comenzó resaltando las contradicciones que se viven en EEUU con respecto a la marihuana. El gobierno federal mantiene un rígido control sobre la oferta del cannabis con leyes restrictivas para el uso, la posesión, el cultivo y la comercialización. Pero la mayoría de los estados tienen leyes que han descriminalizado el uso y 15 estados proveen de marihuana medicinal a su población.

Más de la mitad de los arrestos por infracción a la ley de drogas son por asuntos vinculados al cannabis y un 46% de ellos son por posesiones menores a 28 gramos.

El número de arrestos se ha incrementado en los últimos diez años, unos 850 mil se computan anualmente y se concentran en ciertos sectores sociodemográficos, particularmente entre afrodescendientes y latinos jóvenes. En Nueva York, la tasa de uso entre los grupos étnicos es similar, aunque levemente superior para caucásicos, el último año hubo más de 50 mil arrestos por uso de marihuana y un 85% fueron latinos o afrodescendientes.

El Marihuana Law Enforcement es la médula espinal de las políticas de drogas en EEUU, y su accionar explica la mayoría de los arrestos. El gobierno federal controla las principales políticas del país y los estados regulan con autonomía diferentes asuntos como educación y salud. Uno de los pocos temas donde lo federal y lo estatal se sobrepone es la justicia criminal y las reformas sobre drogas. Un cultivador de cannabis

¹ Abogada Principal de la Oficina de Asuntos Legales de la Drug Policy Alliance. Web: <http://www.drugpolicy.org>

puede ser detenido por agentes federales y ser llevado a juicio en las cortes federales y enviado a prisión federal o ser arrestado por las autoridades locales o puede ser arrestado por los dos y tener dos juicios distintos.

El uso, la posesión o el cultivo de cualquier cantidad de cannabis, aunque sea para uso médico, es ilegal por las leyes federales. Existe también una contradicción entre las políticas del gobierno federal y lo que la población desea, actualmente más de la mitad de la población apoya la legalización de la marihuana.

Este apoyo se refleja en que 15 estados han promulgando nuevas leyes, descriminalizando el uso personal y la posesión de marihuana en pequeñas cantidades, además promulgaron leyes para habilitar el uso de marihuana médica y excluir al usuario de la posibilidad de pasar por la justicia.

Ningún estado se involucra directamente en vender, producir o distribuir marihuana, ningún estado está involucrado en el testeo del producto, no por que no quieran, la razón es la prohibición federal que pesa sobre todo el sistema.

En EEUU un tercio de la población vive en un estado donde existe acceso legal a la marihuana médica. Las 18 jurisdicciones que han aprobado leyes para la marihuana médica difieren entre sí en la forma cómo regulan el mercado, el acceso y otros detalles. Pero todos tienen el mismo espíritu, una persona que tiene un sufrimiento que es aliviado por la marihuana obtiene la recomendación de un médico y así consigue una excepción a la aplicación de las leyes que penan en lo estatal el uso, la posesión, la compra, la distribución o el cultivo de marihuana.

La marihuana médica está regulada diferentemente a los medicamentos clásicos en EEUU. La razón es que el gobierno federal no reconoce el uso médico de la marihuana y otras sustancias controladas, los médicos que las recetan están controlados por la Drug Enforcement Administration (DEA) que permite recetar sustancias controladas para tratar enfermedades específicas. La recomendación al paciente usualmente contiene una dosis, a veces el lugar donde debería comprarla y la frecuencia del consumo.

En 14 de las jurisdicciones permiten que el usuario la cultive o permiten designar a alguien que lo haga. El promedio es de seis plantas por persona. Diez de los estados promulgaron legislaciones que permiten al estado, a través de agencias gubernamentales, otorgar licencias para producir y distribuir marihuana médica. La manera en que lo hacen las jurisdicciones que descriminalizaron el uso difiere de estado en estado pero todas tienen elementos en común.

En cuanto al cultivo del hogar algunos estados lo permiten y unos pocos no como en Arizona donde el cultivo está permitido solamente si el usuario está impedido de llegar al dispensario porque vive lejos o tiene problemas de movilidad.

Los sistemas de distribución también varían de estado en estado. Algunos tienen un control rígido y centralizado del sistema, otros tienen modelos más comerciales y competitivos. Algunos estados requieren que la marihuana producida se haga en un modelo sin fines de lucro y unos pocos admiten que se haga como negocio, como en Colorado. Todos, excepto California, tienen su agencia reguladora y en la mayoría de los estados es el Departamento de Salud. Hay dos excepciones Hawaii y Vermont donde la agencia reguladora es la autoridad fiscal (Loan Enforcement Agency). Otra excepción es Colorado donde la fiscalización la hace el Departamento de Impuestos que también regula el tabaco y el alcohol.

Cada ley estatal tiene una lista de condiciones para calificar a la recomendación médica. El doctor va a tener que diagnosticar que el paciente sufre alguna de las enfermedades listadas y luego hacer la recomendación de que la marihuana podría ayudarlo. También existen mecanismos para que la agencia regulatoria pueda incorporar más enfermedades para recomendar marihuana. En Nuevo México originalmente el estrés post traumático no estaba en las leyes, pero hubo un asunto con los veteranos de guerra que vuelven con estrés post traumático y encontraron que la marihuana ayudaba, entonces hicieron la petición y esa patología fue agregada.

Otros estados, como California, tienen una lista de enfermedades más laxa, además el médico puede argumentar que la marihuana pueda ayudar para una patología específica.

Hay estados que hacen que el doctor del primer nivel de salud sea quien recomiende la marihuana al paciente, piden que haya una cierta relación, otros solicitan determinado número de visitas al médico.

Los programas de registro de pacientes son completamente confidenciales, excepto para la interacción con la oficina fiscal que usa la información del sistema. La información no está completamente libre de ser utilizada por las autoridades federales, existe la posibilidad que una corte o la policía utilicen la información de los pacientes.

En EEUU existe un fuerte estigma contra el usuario. Hay una cultura de test de drogas, se rechazan usuarios en un trabajo por una infracción en la ley de drogas, le impiden préstamos para estudiantes, adoptar niños, y otras cosas por las que quedan marcados. Algunos estados ofrecen protecciones legales contra estos asuntos regulando que no se puede negar un préstamo, por ejemplo, pero la mayoría de los estados que

tienen legislación sobre la marihuana médica no tienen estas legislaciones.

Los tres modelos

La variedad de modelos y las diferencias en sus diseños llevaron a la creación de distintos tipos de mercado. Hay tres modelos claramente diferenciados.

El modelo de Nuevo México es muy centralizado, regulado y controlado a pequeña escala. El programa es monitoreado por el Departamento de Salud. Tienen un pequeño número de productores que producen hasta 150 plantas. Los productores tienen que trabajar en un sistema sin fines de lucro. No hay separación entre producción y venta al por mayor o menor. El productor la vende directamente a los pacientes.

En contraste con esto Colorado es un sistema más grande y capitalista. Hay más tipos de licencias, para los productores y para los distribuidores y licencias para hacer las dos cosas. Hay unos 700 u 800 cultivadores y existe competición por el mercado entre los vendedores en una industria que emplea a más de 8.000 trabajadores que además están sindicalizados y tienen fuerza política. La agencia regulatoria es la que fiscaliza tabaco y alcohol.

En California es muy distinto porque es un sistema grande y descentralizado. No hay una agencia estatal que regule todo el negocio que está basado en la comunidad y se supone que es sin fines de lucro. Pero como se regula de comunidad a comunidad difiere. Algunas comunidades han sido muy exitosas en diseñar los sistemas que la comunidad necesita. En otras áreas como Los Angeles evitaron crear regulaciones y la industria creció mucho sin regulación y ahora tienen problemas. Las comunidades que regularon desde el principio limitaron los lugares de acceso y su ubicación y dieron licencias limitadas a actores responsables.

Si bien la cantidad de marihuana que se dispensa no está regulada por el estado de California la mayor parte de los dispensarios tiene sus propias reglas y no dispensan más de una onza (28 gramos) diaria a la persona. Otros estados tienen reglas más estrictas donde no se dispensan más de dos onzas por mes.

Durante la visita de Todd y Hetzer al Parlamento surgieron una serie de preguntas a las invitadas.

¿Es la marihuana médica una forma de contemplar usos recreacionales?

Todd respondió que es una de las críticas al sistema. Pero reconoció que el sistema federal no permite desarrollar otras opciones, es la única alternativa que proporciona el gobierno federal. Muchos estados querrían que el doctor pudiera recetar una cantidad, pero el médico está limitado por las restricciones federales.

¿Aumentó el uso de marihuana desde la vigencia del sistema de marihuana médica?

Todd señaló que en los estados donde hay marihuana médica no existe aumento en la tasa de uso. La correlación en mayor uso en los estados que aprobaron la ley no se debe a que hayan aprobado la ley sino a que son estados más liberales, aclaró.

En Colorado se estudió a los hombres de 20 años de edad y encontraron que estas personas preferían el uso de marihuana medicinal al alcohol, por tanto se redujeron los índices de accidentes de tránsito y suicidios en este grupo etario.

¿Cuáles han sido los aprendizajes y desafíos?

Todd respondió que muchos de los desafíos tienen que ver con los conflictos del gobierno federal.

Los programas exitosos son aquellos que incluyeron campañas de educación pública. Que son una buena oportunidad para reducir los problemas asociados a la prohibición y dar un beneficio desde el punto de vista estadístico y de datos para la salud.

Los ejemplos más exitosos son los que ocurrieron a nivel de las comunidades en California. Las autoridades solicitaron la participación de la comunidad para revisar los programas y los adaptaron en función de la comunidad proveyendo información sobre qué era el dispensario y qué hacía, incluso se realizaron audiencias públicas para que la gente comentara y participara de ese proceso.

Un ejemplo interesante de dispensario es el de Harborside, que brinda información al paciente sobre riesgos asociados al consumo porque la marihuana es muy extraña para muchas personas y existen muchas ideas de si funciona el sistema o se abusa de él y cuál es su efecto. Cuanto más gente esté mejor informada de los efectos se crearía un mayor apoyo en la comunidad.

Los puntos de venta son también oportunidades para transmitir información y para tratar otros temas, como los tratamientos o educación pública y seguridad que son los debates más fuertes que existen en EEUU. El dispensario se convierte en un lugar de discusión para adaptar

y discutir temas. También se promueve la salud pública porque se trabaja en un producto seguro, porque actualmente los consumidores no saben qué están consumiendo y en este caso hay un etiquetado y pruebas para garantizar la calidad.

¿Existe desvío de marihuana al mercado clandestino?

Es posible hacer la trazabilidad de los productos que se comercializan. Si finalmente esta marihuana terminara en el mercado ilegal se podría rastrear y ver cómo llegó hasta ahí. Otra forma de cuidar las desviaciones es limitar la cantidad y el tiempo para que una persona pueda comprar.

En los estados limítrofes donde no existe posibilidad de comprar marihuana médica se han denunciado algunos casos aislados de fuga. En Colorado hay requisitos de seguridad muy detallados, se requiere que se establezcan sistemas de seguridad, monitoreo con video, es una seguridad muy fuerte.

Finalizando la presentación, Todd remarcó que en caso de que Uruguay regule el mercado de cannabis es importante desarrollar una prolija recolección de datos para conocer el estado de la salud pública, por ejemplo. Destacó que si los programas son flexibles se podrán mejorar en la marcha y que los programas más exitosos son los que han tenido flexibilidad y se ajustaron a la necesidad de las comunidades.

Segunda Conferencia:

“Alternativas a la actual Política de Drogas. La experiencia internacional”

Martin Jelsma²

Transnational Institute – Holanda

2 de octubre de 2012, sala Maggiolo de la UDELAR

Comentarios y análisis sobre el sistema de control de drogas de la ONU y la posición de ese sistema del cannabis.

El conferencista repasó los orígenes del sistema global de control de drogas, y cómo entró el cannabis en él, apuntando una serie de inconsistencias históricas y técnicas que sustentaron su inclusión en las listas de sustancias prohibidas en las convenciones internacionales sobre drogas. También enseñó las opciones para reformar el sistema y tomar medidas, como la regulación del mercado, que no permiten los tratados.

Antes de entrar en ese asunto concreto se refirió a un artículo periodístico del New York Times que simbolizaba el pensamiento que existía antes de que se montara este sistema. El artículo parte de una idea asociada al alcohol, si todos los borrachos fueron bebedores moderados el único método para prevenir la embriaguez es la abstinencia total. La otra premisa es que si desde los comienzos de la historia los vehículos de la embriaguez fueron usados libremente en todo el mundo eso implicó un freno al desarrollo de la civilización.

Jelsma también se refirió al informe de la Comisión del Cáñamo Indio que sigue siendo uno de los estudios más profundos sobre el cannabis, con más de tres mil páginas en siete volúmenes, cuyas conclusiones eran muy claras: el uso excesivo es relativamente excepcional y el uso moderado no comporta un efecto negativo. El estudio estaba centrado en la India, pero también en algunos otros países.

El estudio sugería orientar el control para reprimir su uso excesivo y frenar el uso moderado mediante impuestos, licencias de cultivo, limitación del número de tiendas y de la posesión legal. Que son las

² Coordinador del Programa Drogas y Democracia de TNI. Participa hace 15 años como observador de la Comisión de Estupefacientes de la ONU. Web: www.tni.org

mismas conclusiones a las que podemos llegar en la actualidad, señaló Jelsma.

El primer intento serio de montar un sistema internacional de drogas comenzó en 1912 con la Convención de la Haya. Las primeras convenciones de control no intentaron más que regular el comercio internacional de una serie de sustancias, se justificaban en las necesidades legítimas, más allá de las médicas y de los usos tradicionales ya que dejaba a los países definir cuáles eran esas fronteras para el uso de las sustancias. No se prohibía el uso ni el cultivo sino que pretendían regular el flujo internacional y permitir los usos médicos y legítimos.

El cannabis entró en la Convención de Ginebra de 1925 cuando se instaló el sistema que todavía existe, con certificados de importación, autorización y permiso de exportación. En 1936 hubo un primer intento de ir más allá del control sobre el comercio internacional, justamente después que en EEUU se terminó la prohibición del alcohol, pero en ese mismo momento se introdujo la prohibición al cannabis y se empezaron a impulsar los controles con mayor fuerza a nivel internacional. El primer intento fue el de 1936 con la segunda Convención, pero solamente lograron el apoyo de doce países para firmar este modelo que fue más estricto sobre cultivos, producción y uso.

El cannabis no figuraba en la agenda preparada para la Convención de 1925, no había documento de sustentación en la mesa, surgió en la conferencia cuando los representantes de Egipto dijeron que el hachís en su país era responsable de entre el 30% y el 70% de los casos de demencia. Por supuesto, eso no puede ser real, advirtió Jelsma. Pero este fue el principal argumento para impulsar la inclusión del cannabis en el tratado.

El camino que habían marcado los fracasos que en la práctica significaron las primeras convenciones se modificó después de la Segunda Guerra Mundial. EEUU tenía mayor fuerza para influir en las negociaciones y buscó juntar todos los instrumentos de las décadas anteriores para poner todo en una Convención Única e introducir una norma mucho más prohibitiva, limitando la producción a fines médicos y científicos, exigiendo la supresión de todos los usos tradicionales de las plantas. Hubo oposición de países como India, Birmania y Perú. Durante las negociaciones acordaron respetar la masticación de hojas de coca durante un período de 25 años también para el cannabis y para el opio 15 años.

Para la definición de las sustancias y el diferenciamiento de las listas se autorizó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a dar recomendaciones. El punto de partida, era la necesidad de justificar la presencia del cannabis. Como secretario del Comité de Expertos de la

OMS el argentino-alemán Pablo Osvaldo Wolff de la OMS escribió en 1950 un libro sobre la marihuana en América Latina³, su informe condenaba al cannabis como ‘mala hierba del crimen’ o ‘del infierno en llamas’. Wolff se sentía en una misión especial para liberar al mundo de este vicio y no desde una visión científica.

Este mismo hombre, como secretario del Comité de Expertos de OMS escribió un informe sobre efectos físicos y mentales del cannabis donde repite sus propios prejuicios como que el uso conduce al usuario a inyectarse heroína y varias otras cosas. No era la opinión del Comité de Expertos, pero el *paper* que escribió Wolff fue visto en la preparación a las reuniones y tenido en cuenta para la Convención Única y fue visto como la recomendación de la OMS.

En el mismo año sin hacer una revisión crítica de las sustancias el Comité adoptó las recomendaciones de Wolff y llegó a la conclusión que el abuso de cannabis cae en los términos citados por Wolff. Se niega la existencia del uso medicinal de la planta y no solamente se coloca al cannabis en la lista de las sustancias más controladas sino que también se coloca en la lista 4, la de las sustancias más peligrosas como la heroína.

La idea de tener una Convención Única fracasó luego de diez años porque surgieron una partida de nuevas sustancias producidas por la industria farmacéutica que no querían agregarlas a los controles tan estrictos de la Convención. Por ello inventaron una categoría de sustancias psicotrópicas, una definición que no tiene una base científica, porque no se puede hablar de diferentes efectos entre las drogas de la industria farmacéutica y las de uso recreativo. En las dos convenciones entraron las disposiciones penales, criminalizando todas las conductas con prisión.

La tercera convención en 1988 reforzó la criminalización endureciendo las leyes con sanciones desproporcionadas. En los quince años posteriores a la Convención la población mundial se duplicó y en algunos países se triplicó la criminalización del uso de drogas incluso dejando margen para las conductas relacionadas con el consumo personal y la reserva a principios constitucionales del ordenamiento jurídico de cada país. Esa es la cláusula que 25 o 30 países usan en el mundo para justificar la descriminalización de la posesión para uso personal e incluso el cultivo. Es posible gracias al artículo 3, numeral 2 de la Convención.

Jelsma recordó que hubo varios intentos de la OMS para reparar los errores del informe Wolff. Hicieron dos informes pero sin las revisiones críticas de aquel comité técnico, son estudios que moderan bastante la

³ Wolff, Pablo Osvaldo (1948) La marihuana en América Latina: la amenaza que constituye. Ed. El Ateneo, Buenos Aires.

visión sobre el cannabis, pero no son formalmente los textos que se necesitan para una reclasificación que tiene que pasar por un Comité de Expertos. Se recomendó poner a la sustancia en la Lista 3 que no tiene casi control y se mostraron convencidos que tiene usos medicinales importantes. Pero en general todo el espectro político en la comisión de estupefacientes tiende a reprobar la recomendación de la OMS porque varios países dijeron que podía dar una señal peligrosa diciendo que la sustancia no es muy peligrosa y fomentando su consumo. Entonces ignoraron la recomendación y nunca pasó nada.

Había también informes sobre las comisiones especiales y de gobierno, existieron varios estudios que proponían sacar al cannabis de este sistema de control de los tratados de Naciones Unidas y experimentar un mercado regulado legalmente. Pero hasta ahora ningún país se proponía hacerlo. Había una variedad de otras reformas, especialmente para descriminalizar el uso personal del cannabis, su cultivo, el sistema de los *coffee shops* en Holanda, la marihuana médica en California y también acercarse al mercado regulado. Pero la JIFE dice que por ejemplo Holanda está en violación permanente de los tratados.

Pero estas alternativas que varios países han planteado no están permitidas por las convenciones. Por ello Jelsma llamó a pensar una reforma en los tratados o por lo menos el ajuste en la relación a los proyectos del país con los tratados. Citó varias razones que pueden justificar una reforma de todo el sistema de los tratados, entre ellos la arbitrariedad de la clasificación.

Bolivia por la cuestión de la hoja de coca está dando una batalla en este terreno. La Convención obliga a prohibir la masticación de la hoja de coca y el gobierno de Evo Morales no puede cumplir con esa convención, entonces primero intentaron enmendar la convención y fracasaron, ahora se retiraron de la convención y buscan plantear una nueva reserva sobre la hoja de coca.

Cómo avanzar con el cannabis

Para las reformas del cannabis la primera opción manejada por el expositor fue dejar las cosas como están y aceptar las críticas de la JIFE y otros países como hace Holanda. Jelsma advirtió que no es dramático alimentar durante un breve período de tiempo esta contradicción entre la política de un país y los tratados. Pero tampoco es el mejor camino, porque al final si estamos convencidos que el derecho internacional es importante solamente cuando existen buenos motivos para cumplir hay también que tomar un paso y cambiarlo, sino otros pueden abandonar las convenciones de derechos humanos. Jelsma llamó a ser respetuosos

en principio con los sistemas de derecho internacional, incluso con estos tratados que no fueron bien concebidos.

La segunda posibilidad para acompasar el ordenamiento interno con el internacional es la desclasificación del cannabis por el procedimiento establecido en la Convención, pasando por el Comité de Expertos. Hasta ahora ningún país ha querido pedir una revisión, todos saben que van a ser hostigados por iniciar el proceso. Una revisión por parte de un comité de expertos nunca podrá confirmar las posiciones de la OMS en los años '50. No encontraremos ningún experto en el mundo que pueda justificar esto, manifestó el conferencista.

En la OMS está en marcha una revisión en la agenda del Comité de Expertos, que durante 2013 se reunirá para revisar algunos temas vinculados al cannabis. Existe una resolución de la Comisión de Estupefacientes para ello motivada en el intento de Japón de incluir las semillas de cannabis en el sistema y en la discusión surgió que no se podrá decidir sin una recomendación de la OMS. En el informe surgió un párrafo pidiendo una revisión de la OMS del cannabis. No es una revisión fácil, pero involucra un estudio sobre todos los aspectos del tema.

El asunto no acaba ahí, porque tiene que ser aprobado por la Comisión de Estupefacientes y puede ocurrir lo mismo que aconteció con la recomendación que hizo la OMS para el THC en los '70. Pero esta vez a juicio de Jelsma existe la posibilidad de una recomendación clara, de una desclasificación o de sacar totalmente el cannabis. En el mejor de los casos habrá una recomendación clara de la OMS que hasta ahora no existe en términos de documentos formales del Comité de Expertos.

La otra posibilidad es la que planteó Bolivia con la hoja de coca. Es importante para Uruguay que el pedido boliviano sea exitoso. Está por finalizar el período de un año para que los otros miembros de la Convención expresen objeciones en contra de la nueva reserva presentada. El límite es hasta el 10 de enero de 2013 y hasta ahora solamente EEUU la objetó, pero se requiere una tercera parte de los miembros de la Convención para bloquear la reentrada de Bolivia a la Convención. Es un procedimiento que en teoría puede ser igual para el cannabis, por lo menos es una posibilidad que no requiere una negociación inicial como piden los tratados donde todos tienen que acordar. Si se contempla el pedido boliviano, va a ser difícil negarlo para el cannabis. Esta es precisamente la razón por la que la JIFE condena a Bolivia.

Tercer Conferencia:

“En el Ocaso de la Guerra contra las Drogas: Modelos y Principios para la Regulación de Mercados”

Steve Rolles⁴

Transform Drug Policy Foundation – Reino Unido

24 de octubre 2012 - Sala de Conferencias de la Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR

Antes de empezar a discutir los detalles de un sistema de regulación Rolles llamó a pensar en los objetivos de la política. Históricamente las políticas de drogas fueron dirigidas a suprimir el consumo de drogas en la sociedad, los resultados sugieren que una sociedad libre de drogas no es una meta realista y que la represión no ha sido un método efectivo para bajar el uso de drogas.

Una política más pragmática, como la que sugiere Rolles, acepta la demanda de drogas de la sociedad y asume la necesidad de las respuestas al fenómeno mediante una aproximación desde la gestión pragmática.

El acercamiento pragmático busca reducir el daño asociado con el uso de drogas y el mercado. Y eso nos lleva a una política más compleja que las actuales. En su disertación Rolles subrayó cuatro objetivos centrales: proteger y mejorar la salud pública, reducir el crimen y mejorar la seguridad de la comunidad, proteger grupos vulnerables como jóvenes y niños y maximizar el uso adecuado de los recursos.

En el caso del cannabis tenemos tres modelos como los *coffee shop* en Holanda desde 1976, la producción médica y los dispensarios en EEUU y Canadá y los clubes sociales de cannabis en España, un modelo de producción cooperativa que atrae el interés de otros países.

El cannabis se ha movido hacia la descriminalización en unos 30 países en el mundo. Y ahora se plantea la discusión seria en Uruguay y en otros lados para regular la venta y el mercado de cannabis. Al mismo tiempo el tabaco está bastante poco regulado pero vemos que se va regulando en varios países.

⁴ Desde 1998 es analista principal de políticas de la fundación Transform Drug Policy Foundation. Web: www.tdpf.org.uk/

El tabaco y el cannabis se mueven al mismo lugar, el objetivo es el mismo, un modelo de regulación. Las regulaciones estrictas de tabaco o alcohol están intelectual y políticamente en concordancia con la regulación del cannabis, no están en contradicción.

Hay un compromiso en Uruguay de que las políticas de drogas estén orientadas desde la evidencia científica. Es importante poner en su lugar los compromisos técnicos y legales para cumplir este objetivo. Y esto significa señalar indicadores para cada objetivo de política y construir un cronograma para evaluar e introducir revisiones en la legislación.

La evaluación es importante porque puede permitir dar un paso atrás o modificar el modelo de regulación para que funcione mejor. Es también importante políticamente demostrar a los oponentes del sistema que el modelo tiene logros positivos. El proyecto uruguayo es muy importante para el resto del mundo, ya que se va a estar mirando atentamente y será importante demostrar que tiene resultados positivos.

Hay varios elementos que surgen de los modelos de regulación donde se pueden hacer intervenciones para fomentar la seguridad, la salud pública y las libertades individuales.

El primero es sobre la **producción** de cannabis. Y un primer objetivo es la seguridad, se necesita tener un sistema que lo haga seguro y no se filtre en el mercado ilegal. El otro aspecto es que se pueda producir un producto de calidad alta, libre de contaminantes. Existen buenos ejemplos de todos ellos con la marihuana médica. En términos de producción se sabe cómo hacerlo, no hay desafío, opinó el expositor.

Las **preparaciones de cannabis** son variadas. Siendo que el modelo uruguayo solamente produciría la hierba, Rolles remarcó que vale la pena, tal vez para el futuro, evaluar la disponibilidad de un montón de otros productos como la resina del cannabis, el aceite, comida, bebidas y productos médicos, productos ya disponibles en EEUU y en Holanda.

La cuestión de la **potencia del cannabis** es un asunto, ya que puede comportar un riesgo, es razonable pensar que los productos más fuertes son más riesgosos, incluso pensando que los riesgos del cannabis son relativamente bajos. En un mercado regulado podemos regular la potencia de los productos. Para ello hay que considerar dos cosas, la potencia pero también la participación de los componentes activos, el THC (tetrahidrocannabinol) y el CBD (cannabidiol). El THC es el responsable del 'viaje' y el CBD es más sedativo. Hay literatura sobre los riesgos del THC que pueden ser mitigados con el CBD. El cannabis en el mercado ilegal es alto en THC y bajo en CBD. Un mercado regulado puede alterar el balance de estos componentes.

¿Debe el mercado legal proveer **distintas variedades**? Se preguntó el expositor. Es probable que de otra manera el mercado ilegal lo ofrezca y sugirió la elaboración de tres a cinco productos con diversas variedades y potencias.

El precio tiene una influencia en la conducta del consumidor, en un mercado regulado pueden fijarse o establecerse límites. El precio es una herramienta regulatoria importante, puede ser cambiada por el gobierno y es flexible, puede cambiar rápido en respuesta al mercado o conductas esperadas, como por ejemplo crear un incentivo para los consumidores que usen el producto menos riesgoso. Si se mantiene el precio alto se puede crear un incentivo para el mercado ilegal, el balance es delicado, advirtió Rolles.

El envasado es importante para influenciar a los usuarios. La sugerencia del especialista es que el *packing* contribuya a reducir riesgos, haciendo contenedores poco amigables para niños, sin diseños gráficos atractivos, también se pueden colocar detalles del producto e información sobre los principales daños, riesgos y advertencias sobre el consumo de cannabis.

Los licenciarios son los *gate keepers*, es importante que trabajen con licencias donde claramente se definan sus responsabilidades e infracciones. Los vendedores son la primer línea, deben cumplir los controles y también debe haber un sistema de penalidades para los que fallen.

Los vendedores tienen la oportunidad de otorgar información a los consumidores, recomendar sobre reducción de riesgos y otorgar todo tipo de información.

En términos de **reglamentación a los dispensarios** hay varios aspectos para regular, el primero es la locación. Sabemos que si hay una alta densidad de puntos de venta de alcohol se incrementa su consumo. Los puntos de venta de cannabis no deberían tener señales muy visibles o escaparates vistosos que lleven al impulso del consumo. Muchas de estas decisiones se podrían hacer a nivel local porque necesitan el consentimiento del vecindario o la comunidad para establecer un horario de apertura y cierre, por ejemplo.

La regulación del **marketing del cannabis** debe evitar la promoción agresiva que lleve al incremento del nivel de uso. De no controlar la publicidad se cometerán con el cannabis los mismos errores que se cometen con el alcohol y el tabaco.

Controlar el acceso es central para balancear los conflictos, y satisfacer a la demanda para evitar el mercado clandestino, pero no podemos hacer al cannabis demasiado disponible para evitar el uso de niños y adolescentes, por ejemplo.

Hay cuatro aspectos importantes para pensar como las disponibilidades geográfica, horaria, el precio que no es considerado como disponibilidad por lo general pero lo es, porque si incrementas el precio lo harás menos accesible para aquellos de menores ingresos. También debes existir controles de edad, sabemos que cualquier restricción a la edad será imperfecta, tenemos que ser realistas, explicó Rolles. Que también sugirió que cuando se atrapa a gente joven con cannabis la respuesta sea basada en la evidencia y proporcional, criminalizar a la gente joven no es apropiado ni efectivo.

Rolles también se refirió a la discusión en Uruguay respecto a la venta a ciudadanos extranjeros. Y se preguntó por la efectividad de que el sistema sea para residentes como forma de prevenir el turismo de drogas y que se filtre por las fronteras. Si los turistas van a Uruguay y buscan cannabis, tienen la potencialidad de crear un mercado paralelo.

Un sistema es muy restrictivo corre el peligro que la gente no lo use y que los problemas asociados continúen. Si el modelo no es lo suficientemente restrictivo existe el riesgo de fomentar el consumo y que los adolescentes accedan al mercado, entonces el balance entre las prioridades es importante. Por razones prácticas y políticas es recomendable empezar por un sistema restrictivo porque un modelo abierto que falle deberá cerrar. Empezar con un modelo restrictivo puede ir abriendo el paso a otro más abierto, responsablemente.

Culminada la disertación, Rolles fue consultado por la Dra. Gianella Bardazano sobre la situación de los usuarios de otras drogas que continuarían siendo víctimas de estigmatización y violaciones a sus derechos.

Rolles respondió que debemos aceptar ciertas 'imperfecciones necesarias'. Advirtió que el sistema tendrá errores y los resultados no serán necesariamente todos buenos. Habría que encontrar el balance entre las presiones y la libertad de los consumidores, nos movemos en un territorio inexplorado, remarcó.

Citó la discusión sobre los derechos humanos de los consumidores. Se mostró contrario a criminalizar el uso de drogas, por vulnerar derechos a la libertad de las prácticas, la privacidad o el acceso a la salud. Entre los indicadores que evalúen la eventual puesta en práctica de la regulación del cannabis en Uruguay, el expositor pidió incluir indicadores de derechos humanos.

La regulación de otras drogas es más controversial, dijo. Las otras drogas deben ser abordadas en etapas, dijo creer que la guerra a las drogas y la prohibición debe ser desmantelada en etapas.

Cuarta Conferencia:

“Los costos de la guerra contra las drogas: la perspectiva de los Derechos Humanos”

Coletta Youngers⁵

Washington Office on Latin America (WOLA) – EEUU

13 de noviembre 2012 - Sala Maggiolo - UDELAR

La posición de WOLA es que la región debe avanzar en la creación de mercados regulados para el cannabis, la droga de tráfico ilícito más usada, más producida y comparativamente con menores riesgos que muchas sustancias. Las actitudes en muchos países incluyendo los EEUU van cambiando, tarde o temprano los gobiernos empezarán a crear mercados regulados, aseguró la expositora.

En el impacto de las políticas de drogas en América Latina se nota el aumento de la violencia y el conflicto social, violaciones a los derechos humanos, erosión de los derechos civiles y del estado de derecho y la explosión en la cantidad de detenidos no violentos en las cárceles que resulta en una crisis humanitaria. También el involucramiento de las Fuerzas Armadas (FFAA) en asuntos que le corresponden a la policía que a su vez se militariza. Se crea inestabilidad política, destrucción del medio ambiente por las fumigaciones, aumento de pobreza en las zonas donde hay erradicación forzosa de cultivos y políticas sin transparencia donde la población afectada no es consultada.

Youngers señaló que EEUU dice que es necesario hacer la guerra contra las drogas de lo contrario la situación sería mucho peor. Pero WOLA visualiza no solo un daño colateral tremendo sino que esta guerra no logró los objetivos deseados. La expansión de la producción y el tráfico que antes se concentraba en la región andina se expandió, como el consumo de drogas ilícitas.

Youngers se refirió al costo humano de las políticas de drogas. La conclusión es que se encarceló a millones de personas mayormente de sectores pobres por delitos de drogas. La gran mayoría de ellos por delitos menores incluyendo el porte de marihuana y el consumo aún en

⁵ Asesora principal de WOLA, experta en políticas internacionales en fiscalización de drogas y la evolución de las políticas de drogas en América Latina: Web: www.wola.org

países donde el porte para consumo no es delito. Las penas se cumplen durante períodos extremadamente largos y son desproporcionadas a los delitos cometidos.

Por ejemplo, las penas de narcotráfico son más altas que para homicidio o violación en algunos países. Las penas mínimas garantizan que los condenados permanezcan tras las rejas durante años en muchos de los países de la región, la pena máxima por narcotráfico oscila entre 15 y 25 años. Un ejemplo ilustrativo de ello es Ecuador, la pena mínima y máxima es de 12 a 25 años y la ley no distingue entre el delito, si es menor, violento o no violento. Un pequeño traficante puede terminar con una sentencia de 20 a 25 años, mientras la pena máxima para homicidio es 16 años.

Las leyes sobre drogas no distinguen adecuadamente entre cantidades o tipos de drogas. En Ecuador o Bolivia solo se habla de delito de narcotráfico. Tratan a la marihuana igual que a la cocaína. Las leyes de drogas y su aplicación son un factor determinante en las tasas de encarcelamiento y el hacinamiento. Hay un alto porcentaje de encarcelados por posesión de drogas detenidos con una cantidad relativamente pequeña de drogas. En México en algunos distritos federales, la mayoría de los detenidos eran por consumo y la mayoría de ellos por consumo de marihuana.

En Uruguay la ley no penaliza al consumo de estupefacientes, sin embargo tampoco define la cantidad razonable para este fin. Lo que llevó a problemas en la práctica judicial donde el juez goza de libertad absoluta para formar su convicción ayudando a la detención de consumidores. Analizando las estadísticas se observa que la mayoría de los procedimientos tienen que ver con la tenencia de sustancias en cantidades cercanas al límite de lo que podría ser tenencia para consumo. Muchas de estas personas fueron detenidas en cárceles de máxima seguridad.

En el estudio de WOLA⁶, con datos de 2010 surge que casi la mitad de las personas reclusas en Uruguay poseían entre 0 y 9 gramos de una sustancia prohibida. Para Youngers el problema no está en la ley sino en su aplicación policial y judicial.

La situación de la mujer es particularmente compleja. La mayoría de los presos son hombres, pero las mujeres encarceladas aumentan. Entre los hombres privados de libertad entre un 30% y un 40% están por delitos de

⁶ WOLA, 2010, Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina. Disponible en: http://www.wola.org/es/informes/sistemas_sobrecargados_leyes_de_drogas_y_carceles_en_america_latina

drogas. Entre las mujeres el porcentaje oscila entre el 70% y el 80%. Las mujeres son más favorables a convertirse en mulas, o en micro traficantes debido a las altas tasas de desempleo y la responsabilidad de cuidar a la familia. Más frecuentemente que los hombres las mujeres son víctimas de engaño y violencia.

Youngers aventuró que en EEUU la tendencia es hacia una reforma de las leyes de cannabis, debido al cambio en la opinión pública, la mayoría de la población apoya la legalización del cannabis y eso se muestra en las urnas electorales también.

En América Latina existe un debate profundo, con el pedido de los presidentes Juan Manuel Santos en Colombia, Otto Pérez Molina en Guatemala o la declaración de México, Belice y Honduras a la OEA para estudiar el impacto de estas reformas. También recordó que los presidentes de Guatemala, Colombia y México pidieron otra vez que la Asamblea General de las Naciones Unidas trate el tema de nuevos enfoques alternativos a la guerra contra las drogas en una sesión especial sobre la prohibición del uso de drogas antes de 2015.

Youngers dijo que no podemos esperar un cambio a nivel internacional rápido ya que va a demorar años o décadas y por mientras será difícil comenzar a implantar reformas en el corto y en el mediano plazo. Señaló que es muy importante que los gobiernos experimenten con modelos que respondan a su realidad. Uruguay no es el único país haciendo esto en América Latina, Bolivia, Ecuador, Colombia y Argentina están implementando reformas importantes en diversos planos según los problemas locales.

Los estados tienen la responsabilidad de asegurar que las políticas respeten a los derechos humanos y que las políticas de fiscalización de drogas no resulten en violaciones a los derechos humanos. Un enfoque en derechos humanos, implica que se deben incorporar en todos los aspectos de la política pública y también en términos de cómo orientar y priorizar los recursos del estado. Se deben reconocer los derechos de los usuarios de drogas. En la región hay más y más reconocimiento de que el consumo de drogas no debería ser tratado como un tema criminal sino como asunto de salud pública y eso implica distinguir entre tipos de consumo, si es ocasional, recreacional o problemático. Para consumo problemático se necesitan programas de tratamiento basados en la evidencia científica y también implica distinguir entre drogas y los posibles daños que pueden causar. Los centros de tratamiento compulsivo deben cumplir con este enfoque, ya que han mostrado ser poco eficaces y no cumplen con los estándares mínimos del debido proceso. Existen documentadas violaciones a los derechos humanos en estos centros.

Yongers remarcó la necesidad de ampliar las alternativas al encarcelamiento para los acusados por delitos menores de drogas no violentos, con un enfoque especial de los delitos de drogas. Y promover la inclusión social, tanto de los usuarios problemáticos de drogas como los encarcelados por delitos de drogas. Ya que ambos grupos salen a la calle con pocas posibilidades de reconstruir sus vidas. Se necesitan programas fuertes de reinserción social, educación, vivienda y empleo que generen condiciones suficientes para una vida digna. Las personas que encarcelamos por delitos de drogas vienen de los sectores más pobres de la sociedad, por lo que se necesitan políticas públicas para darle prioridad al desarrollo económico de la sociedad más pobre. Tratar el tema de drogas de forma comprensiva y eficaz es tratar a la pobreza y la desigualdad en nuestras sociedades.

Quinta Conferencia:

“¿Cómo actúa el cannabis en nuestro cerebro?”

Manuel Guzmán⁷

Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides,
miembro del Comité Directivo de la Internacional
Association for Cannabis as Medicine (España)

*19 de noviembre 2012 – Salón de Conferencias del Hospital de
Clínicas - UDELAR*

Manuel Guzmán comenzó su conferencia con una serie de explicaciones sobre la acción de los cannabinoides sobre los endocannabinoides, explicando el por qué y el cómo de la reacción de diversos órganos ante el THC o el CBD y su repercusión en diferentes órganos humanos, particularmente en el cerebro.

El especialista explicó que se conoce bastante cómo el cannabis actúa en nuestro organismo, pero todavía hay complejidades que hacen difícil predecir cuál puede ser su efecto concreto en zonas específicas del cerebro. El cannabis es una de las drogas más previsibles en cuanto a sus efectos en los consumidores. Pero también puede producir efectos duales, puede producir una inhibición de convulsiones o puede producir una generación de convulsiones, puede producir efectos anti psicóticos o efectos psicóticos, por ejemplo.

Guzmán también mencionó los aspectos más relevantes en términos medicinales y clínicos del cannabis, las dos caras del cannabis, la ‘mala’ y la ‘buena’.

La primer propiedad que se relaciona con cualquier tipo de sustancia es la tolerancia, definida como el proceso por el que una persona requiere cada vez dosis mayores de una sustancia para obtener el mismo efecto. El cannabis es una sustancia de abuso que produce tolerancia pero no lineal sino asintótica, la tolerancia es diferente para distintos efectos relevantes terapéuticamente como el dolor, ya que la tolerancia se produce de manera bastante débil lo cual es interesante porque su efecto puede permanecer durante mucho tiempo sin tener que subir la dosis.

⁷ Catedrático en Bioquímica y Biología Molecular. Publicó más de cien artículos originales de investigación en Nature Medicine, Cancer Cell, Nature Reviews Cancer, Journal of Clinical Investigation y Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, entre otros. Es coautor de cinco patentes internacionales sobre posibles usos terapéuticos de los cannabinoides.

Guzmán se preguntó si el cannabis es una sustancia adictiva que habitúe a nuestro organismo y cuya retirada produzca efectos de abstinencia. Es difícil decir si o no, diría que sí, señaló, aunque el potencial adictivo del cannabis es bastante más bajo y transitorio que el de muchas otras sustancias de abuso. Gracias a su propiedad farmacocinética, el THC no se pierde bruscamente. La abstinencia al cannabis está descrita en el DSM IV, los médicos saben que existe y las personas que consumen cannabis por mucho tiempo también. Pero está claro que es más leve y transitoria y el síndrome es más suave que el de otras drogas de abuso.

Sobre la neurotoxicidad o no del cannabis el disertante citó los análisis hematológicos al THC y sus derivados, en los años '60 y '70. Para saber si sus compuestos son neurotóxicos se experimentó con animales en condiciones extremas, condiciones que no reflejan en absoluto los niveles y las pautas de consumo de los fumadores de marihuana y hoy en día tenemos claro que el cannabis no es neurotóxico. El cannabis produce efectos neuroplásticos, produce efectos de inmodulación de algunos procesos en el desarrollo del cerebro.

La neuroplasticidad puede estar relacionada con algunos de los efectos del cannabis sobre la salud psiquiátrica, por ejemplo la protección a la psicosis que es un tema que surge en estos análisis por la posible asociación causal del cannabis con la psicosis. Hay resultados contradictorios al respecto. Hay asociaciones si se estratifica la población estudiada en cuanto a la población general.

Guzmán advirtió que el factor más importante sigue siendo la propensión genética y otros factores ambientales que pueden determinar la incidencia de factores psicóticos como el entorno perinatal, que la madre durante el embarazo sufriera infecciones, el estrato social, entre otros factores ambientales.

La otra cara del cannabis, la de su uso positivo como posible fármaco, es posible gracias a distintos preparados, como el extracto de marihuana que se puede lograr con preparaciones ricas en THC, o en cannabidiol (CBD), la segunda sustancia más abundante en su composición. Las investigaciones todavía no permiten conocer si es anticonvulsionante, anti psicótico o afecta algunos otros procesos sobre altas dosis de THC, como ataques de fobia. Para el consumo, si se intenta acotar bien, para el disertante asegura que sería interesante disponer de plantas ricas en CBD para poder hacer mucho más tolerable al THC en términos de salud psiquiátrica.

Los medicamentos para reducir los efectos de la quimioterapia en cáncer, no son muy utilizados por sus propiedades farmacocinéticas difícilmente controlables. Su dificultad viene por el lado que la vía oral es muy errática, difícil de estandarizar entre las personas. Parte de los cannabinoides se degradan por los jugos digestivos, el paso a través de

la mucosa gástrica es lento y variado entre personas, el sistema hepático recoge los cannabinoides del organismo, el hígado metaboliza diferencialmente a los cannabinoides y la cantidad de sustancia activa que llega al torrente sanguíneo es muy diferente entre unos y otros según la masa grasa que exista en cada individuo.

Sin embargo, el medicamento Sativex, vía sub lingual o mucosal, es muy efectivo, el paso de los componentes es rápido a la circulación. La vía de la combustión, la fumada, comporta el efecto negativo de fumar cualquier planta, aunque la cantidad de marihuana que se fuma es menor a la de los que fuman tabaco, evidentemente no es la forma médica más recomendable, la vulcanización (o vaporización) es la mejor vía de administración, entra al organismo sin efectos negativos.

Los principales usos médicos son la disminución de la náusea y el vómito, estimulación de apetito, analgesia y la reducción de los temblores asociados a la esclerosis múltiple. Los medicamentos aprobados son el Marinol para cáncer y la caquexia que producen cáncer y sida asociada a la pérdida de apetito.

Para la analgesia se usa el Sativex en Canadá y todavía se hacen ensayos para el dolor neuropático de esclerosis múltiple.

Guzmán entiende que la investigación aunque ha sido importante en los últimos años es todavía escasa, si se desarrolla en los próximos años los pacientes que se verán más beneficiados son los pacientes de cáncer que pueden ver mejorada su calidad de vida con el aumento del apetito, la disminución del dolor, del estrés y la ansiedad. Para los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, como la esclerosis múltiple, los cannabinoides atenúan sus espasmos, temblores, la rigidez muscular y la inhibición el dolor neuropático. Entre los beneficios para la salud psiquiátrica enumeró la disminución del estrés y ansiedad, entre otros.

En cuanto al tratamiento de dolores crónicos se buscan combinaciones con distintos analgésicos, utilizando cannabinoides se puede reducir la cantidad de opioides utilizados utilizando también cannabinoides, es un tratamiento que se está estudiando.

Guzmán también señaló que los pacientes de VIH se vieron beneficiados, en varios estudios de seguimientos no se evidenciaron efectos negativos de la marihuana fumada, Marinol u otras preparaciones con fines antitumorales, ninguna de las variables inmunes del SIDA fueron negativamente afectadas en estos estudios.

En cuanto a los tratamientos para el glaucoma Guzmán prefiere desechar el tratamiento en base a cannabis porque existen otros medicamentos de mejor acción.

También se refirió a la frecuente asociación entre cáncer de pulmón y consumo de marihuana señalando que no hay ningún estudio donde se encuentre una asociación realmente sólida entre consumo de marihuana y una mayor incidencia de cáncer de pulmón. La falta de causalidad la situó en la hipótesis de que el consumo de marihuana se realiza en dosis bastante más bajas que con el tabaco. El humo de marihuana y tabaco no tienen demasiadas diferencias ninguno es más cancerígeno, su composición es parecida, al observar la composición sube un compuesto y baja otro entre los humos, el potencial carcinogénico es parecido y se asocia a la dosis de humo más bien y no a la sustancia.

También remarcó que en muchos estudios preclínicos los cannabinoides tienen una acción anti tumoral como inhibidores del crecimiento de células tumorales. “Quizás los cannabinoides ejercen una fuerza antitumoral no lo sabemos, la asociación no está establecida”, explicó Guzmán.

En cuanto a la impotencia y las disfunciones sexuales manifestó que los estudios realizados en la década del '70 en animales que sustentan la asociación entre consumo de cannabis y las disfunciones fueron hechos con dosis tan altas que son imposibles de alcanzar en pacientes o usuarios de cannabis. Los estudios de asociación al principio parecía que marcaban una tendencia pero no han conseguido mostrar de forma fehaciente esa situación. Pero recordó que hay dosis y contextos, dosis muy prolongadas durante tiempo prolongado tal vez podrían ocasionar algún efecto en personas predispuestas, pero no hay un correlato fuerte, remarcó.

En cuanto al embarazo Guzmán señaló que es una cuestión más bien lógica la que debería de primar, ya que en general las mujeres embarazadas deben tener cuidado con los fármacos y las drogas que se administran. Además, los cannabinoides tienen un potencial de desarrollo cerebral del embrión, por lo que su consumo no es aconsejable durante la gestación.

Guzmán se mostró crítico con las posturas que criminalizan el uso del cannabis ya que al igual que otras sustancias se activan a través de un sistema endógeno y nadie se escandaliza si modulamos farmacológicamente el sistema opioide, el sistema serotoninérgico u otros.

Remarcó que no es lo mismo fumar quince cigarros de marihuana al día que dos, no es lo mismo que lo fume alguien de 40 años a que lo fume alguien de 14 años, que se fume un cannabis rico en THC altamente activo que pudiera llevar a problemas psicóticos, que un cannabis más suave con mayor contenido de CBD. Guzmán señaló que como individuo y ciudadano opina que a nivel de la sociedad debe existir una decisión política y ética en la que debe basarse la decisión de un gobierno y de

una comunidad que permita el acceso o no, con las restricciones que se consideren necesarias, a una sustancia. Es el contexto de su uso el que va a dar la bondad. Para figurar el asunto recurrió a una imagen, todos tenemos en casa un cuchillo pero no le vamos a pegar una puñalada a nadie por ello, la electricidad alumbró la escuela pública y también puede servir para llevar a un reo a la silla eléctrica.

Las actividades se contextualizan y ahí la ciencia, a nivel clínico, puede sopesar y acotar los riesgos que es lo interesante desde la perspectiva científica. Para el expositor la principal razón es la ética y la de las libertades personales, y para ello acotar los riesgos puede ayudar a transmitir la información de manera adecuada para que la población pueda decidir lo que es bueno o malo para ella. En ese contexto complejo Guzmán cree que la decisión más difícil de tomar refiere a la salud psiquiátrica. Pero remarcó que la salud es un término holístico, y que no solo debemos entender a la salud como conocemos a la medicina occidental basada en la evidencia de cadenas químicas y acontecimientos que se puedan establecer. La farmacología abrió muchas puertas al bienestar de la sociedad pero también abrió la puerta a muchos problemas de fármacos vigilados. Pero hay cuestiones de salud social relacionadas y de psicología. El uso principal de las drogas, “no nos engañemos” es como sustancias ansiolíticas, anti estrés, de salud social y eso es salud, dijo Guzmán. Alguien puede tomar dos copas de vino con amigos y al otro día levantarse con una sonrisa en los labios y eso también es salud, ejemplificó el conferencista.

Que puntualizó que la principal utilización del THC es esa, la recreacional. Puede tener propiedades terapéuticas en quimioterapia y otras enfermedades, puede ser o no más efectivo que otros medicamentos, es una cuestión adicional que la ciencia básica y médica deberían de tratar de resolver con métodos que hasta ahora no han probado ser lo más robustos.

La decisión importante, la política, la ética, va mucho más allá de eso. Para una droga como el cannabis que ya ha demostrado tener sus riesgos, como cualquier sustancia, fármaco o actividad de nuestra vida. Sus riesgos, con los conocimientos que hoy en día tenemos, pueden ser bastante bien acotados. El riesgo existe sobre todo en la salud psiquiátrica, la psicosis sea probablemente la más asociada como riesgo generalizado, pero realmente cuando se ven los estudios microspectivos es un riesgo bastante acotado. Un análisis crítico muestra que esta sustancia tiene estos riesgos en ciertos contextos, mezclado con otra sustancia, si posee mucho THC y poco CBD, si la dosis de cannabis es alta, por ejemplo. Es algo lógico. Para acotar los riesgos del consumo hay herramientas científicas y de análisis.

Es verdad que sería importante profundizar en los efectos para ver en qué tipo de dolor se puede combinar el cannabis con distintos tipos de

sustancia como la morfina para conseguir beneficios a personas con nombres y apellidos concretos.

Esos estudios no se han llevado a cabo por varios factores, algunos de ellos académicos, pero también por otros factores ajenos a los científicos que quieren investigar ya que se impide y dificulta bastante la investigación con los cannabinoides no solo desde el punto de vista clínico sino también de la ciencia básica. Todavía se considera a los cannabinoides, en la mayor parte de los países, como el componente activo de una sustancia ilegal. Su producción y extracción es realmente difícil, cientos de sustancias son muchísimo más tóxicas no solo en el laboratorio, sino en nuestras casas pero a nadie se le ocurre beber un blanqueador de ropa que es bastante más tóxico que el THC.

El papeleo burocrático que deben completar los investigadores en este campo para recibir un gramo y medio de cannabis es impresionante y eso dificulta muchísimo llegar a las verdades que se reclaman, es un estigma que sea una droga de abuso.

Hace diez años que se conoce cómo interactúa el cannabis con el cerebro y esa información no ha llegado a todos los investigadores y los médicos, pero se teje un oscurantismo muy estrecho con una visión del cannabis como la droga de la locura. Guzmán llamó a dejar de ser hipócritas. Ya que la perspectiva de la academia debe ser aportar y el rol de la sociedad debería ser responsable para ser más feliz y “yo creo que todos nosotros tenemos nuestros placeres, nuestros vicios e inclinaciones para ser más felices” y estas actitudes deberían encontrar aliados en una medicina holística, manifestó el conferencista.

Guzmán también señaló que incluso para el consumo recreativo de cannabis es bueno saber cómo afrontar los riesgos, las dosis y las proporciones de sustancias dentro del cannabis y cómo se encuentra un consumo más seguro, “creo que a nadie le apetece tener un mal viaje con las sustancias”, remarcó.