

**USO TERAPÉUTICO DEL CANNABIS. UNA PROPUESTA A PARTIR DE LA
ÉTICA DE LA RAZÓN CORDIAL**

ANA RUTH VALENCIA CARDENAS

Universidad del Bosque

Departamento de Bioética

Maestría en Bioética

IV SEMESTRE

Bogotá

2020-I

USO TERAPÉUTICO DEL CANNABIS. UNA PROPUESTA A PARTIR DE ii

LA ÉTICA DE LA RAZÓN CORDIAL

ENSAYO ANALITICO

Autor:

ANA RUTH VALENCIA CARDENAS

Tutores:

Profesor BORIS JULIAN PINTO MD., M.SC., PHD.

Profesor HERNANDO CLAVIJO MD.,M.SC., MEd

Profesor JHONATAN LOPEZ NEIRA Sclo., Psic. M.Sc

Universidad del Bosque

Departamento de Bioética

Maestría en Bioética

IV SEMESTRE

Bogotá

2020-I

ACEPTACIÓN FIRMA DE LOS JURADOS

“En la vida no hay que tener miedo de nada, es todo una cuestión de saber. Ha llegado el momento de saber más, para temer menos”

Marie Curie

Tabla de Contenidos

Introducción

Capítulo I

Historia del cannabis medicinal y su prohibición.

Capítulo II

La planta del cannabis y el sistema endocannabinoide.

Capítulo III

Diferencias entre el uso médico y recreativo del cannabis.

Capítulo IV

La Ética de la Razón Cordial

Capítulo V

Uso terapéutico del Cannabis un análisis desde la Ética de la Razón Cordial.

Capítulo VI

Principios bioéticos para el uso terapéutico del cannabis

Conclusiones

Bibliografía

Tabla 1.

Bases de datos

RESUMEN

Por más de 100 años el cannabis medicinal ha estado en los dominios discursivos del derecho y las políticas internacionales, si bien se han hecho avances en los procesos de legalización, despenalización e investigación a nivel global, los conflictos entorno al cannabis medicinal tienen una dimensión social, necesitan un lenguaje común, unas normas compartidas por todas las personas. Es hora traer al cannabis medicinal al campo de bioética, que como práctica pluridisciplinaria y pluralista, esta llamada para aclarar los problemas de manera multilateral, en sociedades complejas. El propósito de este ensayo, es mediante las herramientas que propone Adela Cortina en la Ética del razón cordial, generar acuerdos, mediante un dialogo simétrico ciudadano y social, donde todas las partes involucradas sean escuchadas en igualdad de condiciones culturales y materiales, desde la razón y el corazón, para así definir el uso terapéutico del cannabis y proponer principios bioéticos que permitan llevar esta definición a la práctica clínica y la investigación.

Palabras clave: medical marijuana, análisis ético, ethical analysis, marihuana medicinal

INTRODUCCIÓN

El interés, para elaborar esta tesis se debe a que en los últimos 5 años me he dedicado al conocimiento del cannabis medicinal y al estudio de toda la complejidad que tiene la planta con más 100 fitocannabinoides y otras tantas sustancias con acción farmacológica; su interacción con el sistema endocannabinoide (SEC) que es el principal sistema de homeostasis del cuerpo y la función multi-objetivo de los cannabinoides, lo que le otorga la posibilidad de tratamientos poli-modales; nunca lo había estudiado antes en mis años de formación como médico, y tal vez de manera somera durante la especialidad de anestesia; he visto, si no todos, si en muchos documentales, testimonios de pacientes y de padres de pacientes, sin esperanza en la medicina que conocemos, que han encontrado un alivio en el cannabis medicinal, no sin antes tener que pasar por toda suerte de peripecias para conseguir algún producto de mediana calidad; he asistido a conferencias científicas y no tan científicas, a congresos médicos, donde la ciencia del cannabis es abrumadora y los resultados en estudios animales son prometedores y desconcertantes; he tenido la oportunidad de conocer activistas de los movimientos pro cannabis; he dictado conferencias, he escuchado de mis colegas “la anesthesióloga marihuanera” o “vamos a esa conferencia que seguro dan muestras”; recibo mensaje de colegas desesperados ante patologías que no retroceden en su agresividad, que han tenido que ver a sus pacientes morir con intenso sufrimiento y dolor y sin opciones terapéuticas, conozco infinidad de pacientes, que ante la falta de efectividad en el control de sus síntomas, escucharon que el

cannabis era una alternativa y lo consumen sin orientación médica y proveniente del mercado ilegal; pero también soy testigo directo del temor de muchos médicos hacia el uso de sustancias psicoactivas con fines medicinales, donde la evidencia es pobre, la educación nula y los pre conceptos marcan las decisiones, dejando al paciente solo y desinformado. Estas vivencias, me han llevado a apasionarme por el tema, pero también me obligan a hacerme una pregunta, de la cual sale la motivación para este ensayo como tesis de mi maestría de bioética. La abordo desde la mirada pluralista y pluridisciplinaria de bioética, porque desde el conocimiento y lógica médica no las he podido solucionar.

La pregunta, muy obvia por cierto, es ¿qué es el uso médico del cannabis y por qué es diferente del uso recreativo? Y esta duda surge por varios motivos:

1) el cannabis se encuentra en lista I de la calificación de sustancias estupefacientes, es adictivo y sin potencial terapéutico para las Naciones Unidas, pero los cannabinoides sintéticos están aprobados para tratar síntomas y pertenecen a otra lista menos restrictiva de fiscalización y hay aprobados dos medicamentos extraídos de la planta;

2) Hay por lo menos 32 países que han legalizado el uso del cannabis con fines medicinales pese a la restricción internacional;

3) Los motivos por los cuales aún se encuentra el cannabis fiscalizado, controlado, estigmatizado a nivel global son la adicción, las alteraciones de la memoria, los efectos pulmonares o la puerta de entrada al consumo de otras drogas, provienen de uso recreativo y no del uso medicinal;

4) El mercado está lleno de productos “medicinales” derivados del cánnabis que no cuentan con registros sanitarios, ni reporte de concentración de cannabinoides;

5) Los movimientos a favor de despenalización del cannabis y en algunos países donde está regulado el uso médico, es difícil determinar quién es paciente y quien no lo ha llevado a un endurecimiento de las Junta de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

Para aclarar la pregunta realice la búsqueda, de la forma sistemática a la que estoy acostumbrada y encontré varias definiciones, la del National Institute for Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos, que lo define como el “uso de toda la planta de marihuana sin procesar, o de sus extractos básicos, para tratar ciertos síntomas de enfermedades y otros trastornos (National Institute on drug Abuse, 2019). La fundación Canna hace una diferenciación entre el Uso Medicinal del Cannabis y el Cannabis Medicinal, se llama Cannabis medicinal de Grado Médico aquel que tiene con control de calidad, cuya producción esta estandarizada y que cumple con las normas internacionales para medicamentos herbales. El uso medicinal del cannabis se refiere al fin que le damos y no a su calidad (*Fundación Canna, 2020*). La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) no ha reconocido ni aprobado la planta de marihuana como medicina (Administration, 2020). El observatorio Europeo de Drogas, no define el cannabis medicinal sino a el uso médico del cannabis y los cannabinoides, y hace

referencia a una amplia variedad de preparados y productos que pueden contener principios activos diferentes y utilizar vías de administración diferentes (Hall, 2018).

Más desconcertante aún es encontrar que en los tratados internacionales que prohibieron el uso del cannabis del 1971 y 1961 se habla del uso médico y científico pero no se define con claridad que quiere decir esto y peor aún dejan a discreción de los países determinar que es un uso médico o científico (Organización de Naciones Unidas, 1961). En el 2003 la JIFE, en vista de la poca claridad ofrece cierta claridad en las definiciones de uso médico y científico, no refiriéndose al cannabis específicamente y propone que los fines médicos son el uso de una medicina (sintética y / o natural, pura o en forma de preparación) utilizada, diseñada o aprobada para los diferentes propósitos médicos y como fines científicos, a todo medicamento que sirva de herramienta de investigación y que cuando es usado en humanos se debe hacer parte de un estudio clínico (Jelsma & Armenta, 2015). En Colombia, la Ley 1787 del 2016 legaliza el uso del cannabis con fines médicos y científicos, pero tampoco lo define (Congreso De La República de Colombia, 2016). En el 2010, el Dr. Whitting (Whiting et al., 2015) define el cannabis medicinal como una terapia médica para aliviar o paliar síntomas. Estas definiciones provenientes tanto de reguladores, como de científicos y organizaciones de pacientes se centran en los derivados de la planta del cannabis, lo que lleva indefectiblemente a la sobreposición con el consumo recreativo, al tiempo que desconoce los argumentos y discursos de los pacientes y los médicos quienes, al final de cuentas, son los actores centrales en el uso médico del

cannabis. La elaboración de normas basadas en discursos monológicos de políticas antidrogas y centradas en los derivados de la planta, desconocen a los otros como interlocutores válidos e impide que estos aporten razones para defender su punto de vista, llevando a que las normas jurídicas y morales estén fundamentadas en exigencias de justicia personales, limitando el diálogo, la argumentación intersubjetiva y generando por lo tanto normas jurídicas y morales injustas (Habermas, 2000).

Para poder argumentar sobre la injusticia jurídica y moral de las normas sobre el uso médico del cannabis, expondré todos argumentos y conceptos relacionados con el tema, de manera simétrica, en igualdad de condiciones, sin desconocer el valor de cada uno, reconociendo la dignidad humana y su derecho a una vida digna que valga la pena ser vivida (Sen, 1999). Así mismo, cada contenido contará con las normas correctas de inteligibilidad, veracidad, verdad y corrección (Cortina, 2007b); estas normas constituyen el principio de la ética discursiva que, en palabras de Apel, se expresan desde la afirmación de que todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión (Apel & Cortina, 1991).

Complementaré este procedimiento de la ética del discurso, con la ética cordial, que demuestra que para argumentar con éxito es necesario que la obligación que genera el reconocimiento mutuo se base en una vertiente cordial y compasiva (Cortina Orts et al., 1998). Esta ética de la responsabilidad y del compromiso empodera las

capacidades de los afectados de tal manera que sea posible el diálogo (Cortina, 2007a). Se escapa del alcance de este ensayo proponer normás justas frente al uso del cannabis medicinal; sin embargo, reconocer la injusticia y deliberar desde la bioética en torno a la articulación de saberes, argumentos y el reconocimiento del vínculo comunicativo existente entre la ciencia, la medicina y los reguladores nos permite llegar a acuerdos que nos muestren la dimensión cordial del uso médico del cannabis. Este será el primer paso para que todos los afectados sean escuchados en simetría de condiciones desde la cordialidad, la solidaridad y la empatía.

Este reconocimiento mutuo de los afectados anula el individualismo de las políticas de cero tolerancia, promoviendo una ética intersubjetiva, capaz de articular las éticas de máximos, traspasando los límites del subjetivismo (porque las cuestiones de justicia exigen intersubjetividad) (Cortina, 2007a), genera obligaciones mutuas y propende por un reconocimiento cordial de los valores mínimos que los diferentes afectados deben compartir, como la igualdad, la libertad, la solidaridad, el respeto mutuo, la resolución de conflictos mediante el diálogo, y la voluntad de asumir responsabilidades (Cortina Orts et al., 1998).

El capítulo 1 estará enfocado en hacer un resumen de la historia del cannabis en la vida humana, desde sus orígenes hasta el descubrimiento de los componentes activos de la planta y las políticas de prohibición en torno al cannabis, las cuales son determinantes a la hora de crear, no solo normás, sino también imaginarios sociales, los cuales han trascendido la lógica de la ciencia. Finalizaré con los procesos más significativos de despenalización del cannabis con fines medicinales y su estado actual

en materia regulatoria. En el capítulo 2, siguiendo con el proceso argumentativo describiré la complejidad de la planta y del sistema endocannabinoide (SEC). De esta forma se argumentará en términos científicos sobre la importancia del uso terapéutico del cannabis, la relevancia de desligar, desde el punto de vista médico y social, el uso médico del uso recreativo del cannabis. En el capítulo 3 realizaré un breve resumen de la ética cordial, planteada por Adela Cortina. En el capítulo 4 se abordarán, desde la evidencia científica, las diferencias entre el uso médico y recreativo del cannabis y, posteriormente, se analizarán los conceptos desde la ética cordial. Finalmente, en el capítulo 5, inspirada en los dos últimos objetivos del método para educar en justicia planteado por Adela Cortina (motivar el actuar justo en los distintos tipos de relaciones y reconocer que la justicia social es una conquista de la que no debemos inhibirnos) (Cortina Orts et al., 1998), llevaré la definición de uso terapéutico del cannabis a la práctica clínica y la relación médico paciente; para esto, propondré, a partir de la ética de la razón cordial, un conjunto de principios bioéticos que orienten la toma de decisiones.

Este ensayo analítico tendrá como pregunta de investigación ¿cuáles son los fundamentos bioéticos para el uso terapéutico del cannabis?

El objetivo principal es analizar los fundamentos bioéticos del uso terapéutico del cannabis.

Para alcanzar este objetivo planteo los siguientes objetivos específicos:

1. Describir cuáles son las diferencias entre el uso terapéutico y el uso recreativo del cannabis.

2. Analizar el uso terapéutico del cannabis desde la perspectiva de la ética cordial.
3. Proponer un marco de principios bioéticos que orienten la toma de decisiones en torno al uso clínico y en investigación del cannabis.

La metodología para elaborar este ensayo analítico se compone de dos partes: la primera consiste en una revisión bibliográfica de los argumentos a exponer. Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica relacionada con el cannabis medicinal y bioética o ética, para determinar el estado de la cuestión en este tema. Se consultaron las bases de datos de Scopus, PubMed, EMBASE y Google Scholar. Los criterios de inclusión fueron los artículos publicados desde el 2005, citados al menos 5 veces y el factor de impacto. También se consideró el perfil del autor y la revista en la cual está publicado. Los términos de búsqueda se determinó por términos Mesh y uso de conectores booleanos: “médical marijuana AND (bioethics OR ethics)”, cannabis medicinal AND bioética OR ética. El resultado de la búsqueda arrojó en total: SCOPUS (17 artículos, 2 de los cuales no cumplen los criterios de inclusión y 4 repetidos). EMBASE (34 artículos). PUB MED (17 artículos, 15 repetidos). Google Scholar (465 artículos, de los cuales se descartaron 431 por no cumplir criterios de inclusión y 11 repetidos). Los artículos fueron escogidos según la relación con el tema a tratar.

CAPÍTULO I

HISTORIA DEL CANNABIS MEDICINAL Y SU PROHIBICIÓN.

La historia del cannabis medicinal se remonta a los egipcios, quienes fueron posiblemente la cultura más antigua en documentar su uso. Cerca del año 3000 A.C., escrito sobre la roca en las pirámides, se encuentran imágenes de la planta. Posteriormente, en múltiples papiros se describe ampliamente su uso por boca, vagina, recto y vía tópica en los ojos, como anti-inflamatorio, antibacteriano, analgésico y psicoactivo (E. B. Russo, 2007). En China, su uso data posiblemente de 12000 años atrás; sin embargo, el conocimiento se transmitía de forma oral; sólo hasta el año 2737 A.C, en el compendio de hierbas medicinales (ShenNung Pen tshao) se recomienda el uso de esta planta para el tratamiento del estreñimiento, gota, malaria y reumatismo y como analgésico en las intervenciones quirúrgicas (E. B. Russo, 2007). En la medicina hindú, el Atharva Veda (2000-1400 A.C) hace referencia a las propiedades medicinales de la planta en el tratamiento del dolor , cefalea, disentería , trastornos del sueño, la inflamación y las enfermedades venéreas (Grinspoon, 2005). En la medicina occidental, las primeras referencias sobre el uso terapéutico de la planta datan del 1621. El Dr. Robert Burton, en su libro “The Anatomy of Melancholy”, sugiere el uso de cannabis para la depresión. En 1794, el Dr. Nicholas Culpeper resume todas las

condiciones para las cuales se conocían efectos benéficos de la marihuana. En el siglo XIX, el Dr. Andrés Laguna (médico de Felipe II) describe el uso de la marihuana en dolor e inflamación. Entre 1840 y 1900 la medicina occidental recomienda ampliamente el uso del cannabis y dedica gran parte de su literatura a esta (Grinspoon, 2007). El Dr. O`Shaughnessy, profesor irlandés, médico de Calcuta en 1839, publica el resultado de sus estudios en el uso de cannabis en pacientes con rabia, reumatismo, epilepsia, analgesia y tétanos, e introduce el cannabis medicinal en el Reino Unido en 1841, difundiendo sus conocimientos por toda Europa y Estados Unidos (USA). A partir de 1854 se inicia la comercialización del cannabis medicinal en USA. En 1890, el Dr. JR Reynolds, médico de la realeza inglesa, resume su experiencia de 30 años en medicina cannábica indicándola en pacientes con insomnio senil, neuralgias, migraña, epilepsia, depresión, asma y dismenorreas.

A finales de 1800, el descubrimiento de la aguja hipodérmica, el desarrollo farmacéutico de medicamentos sintéticos como los opioides, el hidrato de cloral, barbitúricos y la aspirina, asociado a la variedad y poca estandarización en las preparaciones de cannabis, lo errático e impredecible de la absorción por vía oral, el desconocimiento de sus componentes activos y las diferencias individuales a la respuesta farmacológica, declinó el interés por el uso de la marihuana (Grinspoon Lester, 1969). Hacia 1960, se inicia un movimiento mundial hacia el consumo recreativo de la marihuana y las aplicaciones médicas empezaron a ser reportadas de manera anecdótica en revistas no científicas. El aumento de efectos adversos asociados a los medicamentos sintéticos, hace que los científicos vuelquen su interés

en la búsqueda de fármacos naturales con efectos sedantes, analgésicos e hipnóticos (E. B. Russo, 2007).

El primer paso en el conocimiento molecular del sistema endocannabinoide y su acción en el cerebro se produjo en 1964 cuando Gaoni y Mechoulam (de Fonseca et al., 2005), científicos Israelitas, gracias a los avances tecno-científicos de la época identificaron la estructura química del 9Δ -tetrahidrocannabinol (THC), principal responsable de las propiedades psicoactivas de los cannabinoides. El aislamiento de este compuesto se pospuso durante varios años dadas las características lipofílicas de los cannabinoides. En el estudio de su mecanismo de acción Matusda, en 1990 aisló el primer receptor cannabinoide llamado CB1 y en 1993 Munro, identifica el segundo CB2. Una vez caracterizados los receptores específicos se inicia la búsqueda de ligandos endógenos. En 1992, Devan, aísla la anandamida (AEA) el primer agonista endógeno (Devane, William A, 1992) y 1995 Mechulan el 2-araquidonilglicerol (2-AG) (Mechoulam, 1994). Di marzo en 1994 describe por primera vez el rol de la AEA en sistema endocannabinoide y en 1998 Cravatt determina los mecanismos de degradación de este nuevo sistema (Guzmán & Galve-Roperh, 2009).

Historia de la prohibición.

Hasta este momento hemos hablado del cannabis medicinal que hasta principios del siglo XIX se encontraba en los dominios de la medicina. En este punto abordaré la prohibición del cannabis que, como veremos más adelante, fue penalizado

como una droga sin considerar los propósitos medicinales, y sin ningún reparo se silenciaron las voces a favor del uso terapéutico, desconociendo a los pacientes, médicos y científicos como interlocutores válidos y provocando no solo políticas prohibitivas sino la construcción de escenarios sociales racistas, discriminatorios e intolerantes hacia un uso terapéutico.

El control internacional del cannabis se inicia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX a través de diversas iniciativas nacionales e internacionales para fiscalizar los estupefacientes e incrementar la supervisión de los productos farmacéuticos. Los primeros países en iniciar la prohibición del cannabis fueron Egipto y algunos países del mediterráneo, como Turquía, Grecia y Sudáfrica, quienes abogaron por la restricción como mecanismo de control social a la fuerza de trabajo, grupos rebeldes y desfavorecidos de la sociedad (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). Hacia 1880 se incrementa la presión para prohibir el cannabis a nivel mundial, y en 1894 el informe de la comisión de estupefacientes sobre el Cáñamo de la India generó el primer documento científico acerca del uso del cannabis. Este documento afirma que restringir el uso del cannabis en los pueblos cultivadores podría incentivar el consumo de sustancias mucho más adictivas y dañinas, así como que el uso de cannabis de forma moderada no produce efectos perjudiciales en la mente, no aumenta la delincuencia ni la violencia social. A pesar de este documento científico de 7 tomos este nunca fue tenido en cuenta en los subsiguientes debates en torno a la prohibición del cannabis (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). En 1912, en la convención del opio, Mohamed El Guindy, delegado de Egipto, propuso incluir el cannabis dentro de las

políticas para la fiscalización internacional, ya que la prohibición nacional no era una solución al consumo y “el Hachís era igual o más perjudicial que el opio” (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). En su discurso emotivo, distorsionó las estadísticas acerca del riesgo de enfermedades mentales con el uso de cannabis, informado erróneamente cifras escandalosas y, acudiendo a la falta de conocimiento del público de la convención acerca del cannabis, sentenció que “de no ser prohibido, se generaría una gran amenaza para el mundo” (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). Sin embargo, hasta este momento muchos productos farmacéuticos derivados del cannabis eran comercializados en Europa y Estados Unidos, por lo que los representantes de los otros países decidieron posponer la conversación en torno al cannabis y citaron a un sub comité, que un año después terminó en la inclusión del cannabis en la lista de productos de control jurídico internacional, durante la Convención del opio de 1925. Este régimen de fiscalización no prohibía la producción de cannabis ni el comercio nacional, no imponía medidas para reducir su consumo interno y no solicitaba a los gobiernos que proporcionaran sus cálculos de producción (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). El 2 de agosto de 1937, en Estados Unidos, se sanciona la ley TAX ACT, ley de Tributación de la Marihuana, aprobada por el gobierno federal de los Estados Unidos. Con esta ley se imponía un impuesto de actividad a los importadores, vendedores, comerciantes y a toda persona que manejara el cannabis medicinal. Las disposiciones de la Ley no estaban concebidas para recaudar ingresos ni para regular el uso de la marihuana. El objetivo era establecer los mecanismos jurídicos para imponer la prohibición de todos los usos de la marihuana incluido los medicinales. Esta

ley fue promovida por el director federal de antinarcóticos, Harry Anslinger, quien mediante una gran campaña de desinformación, que con un tono racista y xenófobo de fondo, demonizó el cannabis con supuesta asociación entre cannabis con crímenes violentos, psicosis, deterioro mental y consumo de otras sustancias (Bostwick, 2012). Dentro sus discursos más recordados y ridiculizados, está este: “La mayoría de fumadores de marihuana son negros, hispanos, músicos de jazz y artistas. Su música satánica se inspira en la marihuana, y cuando las mujeres blancas fuman marihuana buscan relaciones sexuales con negros, artistas y otros. Es una droga que causa locura, criminalidad y muerte; la droga que más violencia ha causado en la historia de la humanidad” (Barthwell & Baxter, 2010).

La campaña contra la marihuana fue alentada además por películas como *Reefer Madness*, lo que llevó a que en 1941 el cannabis medicinal fuera eliminado del vademécum de medicamentos en Estados Unidos. El sub-comité científico de las convenciones de estupefacientes emitió un documento en el cual insistía en que no existe ningún vínculo entre la violencia y el cannabis en África; además, afirmaba que se necesitaban más estudios sobre el contenido exacto del cannabis, así como sobre las causas de la adicción y su relación con la demencia y la delincuencia y sobre el creciente fenómeno de la sustitución del cannabis por la heroína que se estaba produciendo en el norte de África, Egipto y Turquía (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). El trabajo del subcomité, que finalizó en diciembre de 1939, demostró sensibilidad por las diferencias culturales en el uso del cannabis, pero sus recomendaciones fueron ignoradas al igual que las lecciones de la Comisión sobre Cáñamo.

La comunidad médica americana también se pronuncia en contra de la prohibición. El Dr. William Woodward testifica acerca de los potenciales usos medicinales de la marihuana e insiste en la necesidad de investigación al respecto. También en 1944 el alcalde de Nueva York, Fiorello La Guardia, publica un estudio realizado con el colegio médico de Nueva York, basado en cinco años de investigación interdisciplinaria que proporcionaba un análisis exhaustivo, imparcial y científico de la práctica de fumar marihuana entre la población latina y afroamericana de la ciudad. El informe concluyó que la práctica de fumar marihuana no conduce a adicción en el sentido médico del término, y que la droga no era el factor determinante en la comisión de delitos graves. Además, afirmó que la publicidad relativa a los efectos catastróficos de la marihuana carece de fundamento científico: “No existe relación directa alguna entre la comisión de delitos violentos y la marihuana” (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014). También concluyó que la marihuana en sí no tiene ningún efecto estimulante específico en lo que respecta a los deseos sexuales y el uso de marihuana no lleva a la adicción a la morfina, la cocaína o la heroína. Con estas conclusiones, el informe esperaba que se adoptara un enfoque científico y no político frente a la droga, sin embargo, de nuevo se hizo caso omiso a las voces de la comunidades científicas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, 2014).

En 1961 la convención única de estupefacientes¹, con la ley de control de drogas y prevención de abuso, bajo el preámbulo de estar, “*Preocupadas* por la salud física y moral de la humanidad, *Reconociendo* que el uso médico de los estupefacientes² continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin. *Reconociendo* que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad, *Conscientes* de su obligación de prevenir y combatir ese mal; *Considerando* que para ser eficaces las medidas contra el uso indebido de estupefacientes se hace necesaria una acción concertada y universal; *estimando* que esa acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes; *reconociendo* que las Naciones Unidas tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los órganos internacionales competentes pertenezcan a esa Organización y *Deseando* concertar una Convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una cooperación y una socialización internacionales

¹ La Convención única sobre estupefacientes, firmada el 30 de marzo de 1961 en Nueva York, es el tratado internacional contra la manufactura y el tráfico ilícito de drogas estupefacientes que conforma el fundamento del régimen global de control de drogas.

² Por estupefaciente se entiende cualquiera de las sustancias de las listas I y II, naturales o sintéticas.

constantes para el logro de tales finalidades y objetivos” (Organización de Naciones Unidas, 1961).

Esta Convención fue una iniciativa norteamericana alentada por la política nacional de tolerancia cero a las drogas, cuyo propósito era crear un sistema de fiscalización unificado y universal, además de sustituir los anteriores acuerdos internacionales que se habían desarrollado desde 1909 ante el alarmante incremento del consumo de opio en China, logró convertir la marihuana en sustancia ilegal y así ampliar las medidas de control existentes para abarcar el cultivo de plantas del que se derivan estupefacientes. Estas disposiciones colocaron una carga especialmente pesada sobre los países productores tradicionales de Asia, América Latina y África, en donde se concentraba en aquella época el cultivo y el uso tradicional generalizado de adormidera para opio, hoja de coca y cannabis. La Convención Única se fijó el objetivo de eliminar el consumo tradicional de opio en un plazo de 15 años, y el de la coca y cannabis en un plazo de 25 años. Dado que la Convención entró en vigor en diciembre de 1964, el plazo de 15 años para eliminar paulatinamente el opio terminó en 1979, y el de 25 años para la coca y el cannabis, en 1989. Las prácticas tradicionales, como los usos religiosos y el extendido uso cuasi médico de las tres plantas, debían abolirse. En esta convención se crearon cuatro listas de sustancias controladas para garantizar su fiscalización y se implementó un proceso que permite incluir nuevas sustancias en las listas sin necesidad de modificar el texto de los artículos del tratado. Las cuatro listas son:

Lista I: contiene las sustancias y precursores de estupefacientes consideradas como adictivas y de probable uso indebido. En esta lista se incluyó la morfina, la hidromorfona y las tinturas de cannabis.

Lista II: sustancias menos adictivas con menor riesgo de uso indebido (p. ej. codeína, dextropropoxifeno).

Lista III: preparados con baja cantidad de estupefacientes, poco susceptibles de uso indebido y que escapan la mayoría de normás de fiscalización (p. ej. comprimidos de codeína, que contienen 100 mg/comprimido como máximo, o jarabes para la tos, que contienen 2,5% de codeína como máximo).

Lista IV: contiene ciertos estupefacientes también clasificados en la Lista I, unas con propiedades particularmente peligrosas y de poca o ninguna utilidad terapéutica (p. ej. heroína, resina y planta de cannabis). Particularmente con respecto a los estupefacientes de la Lista IV, el artículo 2, de la Convención especifica que “las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica” (Organización de Naciones Unidas, 1961). Otras de las restricciones de la Lista I y IV incluyen: prohibición de todo uso, excepto el que con fines científicos y médicos que se realicen de forma muy limitada o por personas debidamente autorizadas en establecimientos médicos o científicos que estén bajo la fiscalización directa de sus gobiernos o expresamente aprobados por ellos. También

exige a los gobiernos una estricta vigilancia de las actividades y actos de investigación científica, mediante controles estrictos de la adquisición y detalles de su uso. Los intensos esfuerzos de los Estados Unidos, alentados por datos científicos poco fiables, campaña nacional de desprestigio al cannabis, políticas de segregación a diferentes grupos raciales y una influencia directa sobre la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS) contribuyeron a que el cannabis fuera condenado en esta Convención como una droga con propiedades particularmente peligrosas, sin ser sometida previamente esta decisión a la evaluación científica requerida para dicha clasificación por los expertos de la OMS (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014).

En 1971, el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, celebrada en Viena del 11 de enero, genera un nuevo tratado que se concibió para dar respuesta a la diversificación del consumo de drogas con el objetivo de controlar toda una nueva gama de sustancias psicoactivas (anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas y drogas psicodélicas). Durante las negociaciones de este convenio se hizo evidente la presión ejercida por la industria farmacéutica de Europa y los Estados Unidos, que temían que sus productos se vieran sometidos a los rigurosos controles de la Convención Única (Naciones Unidas, 2019). La necesidad de un nuevo tratado se fundamentó en una muy cuestionable distinción entre los ‘narcóticos’ o ‘estupefacientes’ controlados por la Convención de 1961, y las llamadas ‘sustancias sicotrópicas’, un concepto inventado sin una clara definición que permita debilitar las medidas de fiscalización internacional. En comparación con los estrictos controles que establecen las listas de la Convención Única sobre las drogas derivadas de plantas, el

tratado de 1971 impuso una estructura de fiscalización menos rígida a los nuevos productos comerciales exceptuando a las sustancias que quedaron en la Lista I (Organización de las Naciones Unidas, 1971). La planta de cannabis y sus derivados quedaron incluidos en la Lista I. Las listas de esta convención son:

Lista I: incluye sustancias de las que se afirma que comportan un riesgo grave para la salud pública, cuyo valor terapéutico no es reconocido actualmente por la Comisión de Estupefacientes y puede ser muy limitado o nulo.

Lista II: incluye las sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es débil o moderado. Incluye los estimulantes de tipo anfetamínico, algunos analgésicos y el dronabinol³.

Lista III: sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es moderado o grande. Incluye productos barbitúricos con efectos rápidos o medios como el flunitrazepam y algunos analgésicos como la buprenorfina.

³ Isómero del tetrahidrocannabinol aprobado por la Food Drug Administration (FDA) para el tratamiento de las náuseas y vómito por quimioterapia. El dronabinol había quedado inicialmente incluido en la Lista I en la convención de 1971, pero por una recomendación de la OMS, en 1991 la Comisión de Estupefacientes lo reclasificó en la Lista II. Una investigación científica posterior de la OMS sobre el dronabinol llevó a esta instancia a recomendar en 2002 una nueva reclasificación de la sustancia a la Lista IV de 1971. El Comité de expertos de la OMS adujo en ese entonces que “... *el riesgo de abuso del dronabinol no constituye un peligro sustancial para la salud pública de la sociedad*”. Esta recomendación no fue tomada en cuenta por razones políticas de algunos países, que veían inconveniente un relajamiento de la fiscalización del principal componente activo del cannabis. Unos años más tarde, en 2007, la OMS reactualizó su recomendación sobre el dronabinol pidiendo de nuevo su reclasificación ahora a la Lista III. No obstante el tema seguía siendo políticamente muy controvertido, por lo que la comisión decidió posponer la decisión aduciendo que se necesitaba otra evaluación de la sustancia. (Babayán et al., 1978) En el 2012 el comité de expertos de la OMS volvió a recomendar el cambio de lista, pero la Comisión de Estupefacientes decidió no llevarlo a votación en 2013. Al año siguiente la comisión en votación no adoptó la recomendación de la OMS para desclasificar el Dronabinol. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas., 2014)

Lista IV: sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo débil, pero significativo para la salud pública, y cuyo valor terapéutico varía entre escaso y grande, e incluye algunos barbitúricos más suaves, como el fenobarbital, y otros hipnóticos, ansiolíticos hipnóticos, benzodiazepinas y algunos estimulantes más suaves.

Cabe señalar que el orden de las Listas no es equiparable en ambos Convenios. En la Convención de 1961, la Lista IV es la más restrictiva, mientras que en el Convenio de 1971 es la menos restrictiva de todas. Este fenómeno de prohibición se tradujo en políticas de lucha contra la producción extranjera de las drogas, abanderada y financiada por los Estados Unidos, donde en 1971, el presidente Richard Nixon declaró la ‘guerra contra las drogas’, con lo que las drogas y su consumo se convirtieron en el “enemigo público número uno” de los Estados Unidos. También en ese mismo año, designó la Comisión Shafer⁴ para que estudiara el uso de cannabis en el país. Los resultados fueron contradictorios a las políticas de estado, ya que la Comisión se mostró partidaria de poner fin a la prohibición del cannabis y de adoptar otros enfoques, como una política de control social. Además, la Comisión recomendó que se descriminalizaran las cantidades pequeñas. El entonces presidente de los Estados Unidos, Richard Nixon, desechó las conclusiones de la Comisión, pero causaron gran

⁴ La Comisión Shafer, conocida como la Comisión Nacional sobre Marihuana y Abuso de Drogas, emitió un informe sobre sus hallazgos en 1972 que pidió la despenalización de la posesión de marihuana en los Estados Unidos.

impacto sobre las tendencias divergentes con respecto al cannabis en los Estados Unidos (Taylor, B.D, Blickman, T, 2014).

Despenalización del cannabis.

En 1973, Oregon se convirtió en el primer estado en descriminalizar el cannabis, es decir en ofrecer multas o sanciones leves para su consumo. California siguió este ejemplo en 1975 y Alaska dictaminó que la posesión de cantidades de hasta una onza para consumo personal era legal conforme a la constitución del estado y sus garantías de protección de la intimidad. En 1974, en los países bajos se adoptaron los *coffe shops* como mecanismo para el acceso. En agosto de 1979, el presidente Jimmy Carter aceptó, frente al congreso, las recomendaciones del Informe Shafer y concluye que se debe seguir desalentando el uso de marihuana, “pero esto se puede hacer sin definir al fumador como un delincuente” y propuso que la descriminalización no equivalía a la legalización. Carter fue derrotado en la elecciones de 1981, llegado al poder Ronald Reagan, quien reactivó la guerra contra las drogas de Nixon e introdujo una legislación prohibicionista más punitiva. En 1988 se cita a una nueva convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, enmarcada en el contexto político, histórico y sociológico que se desarrolló a lo largo de los años setenta y ochenta donde se incrementó la demanda de cannabis, cocaína, heroína en la mayoría de los países industrializados, y el aumento desmedido de consumo de *crack* en los Estados Unidos. En los países donde se habían cultivado tradicionalmente estas

plantas surgió, debido a la alta demanda del producto, un fenómeno de producción ilícita a gran escala para abastecer ese mercado, siendo un negocio multimillonario de alta expansión controlado por grupos delictivos. Este tratado obligó a los países a imponer sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de drogas, así como de los precursores químicos, reactivos y disolventes de estas (Babayán et al., 1978).

En el 2001 Canadá fue el primer país que adelantó los procesos de transformación jurídico-política del cannabis medicinal. En el 2018 autorizó el consumo recreativo en todo el territorio. Actualmente es uno de los países con mayor uso de cannabis medicinal y marihuana recreativa del mundo, estimándose que aproximadamente 6,2 millones de canadienses habrían consumido cannabis en 2019. A pesar del aumento en el uso terapéutico y paliativo (el número de consumidores de cannabis bajo prescripción médica pasó de 100 en 2001, a 37.800 en el 2019), la mayor parte de la marihuana se destina al consumo recreativo. En noviembre de 2012, los estados de Colorado y Washington, en los Estados Unidos, aprobaron mediante el voto popular mercados regulados de cannabis sujetos a impuestos para el cultivo, la distribución y el consumo de cannabis con fines no médicos. El 20 de diciembre de 2013, el presidente Uruguayo José Mujica promulgó la Ley 19.172⁵, con lo que se

⁵ Artículo 4 de la Ley 19.172: “La presente ley tiene por objeto proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, atacar las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como reducir la incidencia del narcotráfico y el crimen organizado”.

convirtió en el primer país del mundo en regular legalmente el mercado del cannabis desde la semilla a la venta. Mediante esta ley el estado asume el control sobre la importación, la exportación, el cultivo, la producción y la distribución de cannabis a través del Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA). Las autoridades uruguayas argumentaron ante la junta de fiscalización de estupefacientes y la Organización de Naciones Unidas (ONU) que la creación de un mercado regulado para el consumo de cannabis es impulsada por imperativos de salud y seguridad de los ciudadanos y, por lo tanto, es una cuestión de derechos humanos, donde estos prevalecen sobre los convenios de fiscalización de drogas. Sin embargo el gobierno uruguayo creó todos los mecanismo de control y regulación que le permitan de alguna forma no violar los tratados previos de estupefacientes (Hudak et al., 2018).

En la actualidad, el uso médico del cannabis está despenalizado o legalizado en por lo menos 33 países y bajo prescripción médica en 33 estados de los Estados Unidos de Norte América. El uso recreativo del cannabis está legalizado en 11 estados (Alaska, California, Colorado, Illinois, Maine, Mássachusetts, Michigan, Nevada, Oregón, Vermont y Washington), el Distrito de Columbia, las Islas Marianas del Norte y Guam.

En Colombia, con la ley 1787 de julio del 2016 y el decreto 613 de abril del 2017, se crea el marco regulatorio que permite el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis. El cannabis medicinal puede ser formulado por médicos en todo el territorio nacional; porcentajes mayores al 2 % de THC se considera psicoactivo

y por lo tanto su uso, formulación y distribución se regula bajo la norma de medicamentos controlados (Congreso De La República de Colombia, 2016).

Estado Actual de las políticas de fiscalización.

La marihuana ha adquirido, lentamente, un nuevo significado simbólico. La noción de estupefacientes usados por marhuaneros, paulatinamente ha migrado a una medicina compasiva que mejora la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas graves o terminales. Este cambio de actitud social es, y fue debido, a los movimientos sociales pro-cannábicos que visibilizaron ante la sociedad los argumentos de los pacientes y sus familias, obligando de alguna manera a ser incluidos en las decisiones y allanando el camino hacia su legalización. El proceso ha sido largo y complejo. Las leyes a favor del uso medicinal del cannabis representan la ruptura entre los imperativos políticos y las evidencias científicas.

La JIFE ha endurecido su posición frente al cannabis en respuesta a lo que consideran un aumento de tolerancia por parte de los gobiernos, lo que se traduce en un aumento paulatino de países que se alejan del enfoque punitivo frente al uso no médico del cannabis. Su posición hace referencia, especialmente, a los Estados Unidos, donde varios Estados han legalizado el uso médico en diferentes patologías, sin embargo, al no ser regulado dentro de los lineamientos que cumplan los tratados de fiscalización internacional de drogas, se ha dado lugar a la desviación de cannabis supuestamente medicinal a fines recreativos (Naciones Unidas, 2019). En su último

informe presentado en el 2019, con respecto al uso médico del cannabis, concluye: “El uso de cannabinoides con fines médicos debe aprobarse basándose en pruebas científicas sobre su calidad, seguridad y eficacia para usos médicos obtenidas mediante ensayos clínicos controlados”. Los cannabinoides deben ser formulados por médicos, y los gobiernos deben velar para que su prescripción no se desvíe a un uso no médico o a un uso indebido.

El cultivo personal de cannabis para fines médicos contraviene lo dispuesto en la Convención de 1961, porque aumenta el riesgo de desviación, ya que impide la supervisión de los gobiernos y la alta variabilidad en la concentración de cannabinoides es un riesgo para la salud de los pacientes.

Fumar cannabis no es una manera médicamente aceptable de obtener dosis normalizadas de cannabinoides por dos razones: en primer lugar, las plantas de cannabis varían en cuanto a su composición, lo que hace que sea difícil recetar dosis específicas; y en segundo lugar, los pacientes podrían inhalar sustancias carcinógenas y toxinas presentes en el humo de cannabis, con los consiguientes riesgos para la salud (Jelsma & Armenta, 2015).

Los productos de cannabis con fines medicinales comercializados como “medicinas a base de hierbas” son incompatibles con la clasificación del cannabis y sus derivados en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971.

Los productos de calidad farmacéutica derivados del cannabis con concentración estable de cannabinoides son la mejor manera de garantizar calidad y seguridad de los pacientes, por lo que estos deben ser aprobados por el sistema de

reglamentación farmacéutica del país, con usos médicos claramente definidos que eviten su uso en patologías sin evidencia científica.

Se deben hacer estudios clínicos de controlados aleatorizados que evidencia la seguridad y efectividad de los cannabinoides medicinales⁶. Las facultades de medicina y las sociedades clínicas deben realizar guías de práctica clínica para el uso de los cannabinoides medicinales con el fin de incorporar el uso de estos nuevos fármacos dentro de un contexto científico.

La tolerancia del uso “recreativo” del cannabis en muchos países es incompatible con la posición de esa sustancia en las Listas I y IV de la Convención de 1961. Las políticas de legalización de cannabis con fines medicinales flexibles y ambiguas contribuyen a una baja percepción del riesgo de los ciudadanos. Las ideas de la opinión pública acerca de los supuestos usos “médicos” del cannabis y de su uso “recreativo” se superponen y se confunden. Los países en desarrollo que se esfuerzan por eliminar el cultivo ilícito de la planta de cannabis se ven desalentados por las políticas tolerantes de sus países vecinos más ricos (Naciones Unidas, 2019).

⁶ Se entiende por cannabinoides medicinales aquellos compuestos extraídos de la planta o sintetizados, cuya seguridad y eficacia se han evaluado en ensayos clínicos controlados y a los que se ha expedido una licencia para su uso como medicamentos.

CAPITULO II

LA PLANTA DEL CANNABIS Y EL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE

La planta de cannabis fue descrita por primera vez en 1753 por el taxonomista suizo Carolus Linnaeus. Es una planta anual, dioica, de la familia cannabácea, que crece libremente en las regiones tropicales y subtropicales, cultivada con múltiples propósitos. Del tallo se obtiene la fibra de cáñamo (uso textil), pulpa de papel o madera. De las semillas, que son ricas en ácidos grasos omega 3 y omega 6, se obtiene alimento o son la base para la extracción de aceite vegetal de uso culinario. De las flores (planta hembra) se obtienen los fitocannabinoides y terpenoides que se producen y almacenan en micro-glándulas denominadas tricomás, en forma de resinas que se pueden extraer de forma manual (Hachís) o mediante diferentes técnicas con solventes (Piomelli & Russo, 2016). La planta contiene por lo menos 104 tipos de fitocannabinoides y 545 diferentes compuestos, distribuidos en 18 clases diferentes de químicos, como son terpenos, flavonoides, aminoácidos, proteínas, alcoholes, cetonas, compuestos de nitrógeno, enzimas, glicoproteínas, aldehídos, ácidos grasos, ésteres, esteroides, fenoles, hidrocarburos, lactonas, vitaminas y pigmentos. La combustión produce más de 400 compuestos activos, como el monóxido de carbono e hidrocarburos aromáticos policíclicos, con alto potencial tóxico pulmonar, lo que le hace indeseable para fines terapéuticos (Nahtigal et al., 2016). Los fitocannabinoides se encuentran en diferentes concentraciones, dependiendo del tipo de planta, del

cultivo, del suelo, pero principalmente del propósito de su cultivo (Fischedick et al., 2010) (Fischedick J, 2015). Por su interacción con SEC poseen un gran potencial terapéutico en el alivio de múltiples síntomas y posiblemente como tratamiento de algunas enfermedades. El Δ 9-tetrahidrocannabinol (THC) es el único cannabinoide intoxicante de la planta, responsable de los efectos recreativos de la misma. Los fitocannabinoides no intoxicantes más relevantes y estudiados son: el Cannabidiol (CBD) principal cannabinoide no intoxicante con amplio potencial terapéutico; Cannabinol (CBN); Cannabigerol (CBG), Cannabicromone (CBC), Delta 9-tetrahidrocannabivarin (Δ 9- THCA) y Ácido cannabidiólico (CBDA) (Fischedick et al., 2010) (Fischedick J, 2015). Los terpenos son compuestos responsables del olor característico del cannabis. Se han documentado más de 200 en la planta de cannabis con 5 dominantes en las diferentes variedades. Concentraciones superiores al 0.05 % se consideran de interés farmacológico y tiene un amplio espectro de acción como anti-oxidantes, ansiolíticos, anti-inflamatorio, anti-bacterial, anti-neoplásico y anti-maláricos (E. B. Russo, 2011)(Andre et al., 2016). Del resto de compuestos poco se sabe acerca de sus acciones farmacológicas, sin embargo, diversos estudios han demostrado que el uso de la planta completa, medicina basada en extracto de cannabis (CBME) comparada con derivados puros de cannabis naturales o sintéticos son de dos a cuatro veces más efectivos en el alivio de síntomas o manejo de patologías según los diferentes estudios clínicos (Entourage Effect) (E. B. Russo, 2011) (Wilkinson et al., 2003) (E. B. Russo & McPartland, 2003) (E. Russo, 2003).

Con respecto al sistema endocannabinoide que el sistema objetivo del uso del cannabis medicinal, podemos decir que consiste en un antiguo y evolucionado sistema de señales, distribuido de manera ubicua en el organismo que cumple un papel importante en procesos fisiológicos de homeostasis y autorregulación en salud y enfermedad (Guzmán & Galve-Roperh, 2009). Está conformado por los receptores cannabinoides (RCB) tipo 1 (RCB1) y tipo 2 (RCB2), ligandos endógenos o endocannabinoides y sistemas específicos de síntesis y degradación. (Giaouris, E., Chorianopoulos, N., Skandamis, P. y Nychas, 2012). Además de estos dos receptores que corresponden al sistema endocannabinoide clásico, se describe el sistema endocannabinoide ampliado, donde debido a la afinidad de los cannabinoides endógenos y exógenos por otros receptores no cannabinoides se incluyen los receptores huérfanos GPR55, GPR35, GPR18 y GPR119, los receptores vaniloides (TRPV1), canales iónicos dependientes de voltaje (calcio, Sodio y potasio), canales iónicos dependientes de ligando (GABA, Glicina), receptores de proteína transportadoras de membrana como los receptores transitorios (TRP), receptores proliferadores de peroxima (PPARS) y antagonismo receptores 5 hidroxil Triptamina (5HT3) (Ramos Atance & Fernandez Ruiz, 2000). Los cannabinoides definidos como toda aquella sustancia que actúan sobre los receptores cannabinoides, sin embargo, estas moléculas tienen un carácter no selectivo de acción interactuando con diferentes receptores. Los cannabinoides pueden ser endógenos como la Anandamida (AEA) que es un agonista parcial de alta afinidad de los RCB1 y casi inactivo en RCB2 y el 2 Amino Glicerol agonista completo en ambos RCB con afinidad moderada a baja (2-

AG). La AEA se inactiva a través de mecanismos de recaptación celular y degradación enzimática. Se ha propuesto que estos procesos involucran al menos dos proteínas, un transportador que promueve la absorción celular de AEA, y la amida hidrolasa de ácido graso (FAAH), que hidroliza AEA a ácido araquidónico (AA). El 2-AG es metabolizado por monoacilglicerol lipasas (MAGL). Los fitocannabinoides de los cuales hablamos previamente, hace referencia a todos los cannabinoides naturales derivados de la planta Cannabis (Fischedick et al., 2010)(Fischedick J, 2015)(E. B. Russo, 2011). Los Fitocannabinoides más abundantes en la planta son el Δ 9- tetra hidrocannabinol (THC) cannabinoide psicoactivo agonista de los RCB1 y RCB2 y los fitocannabinoides no psicoactivos más estudiados, Cannabidiol (CBD) con una afinidad por los RCB1 y RCB2 comparado con el THC y que en presencia del THC antagoniza los receptores RCB1, aun a bajas concentraciones, proporcionado acción regulatoria sobre los efectos adversos del THC, también es agonista de los receptores vaniloides (TRPV1) (Niesink & van Laar, 2013)(Campos et al., 2016), inhibe la FAAH aumentando los niveles de AEA (Mechoulam et al., 2002)(Leweke et al., 2012). La función de los otros cannabinoides sobre el sistema endocannabinoide se encuentra en estudio, sin embargo se han vinculado al tratamiento de la obesidad, ansiedad, dolor, neoplasias entre otros (Wilkinson et al., 2003) (E. B. Russo & McPartland, 2003) (E. Russo, 2003).

CAPITULO III

DIFERENCIAS USO MÉDICO DEL USO RECREATIVO DEL CANNABIS

La falta de claridad entre el uso médico y el uso recreativo del cannabis, llevó a que desde principios del siglo XX, el cannabis medicinal fuera fiscalizado internacionalmente y embebido entre normás políticas y morales prohibicionistas, que sistemáticamente han desconocido los discursos de la ciencia, la medicina y los pacientes; los discursos se centran en el componente psicoactivo (THC) que, más allá de la recreación, es el único cannabinoide con el potencial de activar algunos de los receptores más importantes en las vías del dolor y la emociones; desconocen la existencia de otros cannabinoideos y compuestos que alivian el sufrimiento de pacientes sin esperanza en la medicina convencional, con menores efectos adversos, con mayor rango de seguridad y que con más estudios preclínicos que muchos de los medicamentos que utilizamos actualmente. La falta de claridad acerca del uso terapéutico entre los usuarios y la población general genera además de una falsa sensación de seguridad, desconociendo que al igual que todas las otras sustancias tiene unas indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos; no es infrecuente que muchos de los usuarios que dicen hacer un uso terapéutico de la marihuana reconozcan que la consumen con fines recreativos. Es muy probable que una buena parte de las personas que la consumen solo para pasarlo bien, estén en realidad auto-mediciándose para paliar síntomas desagradables, problemas de ansiedad de insomnio o, pertenezcan a ese 9% de los consumidores recreativos que desarrollan

dependencia. También la falta de claridad abre la posibilidad a que el mercado medicinal solape el consumo recreativo y que parte de los productos recreativos que no ofrecen seguridad ni efectividad sea consumido con fines medicinales.

Llegar a un acuerdo justo sobre que es el uso terapéutico del cannabis tiene implicaciones para la vida moral, la vida política, la salud y la económica (Cortina, 2007b). Si bien dentro de los informes de las juntas de fiscalización se hace mención al uso médico del cannabis, existe un abismo entre lo que estas plantean y las realizaciones, al hablar de principios y valores morales, es decir un amplio trecho entre la moral pensada y la moral vivida (Cortina, 2007a). Se permite el uso del cannabis con fines médicos o de investigación pero está clasificado como potencialmente adictivo y sin aplicación terapéutica, lo que limita la investigación y la educación, y pero aun, no está claro a que se refiere las convenciones con el uso médico del cannabis. Algunos países han hecho esfuerzos por despenalizar el uso terapéutico, permitiendo la producción, procesamiento y comercialización del cannabis, pero los imaginarios sociales, la estigmatización, la falta de educación social y médica, sumado a débiles esfuerzos para lograr el acceso de los pacientes, conllevan a un ciclo interminable de injusticia, donde como siempre son los más vulnerables, los pobres y los enfermos, los afectados, sin opciones terapéuticas, abocados al mercado ilegal, al uso clandestino, alejado de los tratamientos médicos, exponiendo su salud y su integridad. Además perpetúan que las discusiones éticas, sociales, médicas y políticas se sobrepongan en un interminable círculo, generando injusticia en las normas, los discursos y los comportamientos sociales.

El establecer brechas conceptuales, morales, éticas, políticas y de imaginario social entre el uso recreativo y medicinal de una planta psicoactiva y fiscalizada internacionalmente no es una idea nueva. La planta del opio (*Papaver somniferum*), de la cual se extraen los alcaloides, como la morfina y la codeína, reconocidos universalmente como potentes analgésicos, sin los cuales la medicina moderna estaría abocada al dolor incontrolable, es también la fuente de sustancias recreativas altamente adictivas y peligrosas como la heroína (Michael J. Brownstein, 1993). Ambas sustancias medicinales y recreativas actúan sobre el sistema opioide endógeno (SEO), descubierto a partir de los principios activos de la planta del opio, lo que transformó la forma como hoy concebimos el dolor y el placer (Robledo et al., 2008). Doscientos años después del descubrimiento de los opioides, no es posible imaginar la analgesia sin estos; no hay lugar a duda de su efectividad, se conocen claramente sus riesgos y son aceptados dentro del marco terapéutico. Los opioides son formulados por médicos formados académicamente en el conocimiento del SEO y los múltiples beneficios que ofrece paliando el dolor; los pacientes tienen acceso a una gran variedad de medicamentos, que si bien son controlados por las juntas de fiscalización, cuentan con toda las garantías de calidad, evitando riesgos innecesarios. En este momento es inconcebible un paciente con cáncer y dolor insoportable teniendo que acudir al mercado ilegal, estigmatizado o juzgado por el consumo de opioides, sería irracional considerarlo delincuente o adicto, ningún profesional de la salud, ciudadano, paciente o regulador dudaría de la legitimidad del uso terapéutico en este paciente. Otro sería el escenario si la persona que consume es un joven sin ninguna

condición médica que utiliza heroína para amenizar las en las fiestas, con esto no pretendo generar debate acerca de lo aceptable o no que es el consumo recreativo de sustancias, pretendo hacer notar que independiente del hecho que los opioides como la morfina o la heroína, provengan de una misma planta, no tienen implícito las mismás consideraciones morales, éticas, legales o sociales. El uso terapéutico de los opioides permitió crear límites morales claramente definidos que lo separan del consumo recreativo, que van desde el propósito de su uso, el tipo de usuario, las vías de administración hasta los mecanismos de producción y comercialización. Este proceso de argumentación donde se reconocieron las voces de los afectados permito la trasformación de un mercado ilegal del opio altamente criminalizado en una práctica médica legítima (Cuba, 2003). Este es el punto en el que el cannabis medicinal debe aspirar, a estar totalmente desligado moral y éticamente, de su uso recreativo, reconocido por sus principio activos, su efectividad, su perfil de seguridad, riesgos y efectos adversos, conocido por el personal de salud desde su formación académica, con estudios clínicos que soporten su uso y al igual de que los opioides su abuso será producto de una reflexión moral individual que se escapa del alcance de este ensayo.

Diferencias semánticas

El termino **cannabis** se refiere a todos los productos extraídos de la planta de cannabis. Los productos de la planta de cannabis incluyen las sumidades floridas (marihuana), la resina de cannabis prensada (hachís), aceites de cannabis, extractos

de cannabis concentrado (ceras) y preparados comestibles.(Jelsma & Armenta, 2015)

Los **cannabinoides** son aquellas sustancias que actúan sobre el sistema endocannabinoide, pueden ser neurotransmisores endógenos del individuo (endocannabinoides), sustancias que se encuentran en la planta de cannabis (fitocannabinoides) o producidos de manera sintética (exocannabinoides).

El **cannabis medicinal (CM)** se refiere al uso médico de los cannabinoides, que tiene como propósito aliviar síntomas o tratar enfermedades (Whiting et al., 2015) (Naciones Unidas, 2019). **Marihuana (MH)** o weed, herb, pot, grass, bud, ganja, Mary Jane, porro, bareto y una gran cantidad de otros términos, se refiere al nombre callejero de una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo o de la planta de cannabis. Para facilidad semántica utilizaré el término marihuana para referirme al consumo recreativo del cannabis.

Diferencias en el propósito de consumo

Con respecto al propósito del consumo, podemos decir que hay por lo menos tres tipos de usuarios. Aquellos que consumen cannabis con fines religiosos o culturales, los cuales se salen del propósito y el alcance de este ensayo. Aquellos que consumen marihuana con fines recreativos o de consumo adulto y aquellos que usan CM con el fin de aliviar síntomas o curar enfermedades.

Consumo recreativo

La marihuana es el la droga más consumida a nivel mundial. Alrededor de 188 millones de personas consumieron cannabis en el año 2018, con una prevalencia global de consumo del 3% comparada con el 0.2% que consume cocaína y el 0.2% que consume opiáceos. En los últimos diez años la prevalencia del consumo del cannabis se ha mantenido estable a nivel mundial, pese a la tendencia al alza registrada en América y en Asia. La mayor prevalencia de consumo se encuentra en Estados Unidos de Norteamérica donde alcanza hasta el 11%, Oceanía y África central. En Colombia, al igual que en el resto del mundo la marihuana es la sustancia de mayor consumo, seguida de la cocaína, el bazuco y el éxtasis. La prevalencia de consumo es 11,48% en la vida y de 3,27% en los últimos 12 meses (Observatorio de drogas de Colombia, 2017).

El propósito del consumo de marihuana es la psicoactividad, que se obtiene a partir del consumo de THC (el consumo de otros cannabinoides no se ha asociado a abuso). La psicoactividad (High, stoned o traba) se caracteriza por sensación de euforia, relajación y bienestar, asociado a locuacidad, alteración de la percepción del tiempo, aumento del apetito e Intensificación de percepciones sensoriales (World Health Organisation, 2018).

Cannabis medicinal

El uso de cannabis con fines medicinales ha acompañado la historia de la humanidad desde sus orígenes, sin embargo la connotación medicinal como la vemos

actualmente está ligada a procesos legales y de legitimación de su uso. El propósito del uso del cannabis medicinal es aliviar un síntoma o curar una enfermedad y esta connotación inmediatamente lo diferencia del uso no médico.

Actualmente el cannabis medicinal ha mostrado evidencia como terapia coadyuvante en síntomas refractarios al tratamiento convencional de la espasticidad por esclerosis múltiple, el dolor crónico, las náuseas y vomito por quimioterapia y epilepsia infantil de difícil manejo (Klimkiewicz & Jasinska, 2018). Sin embargo y debido a su interacción con el SEC, existe evidencia y estudios observacionales sobre muchas patologías, para la cual los tratamientos médicos actuales son insuficientes o los efectos adversos son poco tolerados, como por ejemplo glioblastoma multiforme, esclerosis tuberosa, fibromialgia, migraña enfermedad de Crohn, anorexia, depresión, depresión ansiedad entre muchos otros (Whiting et al., 2015). Determinar la prevalencia del uso de cannabis medicinal es aún más difícil que determinar la del consumo de marihuana esto debido a que, primero a pesar que el cannabis medicinal está legalizado en más de 32 países a nivel mundial, no es claro cuáles de estos tienen asegurada la regulación que permita el acceso de los pacientes a los medicamentos, segundo existe una gran oferta de derivados herbales de cannabis ofrecidos como productos medicinales que no cumplen con la definición ni con la normatividad para su consumo, tercero como vía alternativa al consumo de productos elaborados los pacientes recurren al auto cultivo, cuarto hay una gran estigmatización frente al uso del cannabis medicinal lo que hace que los datos sean poco confiables y quinto debido a la falta de formación médica frente al uso de cannabinoides los

pacientes se auto médican haciendo aún más difícil tener datos estadísticos claros. Sin embargo y a pesar de no disponer de datos estadísticos globales, al realizar la revisión de literatura encontré abundante información sobre percepción y hábitos de uso del cannabis con fines medicinales, también referencias sobre la percepción de los médicos, que a pesar de no ser consumidores directos, tiene delegado la prescripción y seguimiento de esta nueva herramienta terapéutica. Cabe aclarar que estos estudios se han realizado en aquellos países donde hay legalización y de alguna manera acceso al producto.

En el 2019 un grupo italiano publica una encuesta realizada entre pacientes oncológicos de dos centros de atención. Incluyeron 232 pacientes y concluyeron que el 81% de los pacientes habían escuchado acerca del cannabis medicinal y el 34% de los encuestados pensó en usar cannabis para tratar uno o más de sus propios problemas de salud, especialmente el dolor, pero están mal informados y no tienden a pedir información sobre el cannabis medicinal a los profesionales de la salud (Cortellini et al., 2019). En 2018, Martell y colaboradores publican los resultados de una encuesta anónima sobre el consumo de cannabis en pacientes mayores de 18 años que asistían a 2 centros oncológicos integrales y 2 comunitarios, en Canadá. Obtuvieron una muestra de 1987 encuestas. De los encuestados, el 43% reportó consumo de cannabis en algún momento de la vida. También encontraron que el cannabis que consumen los pacientes oncológicos se adquirió a través de amigos (80%). Las razones de uso incluyeron: dolor relacionado con el cáncer (46%), náuseas (34%), otros síntomas de cáncer (31%) y razones no relacionadas con el cáncer (56%),

con lo cual concluyen el amplio uso del cannabis medicinal en pacientes con cáncer (43%) (Martell et al., 2018). En el 2018, Sarid publica un artículo realizado en 133 pacientes con enfermedad de Hodkin, atendidos en un centro oncológico de Tel-Aviv, realizan una encuesta con 38 preguntas y concluyeron que los consumidores de cannabis informaron una mejoría en el dolor, el bienestar general, el apetito y las náuseas. El 81,5% informó una alta eficacia general del cannabis para aliviar los síntomas (Sarid et al., 2018). En el 2017, Pergman publica un estudio diseñado para determinar la prevalencia y los métodos de uso entre pacientes con cáncer, los beneficios percibidos y las fuentes de información en un estado con cannabis legalizado (Washington USA). Aplica una encuesta 926 pacientes y encontraron que el uso previo fue común. El cannabis se usó principalmente para síntomas físicos y neuro psiquiátricos, concluyeron que los pacientes con cáncer en un estado con cannabis legalizado tienen altas tasas de uso activo y que los pacientes con cáncer desean pero no reciben información sobre el consumo de cannabis durante el tratamiento por parte de proveedores de oncología (Pergam et al., 2017). En 2016 (Sexton), realizó una encuesta acerca del consumo del cannabis medicinal, con una muestra de 1429 participantes, evidenciaron que las causas más frecuentes de consumo fueron dolor (61.2%), ansiedad (58.1%), depresión (50.3%), dolor de cabeza o migraña (35.5%), náuseas (27.4%) y espasticidad muscular (18.4%), con una reducción del 86% en los síntomas, resaltándolo así como una alternativa a las fórmulas médicas en un 59.8%. Los investigadores concluyen que, si bien el cannabis medicinal es usado para el control de una amplia gama de síntomas, este se consume

sin supervisión médica, por lo cual se debe fortalecer dicho aspecto para reducir incongruencias en su consumo. En el 2015 la revista *Epilepsia* publicó una encuesta en línea sobre la seguridad y eficacia de la marihuana medicinal, entre los lectores de la revista. La muestra se recogió entre el 20 de mayo y el 1 de septiembre de 2014. La encuesta constó de ocho preguntas que abordaban temas como datos de seguridad y eficacia, si las personas que respondieron recomendarían probar la marihuana médica en casos de epilepsia refractaria grave, y si deberían estar disponibles compuestos de grado farmacológico que contengan CBD. También evaluaba datos demográficos. De 776 que comenzaron o completaron la encuesta, el 58% eran pacientes de América del Norte y el 22% eran epileptólogos y neurólogos generales de Europa y América del Norte. Una minoría de epileptólogos y neurólogos generales dijo que había suficientes datos de seguridad (34%) y eficacia (28%), y el 48% recomendaría el uso de marihuana médica en casos graves de epilepsia. En comparación, casi todos los pacientes y el público dijeron que había suficientes datos de seguridad (96%) y eficacia (95%), y el 98% recomendaría la marihuana medicinal en casos de epilepsia grave. Los médicos generales, los investigadores básicos, las enfermeras y las profesiones relacionadas con la salud se pusieron del lado de los pacientes y dijeron que había suficientes datos de seguridad (70%) y eficacia (71%), y el 83% recomendaría el uso de cannabis en los casos graves. La mayoría (78%) dijo que debería haber compuestos de grado farmacológico que contengan CBD, y no hubo diferencias entre los especialistas, el personal médico general, los pacientes y el público. Los autores concluyeron que existe una gran disparidad de opiniones sobre el

uso de la marihuana medicinal y la CDB en el tratamiento de personas con epilepsia. Esta discrepancia de opiniones varía entre los especialistas y los médicos generales y el público en general (Mathern et al., 2015). En el 2019 en la revista JAMA se publica la encuesta nacional de consumo de CM en adultos con condición médica entre el 2010 -2016, dentro de los datos más relevantes que encuentran que en comparación con los que no tienen afecciones médicas, los adultos enfermos tuvieron una prevalencia significativamente mayor del consumo actual y diario de marihuana en todos los grupos de edad, excepto en los de 65 años o más. Entre los adultos jóvenes de 18 a 24 años con afecciones médicas, el 25.2% informó el uso actual de marihuana y el 11.2% usó marihuana a diario.(Dai & Richter, 2019).

Los estudios acerca de la percepción y el conocimiento de los médicos acerca del cannabis medicinal son escasos, a pesar de ser central su percepción para legitimar el uso médico. En 1998 un ejercicio similar entre 1992 y 1994, se encuestaron 1122 oncólogos, de los cuales el 30% estaba a favor de la legalización, el 6% había formulado derivados sintéticos del cannabis y el 1% cannabis fumado (Schwartz, 1998). En el 2005 (Charuvastra), realiza una encuesta a 960 médicos, sobre las actitudes de los médicos con respecto al valor terapéutico de la marihuana. Este estudio se basó en una muestra nacional de 960 médicos de diferentes especialidades, de familia, internistas, gineco-obstetras, psiquiatras y especialistas en adicciones. El 36,1% creía que los médicos deberían poder prescribir cannabis medicinal legalmente, el 26% era neutral y el 37,8% se oponía. Los autores concluyeron que en general los médicos están menos a favor que la población en

general, en la legalización del cannabis con fines medicinales. En 2011 (Uritsky & Mcpherson, 2011) encontraron resultados contrastantes. Este estudio utilizó un cuestionario de 16 elementos para evaluar el conocimiento, la experiencia y las opiniones de los profesionales de los cuidados paliativos con respecto al uso de la marihuana en pacientes terminales en una cadena nacional estadounidense de hospicios. Fueron encuestados 194 profesionales de la salud: 68.6% enfermeras, 6.8% médicos y 24.6% profesionales de otra categoría. Aproximadamente el 90% apoyó la legalización del cannabis para los síntomas paliativos, y la mayoría (86.1%) estuvo de acuerdo en que el cannabis tiene beneficios clínicos. El autor concluyó que al igual que el público en general, los proveedores de atención médica de hospicio, generalmente están a favor de la legalización de la marihuana y respaldarían su uso en el manejo de los síntomas para sus pacientes con enfermedades terminales. En el 2013 (Kondrad & Reid, 2013) encuestaron a médicos familiares en Colorado, EE. UU., sobre sus actitudes hacia el cannabis medicinal. De los 520 médicos que respondieron, que representan el 30% de la población de médicos de familia, sólo el 19% apoyó a los médicos que prescribieron cannabis medicinal como tratamiento, mientras que el 46% se opuso. La mayoría de los médicos creían que podía conllevar riesgos físicos y mentales. En 2013, el *New England Journal of Medicine* (Adler & Colbert, 2013) realizó una encuesta en línea sobre el cannabis medicinal. Un total de 1446 encuestados se les presentó un caso de un paciente de 46 años con cáncer de mama metastásico, seguido de puntos de vista opuestos de expertos, y se les pidió que votaran sobre la prescripción de cannabis medicinal para este paciente. El 76% votó

a favor del uso medicinal del cannabis. Concluyendo la mayoría de los clínicos recomendarían el uso de marihuana medicinal en ciertas circunstancias. La gran mayoría de los médicos exigieron una mayor investigación para llevar la discusión hacia una base más sólida de evidencia. En 2015, en Israel se realizó un estudio transversal que evaluó el conocimiento, la experiencia y las actitudes de los médicos israelíes de diferentes especialidades en relación al uso de cannabis medicinal. La muestra fue de 100 médicos de diferentes especialidades que incluían oncología, medicina para el dolor, rehabilitación, psiquiatría y neurología. Setenta y dos médicos (72%) respondieron. Los profesionales generalmente estuvieron de acuerdo en que el tratamiento con cannabis medicinal podría ser útil para pacientes crónicos y con enfermedades terminales (79.2%). El 88.8% consideraron que la educación sobre cannabis medicinal debería estar disponible para los médicos y el 55.7% de los médicos tenía un conocimiento medio alto sobre la farmacología del cannabis. El autor concluyó que en contraste con otros estudios, hay una aceptación parcial del cannabis medicinal como agente terapéutico y que se necesitan más estudios en profundidad para abordar las necesidades reglamentarias y educativas. Los autores concluyeron que existe una gran disparidad de opiniones sobre el uso de la marihuana medicinal y la CBD en el tratamiento de personas con epilepsia. Esta discrepancia de opiniones varía entre los especialistas y los médicos generales y el público en general (Mathern et al., 2015). El estudio nacional realizado en el 2019 por la Sociedad Colombiana de Anestesia, acerca de la percepción sobre el cannabis medicinal en los médicos fue contestado por 1465 médicos en Colombia. Estos calificaron sus conocimientos sobre

CM en 2.5 sobre 5 puntos, el 82% considera el cannabis medicinal un medicamento, el 52% ha recomendado el uso del CM sin embargo solo el 14% lo ha formulado alguna vez. También se encontró que el 76% de los médicos estaría dispuesto a formular cannabis medicinal y el 93% considera importante la educación médica.

Estos estudios ofrecen un panorama acerca del consumo de cannabis con fines medicinales en países donde está legalizado, como se evidencia el mayor consumo está en pacientes con enfermedades graves a los cuales el tratamiento convencional no ofrece otra alternativa, la gran mayoría acude al mercado ilegal de productos, se automédica y no lo comenta con su médico, por miedo a la estigmatización. Por otro lado están los médicos desinformados que sí reconocen un potencial terapéutico en esta nueva forma de tratamiento, pero debido a la falta de información, de investigación, de normas y lineamientos claros, cierran sus ojos y, o bien, no ofrecen el tratamiento a los pacientes o los dejan en manos del mercado ilegal y la automedicación.

Diferencias en la vía de administración y concentración de cannabinoides.

Marihuana recreativa

La vía de administración preferida con fines recreativos es la vía inhalada, que permite un rápido inicio de acción y titulación de la dosis. Se puede inhalar por diferentes medios, el más popular es fumado, en forma de cigarrillo sin filtro que es enrollado a mano (“joint o porro”), que habitualmente es mezclado con tabaco, lo que contribuye a la combustión. Otra forma de inhalación de la flor de cannabis son las

pipas de agua o "bong" que al igual que el cigarrillo combustiona la flor (Oil, 2017). La combustión genera más de 600 productos, como el monóxido de carbono, benzopireno, benzantraceno, amoníaco, acetaldehído, formaldehído, acroleína, fenoles, nitrosaminas, especies reactivas de oxígeno e hidrocarburos aromáticos policíclicos, alquitranes, entre otros, que son potencialmente cancerígenos e irritantes pulmonares. Esto, asociado a las técnicas de inhalación profunda y de retención destinadas a aumentar el tiempo de absorción del THC, provoca mayor carga pulmonar de partículas insolubles y tóxicas para el pulmón, induciendo hiperreactividad severa, destrucción de tejido, y enfisema pulmonar.

Sin embargo, y a pesar de que el humo de cannabis contiene tantos o quizás más químicos tóxicos, carcinogénicos y cancerígenos que el humo del tabaco, no se ha demostrado asociación estadística entre el consumo de cannabis y cáncer pulmonar y los efectos adversos pulmonares parecen ser relativamente pequeños y mucho más bajos que los devastadores resultados pulmonares causados por el tabaquismo crónico. Sin embargo el consumo crónico de marihuana está asociado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hiperreactividad bronquial (Khalsa & Baler, 2019). Una forma cada vez más popular de administrar cannabis es el uso de vaporizadores. Se ha postulado que la vaporización a baja temperatura del cannabis es más segura que fumar, ya que puede entregar menos componentes de alto peso molecular que el cannabis fumado. Sin embargo reportes recientes han evidenciado lesión pulmonar aguda severa en usuarios de vaporizadores, asociados posiblemente al vehículo en el cual se suspende la marihuana o a metales presentes en los

vaporizadores, lo que ha llevado a que los entes regulatorios emitan alertas y restrinjan el uso de estos dispositivos. (Oil, 2017)(Alzghari et al., 2017) Otra forma popular de consumo recreativo es el Hachís, que es el término general para el cannabis en la Región del Mediterráneo Oriental. El hachís, es la resina obtenida de la extracción manual de los cannabinoides se puede mezclar con tabaco y fumar en un cigarrillo o en una pipa de arcilla con o sin tabaco. (Bewley-Taylor et al., 2016)

Actualmente el mercado de cannabis se ha diversificado y se está migrando de la vía fumada a una amplia gama de productos con vías de administración (tampones, supositorios, parches, strips etc), con mayor potencia y efectos.

Desde el año 2000, las técnicas de cultivo de la planta de cannabis se han enfocado en el uso de condiciones de cultivo controladas y cepas genéticamente seleccionadas, lo que ha llevado a un aumento en el número de cosechas, así como en el rendimiento y la potencia. Esto principalmente enfocado en lograr un alto contenido de THC con niveles muy bajos de CBD. Los informes anuales de drogas indican que la potencia del THC en las flores ha aumentado del 2% al 20% y los concentrados de cannabis comercializados exceden el 70%. El promedio de THC inhalado diariamente por un consumidor regular pesado es de 15 mg de THC.(Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, 2019)

Otra popular forma de consumo son los cannabinoides sintéticos, moléculas en su mayoría desarrolladas inicialmente por las farmacéuticas con fines de investigación y que se desviaron al mercado ilegal. Se comportan como potentes agonistas de los receptores cannabinoides tipo 1 RC1, lo que origina casos agudos de intoxicación, con

cambios hemodinámicos importantes que pueden amenazar la vida del consumidor. Debido a la estructura química desconocida de muchos de estos determinar la prevalencia de uso es difícil, se comercializan alguno de estos mezclados con material vegetal del cannabis con el nombre de "Spice", "K2" y "Kronic" (Shahid et al., 2019)

Cannabis medicinal

La vía de administración determina el perfil farmacocinético del cannabis medicinal. Es decir que dependiendo de la forma de administración del cannabis, así será el tiempo que se demore en iniciar la acción y el tiempo dure siendo efectivo. En estos términos la vía inhalada proporciona ofrece un inicio rápido (aproximadamente 3 min) , con una vida media o tiempo de acción corto (2 horas) y fácil titulación de la dosis. Las dos formas inhaladas son: la combustión de la flor, que como se mencionó anteriormente produce sustancias químicas relacionadas con alteración de la función pulmonar a largo plazo, por lo que la prescripción médica de esta vía de administración estaría en contra de la beneficencia y no maleficencia del paciente. Sin embargo los pacientes en el ejercicio de su autonomía, conociendo los riesgos de sus usos podrían utilizar esta vía de administración. Otra vía inhalada es la vía vaporizada de flores secas estandarizadas, la cual podría ser una alternativa terapéutica válida en aquellos pacientes que requieran efectos inmediatos pero de poca duración como coadyuvante en rescates de dolor, dolor en punzadas, migrañas, náuseas y vómitos anticipatorios,

trastornos de ansiedad específicos, entre otros (*Phytocannabinoid Pharmacology*, 2018)

Los productos farmacéuticos aprobados por la FDA, que son dos derivados sintéticos, son Dronabinol y Nabilona. **Dronabinol** nombre comercial **Marinol** viene en capsulas de 2.5, 5 y 10 mg, se administra por vía oral, es un análogo sintético del THC y está indicada en náuseas y vomito por quimioterapia, anorexia en pacientes con VIH /SIDA. **Nabilona**, nombre comercial **Cesamet** es un derivado sintético del Dronabinol, presentación en capsulas de 0.5 y 1 mg, se administra por vía oral y está indicado por náuseas y vomito por quimioterapia. También aprobado por la FDA, pero que es aislado de la planta de cannabis, **Epidiolex**, aislado de CBD, viene en presentación de jarabe para vía oral 100 mg de CBD por mililitro, está indicado para el tratamiento de epilepsia severa infantil resistente al tratamiento, síndrome de Dravet y Lenox Gastaut. **Nabiximol** (extracto natural de cannabis), nombre comercial **Sativex**, no está aprobado por la FDA, pero se encuentra en última fase de investigación y está aprobada para uso en Reino Unido y Unión Europea viene para administración sublingual en (spray) 2.7 mg THC + 2.5 mg CBD, indicado en espasticidad por esclerosis múltiple y dolor neuropático (NICE, 2019). Con respecto a la concentración de cannabinoides, el cannabis medicinal busca la sinergia de los cannabinoides minimizando los efectos psicoactivos de la planta. Si bien en los años 70 y 80 los primeros datos reportados en la literatura provenían de reportes de caso o informes anecdóticos relacionados con el uso de marihuana recreativa en alivio de síntomas y altas dosis de THC o del uso de cannabinoides sintéticos (nabilona y

Dronabinol), esto han ido cambiando a través del tiempo, no solo por el uso de productos estandarizados diferentes a la flor que evitan combustionar la planta, sino también en la relación de los cannabinoides, que se inclina hacia mayor concentración de cannabinoides no psicoactivos, es decir altos en CBD o productos balanceados es decir igual cantidad de THC que de CBD, también ha disminuido la concentración y dosis del THC, si en los años 90 las dosis de manejo para dolor eran tan altas como 50 mg día, hoy hablamos de máximo 25 mg al día con dosis promedio de 12 mg (Johnson et al., 2010). En todas las guías de formulación de cannabinoides se insiste en iniciar a dosis muy bajas, escalar lentamente y mantenerse con la menor dosis posibles que alivie los síntomas.(MacCallum & Russo, 2018) Es decir en el consumo recreativo a buscado aumentar las concentraciones de THC, mientras que el consumo medicinal ha tratado de disminuirlos. También es notable la evolución en la vía de administración, cada vez más en la literatura médica se ha migrado de la vía fumado a otras vías de administración más segura, con concentraciones de cannabinoides estables que permitan la consistencia en el tiempo de los resultados y permite extrapolación del tratamiento a otras poblaciones.

Efectos adversos.

Hasta este momento hemos podido escudriñar con suerte diferencias marcadas entre el uso médicos y el recreativo. Sin embargo al hablar de efectos adversos las sobre posición entre cannabis y marihuana empieza a ser aún más evidente; esto

debido al poco tiempo desde que se tiene acceso a cannabinoides estandarizados para el manejo de patologías, por lo que no hay efectos a largo plazo y en las revisiones de la literatura, los efectos adversos asociados al uso de cannabinoides o productos farmacéuticos derivados del cannabis es escaso, por lo que la mayoría de evidencia se basa en el consumo recreativo de la planta. Segundo la mayoría de efectos adversos al cannabis se asocia al consumo de altas dosis de THC que es el cannabinoide que se encuentra en altas concentraciones, si es que no de manera exclusiva en el cannabis recreativo. Y tercero la vía de administración predilecta para el consumo de marihuana es inhalación del humo resultante de la combustión de las flores y hojas del cannabis. Esta combustión produce más de 400 compuestos activos, como el monóxido de carbono e hidrocarburos aromáticos policíclicos. (Nahtigal et al., 2016), que si bien permite una rápida absorción del THC través de los pulmones alcanzando concentraciones plasmáticas. Su consumo crónico está asociado a complicaciones respiratorias a corto y largo plazo, como bronquitis, neumotórax / neumomediastino y enfermedades pulmonares crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). El cáncer de pulmón es aun materia de debate dentro de las comunidades científicas ya que no se han podido comprobar una asociación estadística entre ambos. Desde el punto de vista médico la combustión de la flor no tendría ninguna justificación ética, como justificar el hecho de producir un daño conocido a un paciente, sin embargo, hay un buen número de pacientes que consumen cannabis por vía fumada. Esta discrepancia en los efectos adversos radica en la concentración de

cannabinoides de los productos. La marihuana con fines recreativos tiene altas concentraciones de THC con baja o poca concentración de otros cannabinoides. Los productos medicinales optan por concentraciones más bajas de THC asociado a otros cannabinoides o productos con prevalencia de cannabinoides no psicoactivos.

La razón principal del consumo recreacional de cannabis es el “high” o efecto euforizante que se logra con bajas dosis de THC, produciendo sensación de bienestar, locuacidad, disminución de la ansiedad, estado de alerta e irritabilidad, con aumento de la sociabilidad, distorsión de la percepción de tiempo y espacio e intensificación de sensaciones ordinarias como comer o escuchar música. Durante la intoxicación aguda los individuos experimentan alteración del juicio de razonamiento abstracto y de la memoria a corto plazo, pérdida de asociación distorsión de la realidad, alteración de las habilidades motoras y de reacción con fase inicial de aumento de la actividad, seguida de inercia e incoordinación, ataxia y relajación muscular (Freeman, 2016). Los efectos disfóricos como ansiedad severa, pánico, paranoia y psicosis se asocian altas dosis y a consumidores legos, ansiosos o psicológicamente vulnerables. (Richard & Paul, 2017)(Sadhir, 2016) (Freeman, 2016). Con el cannabis medicinal la psicoactividad en la mayoría de los casos se considera un efecto indeseado, la acción terapéutica de los cannabinoides consiste en aliviar los síntomas indeseables de la enfermedad y para lograrlo no se necesita psicoactividad. Los efectos fisiológicos se asocian a consumo de altas dosis de THC son taquicardia con un aumento del 20 al 50 % por encima de la frecuencia cardiaca basal lo que lleva a aumento del gasto cardiaco y del consumo metabólico de oxígeno, aumento del tono simpático,

vasodilatación, hipotensión ortostática, inyección conjuntival y disminución de la presión Infra ocular entre otros (Hall & Degenhardt, 2009)(Volkow et al., 2014).

El síndrome por dependencia de cannabis ocurre en el 9% de los consumidores y se relaciona con el THC. No hay evidencia de dependencia física o psicológica con el CBD. Por lo que los estudios de dependencia se han hecho con consumo recreativo, no hay datos a largo plazo de síndrome por dependencia en cannabis medicinal.

He expuesto hasta este momento las diferencias entre el uso médico y el uso recreativo del cannabis, en un dialogo simétrico entre los afectados, donde se ha expuesto con argumentos cada una de las posiciones. Con esto es posible inferir que el uso médico del cannabis hace referencia a: 1) que el usuario de cannabis, es una persona que adolece de alguna enfermedad para la que el cannabis ha mostrado utilidad, y busca con el uso del cannabis alivio a sus síntomas o sufrimiento, podríamos entonces llamarlo paciente, 2) el cannabis medicinal se refiere a los derivados de la planta del cannabis (naturales o sintéticos) que son sembrados, transformados, producidos o distribuidos con el propósito de aliviar síntomas o tratar enfermedades de los pacientes; este cannabis medicinal debe tener concentraciones estables y conocidas de cannabinoides, con concentraciones de THC menores al 5%, e idealmente su presentación para administración debe ser vía diferente a la fumada, 3) el uso médico del cannabis, requiere que sea prescrito por un médico como parte de un tratamiento, de tal forma que se minimice el riesgo de su uso, se potencie su efectividad y se permita la generación de evidencia a corto y largo plazo. Este médico debe conocer el sistema endocannabinoide y el cannabis como tratamiento,

de tal forma que pueda generar diálogos con los pacientes, 4) el uso médico del cannabis debe estar dentro del marco de la legalidad de los países o estados, controlado por un organismo designado para tal fin que garantice la calidad y la seguridad de los productos, y de igual forma promueva el acceso seguro e informado a los pacientes y vele por evitar la desviación de los productos medicinales al mercado recreativo.

Uso terapéutico del Cannabis

Una vez establecidas las diferencias entre el uso médico y el uso recreativo, propongo acuñar el término “uso terapéutico”, que es el concepto vinculado a la rama de la medicina, que según la definición de la real lengua española es el “conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias y que se encarga de enseñar los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades” (*Diccionario de La Real Lengua Española*, 2017). Entonces podemos decir basado en todo lo anterior que *“El uso terapéutico del cannabis se refiere al uso del cannabis medicinal, prescrito dentro de un tratamiento y seguimiento médico, en pacientes que requieran aliviar síntomas o tratar enfermedades en las cuales el cannabis medicinal podría ofrecer beneficio”*.

Esta definición de uso terapéutico del cannabis no pretende patologizar aspectos comunes de la vida diaria ya que las patologías legítimas para las cuales el cannabis ha mostrado aplicación han sido verificadas por la medicina basada en la evidencia, tampoco pretende farmacologicalizar el cannabis (Bell & Figert, 2012); la

discusión va mucho más allá que abogar por las farmacéuticas o el monopolio económico, el uso terapéutico implica un proceso que por definición involucra a médicos, pacientes y legisladores y los cita como interlocutores en condiciones de simetría a un diálogo, donde todos ellos son reconocidos como persona legítimas, que tiene derecho a participar de la discusión que permita llegar a acuerdos (Apel & Cortina, 1991).

CAPITULO IV

LA ÉTICA DE LA RAZON CORDIAL

Adela Cortina nació en Valencia España en 1947, estudió filosofía y letras en la Universidad y donde también obtuvo su doctorado en 1976. Continuó sus estudios en Alemania, donde entra en contacto con la filosofía de Karl-Otto Apel y Jürgen Habermás, convirtiéndose en divulgadora de la Ética del Dialogo en España. Desde 1987 es Catedrática de Ética y Filosofía política en la Universidad de Valencia. En la actualidad, es además directora de la Fundación ÉTNOR (para la ética de los negocios y de las organizaciones), miembro de la Comisión Nacional de Reproducción humana asistida y del Comité Ético para la Investigación Científica y Tecnológica. Ha sido merecedora de siete doctorados Honoris Causa, tres medallas de distintas universidades y los Ernest Lluch en el 2003, y en el 2007 el premio Jovellanos por su

libro “Ética de la razón cordial”. Fue la primera mujer en ingresar en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas en el 2008. Sus obras más importante en orden cronológico son: En 1981 publica su tesis doctoral Dios en la Filosofía Trascendental de Kant, en 1985 La Escuela de Fráncfort; en 1986 Ética Mínima; 1990 Ética sin moral, 1993 Ética de la sociedad civil, 2001 Alianza y contrato, en el 2007 Ética de la Razón Cordial, en el 2011 aparece Neuroética y neuropolítica, en el 2013, ¿Para qué sirve realmente la ética..?, y en el 2018 Aporofobia, el Rechazo al pobre. Además de todas la contribuciones a la ética contemporánea, Adela Cortina tiene el gran logro de “hacer fácil y agradable lo difícil” (Sánchez Pachón, 2014), ha transformado la ética académica, en una ética ilustrada y divulgada, es decir a una ética entendida y soportable por todos los ciudadanos que aspiran a compartir unos valores mínimos (Sánchez Pachón, 2014).

La dimensión cordial de una ética mínima, la Ética Cordial, se apoya en la ética del discurso, pero sin embargo va más allá de ella, la supera. Esta ética se encarga de mostrar como el vínculo comunicativo no sólo cuenta con una dimensión capaz de argumentar sobre lo verdadero y sobre lo justo, sino que le suma la dimensión cordial y compasiva, sin las cuales no hay comunicación.

Adela Cortina aboga por una Ética Mínima en la que se consiga ese *a priori* kantiano del diálogo moral que complementa las éticas del discurso con una teoría de las virtudes: la conciencia moral, el reconocimiento recíproco, el compromiso moral y la esperanza. Es así como esta *Ética Cordis* se ve fundamentada en la razón comunicativa, la razón autónoma y la razón cordial (Sánchez Pachón, 2014).

La razón comunicativa parte de la ética del discurso, que fue propuesta por Karl Otto Apel y Jürgen Habermás, en la década de 1970, es una ética de carácter deontológico, cognitivista, formalista y universalista que pretende encarnar en la sociedad los valores de libertad, justicia y solidaridad a través del dialogo, como procedimiento capaz de respetar la individualidad de las personas, con una innegable dimensión solidaria. El diálogo permitirá poner en cuestión las normás vigentes en una sociedad o un punto de vista moral y distinguir cuales son moralmente validas es decir universalizables (Torres et al., 2016). Durante este ejercicio racional de carácter comunicativo se exponen argumentos, razones y motivos con los cuales se intenta convencer al interlocutor o interlocutores sobre la conveniencia o no conveniencia de una norma social o punto de vista moral; este ejercicio o procedimiento permitirá que en los procesos deliberativos la única violencia admitida sea la del mejor argumento. Así su tesis principal, establece que:

Todo el que emprenda seriamente el intento de participar en una argumentación acepta implícitamente presupuestos pragmáticos universales que poseen un contenido normativo; el principio moral se puede derivar entonces del contenido de esos presupuestos de la argumentación, con tal que sepa qué significa justificar una norma de acción” (Habermás, 1987).

Cuando hace referencia a justificar normás, está expresando las pretenciones de validez sobre algo mediante argumentos, lo que implica que es posible la construcción de acuerdos. Cualquiera que pretenda argumentar en serio sobre las normás, tiene que aceptar que: todos los seres capaces de comunicarse son personas

y por lo tanto interlocutores válidos cuando se dialoga sobre normás que le afecten, y deben ser escuchados, tenidos en cuenta y defendidos (Apel & Cortina, 1991). Excluir a algún interlocutor desvirtúa el dialogo. Además no cualquier dialogo permite identificar si norma social o punto de vista moral es correcta, solo es discurso, que es aquel que se celebra en condiciones de simetría entre los interlocutores y debe tener las siguientes reglas:

- Cualquier sujeto capaz de lenguaje y acción puede participar en el discurso.
- Cualquiera puede problematizar cualquier afirmación
- Cualquiera puede introducir en el discurso cualquier afirmación
- Cualquiera puede expresar sus posiciones deseos y necesidades.
- No puede impedirse a ningún hablante hacer valer sus derechos establecidos en la reglas anteriores, mediante coacción interna o externa al discurso. (Habermás, 2000)

Para comprobar después de los discursos que la norma o punto de vista moral es de correcto deberá tener los siguientes principios:

El principio de universalización, que es una reformulación dialógica al imperativo Kantiano y dice así: “Una norma será válida cuando todos los afectados por ellas puedan aceptar libremente las consecuencias y efectos secundarios que seguirían, previsiblemente , de su cumplimiento general para la satisfacción de los interés de cada uno” (Habermás, 2000). El principio de la ética del discurso, según el cual: “Sólo pueden pretender validez las normás que se encuentran (o podían encontrar)

aceptación por parte de todos los afectados, como participantes en un discurso práctico” (Habermás, 2000). Es decir que solo se declara correcta la norma o punto de vista moral, todos los afectados que participaron en el discurso están satisfechos con el acuerdo ya que satisface los intereses universalizables, no los individuales ni los de un grupo en particular (Cortina & Martínez, 2001). Adela Cortina considera que la ética dialógica, como fundamento filosófico de una ética cívica de la vida cotidiana, es muy fuerte a nivel argumentativo pero descuida aquellos detalles del discursos como son el carácter, las virtudes, los valores, el sentir común y los sentimientos.

Para Cortina la ética del discurso es:

Una ética que confía al arte los modelos de autorrealización; a la religión, al arte y a las ciencias, las ofertas de felicidad; al derecho y a la política, la legitimación de normás y la formación de la voluntad; a las distintas comunidades y grupos, la configuración de virtudes, ha disuelto un fenómeno llamado ‘moral.’(Cortina, 2007b)

Es decir que la interpretación procedimental pura del vínculo comunicativo produce la falsa sensación de ser una técnica, un procedimiento que se puede aprender y aplicar. Ante la pregunta por la justicia de una norma, la respuesta dialógica será, entable un diálogo con los afectados por ella en las condiciones más próximas posible a la simetría, y podrá decir que es justa cuando satisfaga intereses universalizables, es decir es carente de contenido moral, se sacrifican todos aquellos factores humanos que van más allá de la argumentación, por entender que pueden

introducir subjetivismo en la reflexión ética. Sin embargo este método tiene beneficios ya que al mostrar en su diseño el sello de la razón, que tiene la facultad de lo intersubjetivo, evita el subjetivismo, también una segunda ganancia, es que permite fundamentar filosóficamente la ética cívica de las sociedades pluralistas (Cortina, 2007a). La razón autónoma se basa en la consideración ética del ser humano como un ser con dignidad, con valor absoluto y como sujeto de derechos; es proveniente de la idea Kantiana del Reino de los Fines, donde todo tiene un precio o una dignidad. Para Kant “todos los seres racionales se hallan sujetos a la ley de que ninguno de ellos debe nunca tratarse a sí mismo ni tratar a los demás meramente como un medio, sino siempre al mismo tiempo como un fin en sí” (Muguerza, 2010); los seres humanos no tiene valor de uso y por lo tanto tampoco tiene valor de cambio, no son intercambiables, valen por sí mismos, es decir tiene dignidad y no precio (Cortina, 2007b). Con esta fundamentación de las normas morales, Adela Cortina construye su *Ética Mínima*.

La *Ética mínima*, marca la trayectoria de Cortina hacia la búsqueda de los fundamentos teóricos de la ética que, tomando como punto de partida la ética kantiana, viaja por la *Ética Dialógica* y culmina en la *Ética Cordial* (Sánchez Pachón, 2014). La *Ética mínima* que habla Adela Cortina es una ética, que busca hacer justicia al ser autónomo y dialógico exige un mínimo moral o mínimos éticos, y propone, un conjunto de principios y valores morales que pudieran compartir lo que denomina las éticas de máximos; esas éticas que proponen ofertas de vida feliz, en las sociedades moralmente pluralistas es decir donde conviven grupos con distintos proyectos de vida

en plenitud (Cortina, 2000). Por lo que en su propuesta ética determina los elementos morales que dan encarnadura humana a una racionalidad procedimental. A eso se refiere Cortina con una “ética de mínimos”, el de descubrir conjuntamente el “capital ético” compartido, sin el que una sociedad se sabe inhumana, bajo mínimos de humanidad (Cortina, 2000).

La ética mínima tiene en consideración dos aspectos, el primero es el capital ético compartido que se extrae de la vida cotidiana y de la cultura moral social donde las personas optan por un código moral y unos valores compartidos. El segundo es el de filosofía moral o ética, que reflexiona sobre la vida corriente y trata de desentrañar si existe la moral y en caso de que exista, la ética habría de averiguar en qué consiste, cuál es su especificidad cuál es su fundamento⁷, e intentaría aplicar los valores y principios a la vida cotidiana. Estos dos aspectos se comporta en círculo, que permiten practicar la crítica, el discernimiento, de cuáles deberían ser los contenidos de la ética cívica, que pertenece a la vida cotidiana, la viven las gente, y no la inventan los filósofos (Cortina, 2000).

Las exigencias compartidas por los distintos códigos morales permiten construir la vida junta mediante unos valores y principios morales comunes, a los cuales no se puede renunciar sin caer bajo mínimos de moralidad. Los valores mínimos propios de una ética cívica son la igualdad, la libertad, la solidaridad, el respeto mutuo, resolución

⁷ Fundamento se refiere a poder dar razón de sus convicciones, opciones y posiciones en los distintos campos, lo que le permite formarse un juicio a partir de argumentos, que se da a sí mismo y que ofrece a los demás y que además está dispuesto a escuchar los argumentos ajenos, que es el modo humano de formarse un buen juicio.

de conflictos mediante el diálogo y la voluntad de asumir responsabilidades, es decir que el ciudadano no solo exige respeto por su derechos sino que también está dispuesto a asumir responsabilidades (Cortina Orts et al., 1998). Esas exigencias compondrían una ética cívica, una ética de los ciudadanos, que tiene implicaciones para la vida moral, la vida política, la económica y la religiosa (Cortina, 2007b). En esta ética las personas, ciudadanas, implicadas en la vida de una comunidad política son las protagonistas indiscutibles. La ética cívica anima moralmente el fortalecimiento de una política democrática “auténtica”, donde se promueve la autonomía de los ciudadanos, su igual valor y exalta virtudes como la pasión por la justicia y la libertad, la encarnación de la solidaridad, el respeto activo a las posiciones distintas de la propia y el recurso a un diálogo justo para resolver los conflictos. En la vida cotidiana es importante descubrir la intersubjetividad ética, aquella que nos permite ir más allá del subjetivismo y del relativismo; está incrustada en la vida corriente. Es por esto que las exigencias de justicia son interpersonales e intersubjetivas, no tienen como objeto expresar sólo la opinión de un individuo sino que creen manifestar una convicción que los demás deberían compartir, o explicar muy bien por qué no lo hacen. Aquellas personas que buscan justicia tienen que estar abiertos a un diálogo, donde las personas que argumentan son respetables por ser personas, pero las opiniones de cada cual deben ganarse el respeto mediante argumentos u otras formas de comunicación validas, como historias de vida, testimonios o experiencias, propias de la convivencia ordinaria. Esta ética intersubjetiva es capaz de articular las éticas de máximos, porque las cuestiones de justicia exigen intersubjetividad, pretenden

traspasar con mucho los límites del subjetivismo. Las normás no son instrumentos odiosos, sino algo tan sencillo y necesario como las expectativas recíprocas de comportamiento que nos permiten llevar adelante aquello que nos proponemos. No hay normás subjetivas ni personales, son necesariamente intersubjetivas y por eso serán el lugar moral privilegiado para descubrir la intersubjetividad ética. Los afectados por las normás son los llamados a descubrir si una norma es justa o injusta, o simplemente irrelevante desde el punto de vista de la justicia (Sánchez Pachón, 2015). La ética intenta descubrir los procedimientos racionales necesarios para decidir conjuntamente qué es lo más justo, dejando a las personas afectadas decidir qué consideran adecuado; en la Ética mínima, Adela Cortina propone método de la filosofía por autonomía: el método trascendental, es decir buscar en la vida diaria, un hecho indiscutible y significativo, y tratar de reflexionar sobre las condiciones racionales sin las cuales carece de sentido. Para esta reflexión, se basa en la conciencia de mandatos universales y necesarios que todos tienen, es decir en la Autonomía desde la perspectiva de Kant, en Hegel, encuentra la realización de la libertad en la historia y en el reconocimiento recíproco de sujetos (Sánchez Pachón, 2014). Y en la ética del discurso partiría la acción comunicativa, y del reconocimiento recíproco como interlocutores válidos de cuantos ingresan en ese tipo de acción. Entonces en palabras de Adela Cortina

“Sin autonomía no hay moral (Kant), sin realizarla en la comunidad política no toma carne y sangre de vida cotidiana la intersubjetividad ética (Hegel), sin el reconocimiento recíproco de quienes

se saben interlocutores en una comunidad de hablantes es imposible discernir qué normas son justas (ética del discurso). (Cortina, 2000)

Descubrir si una norma es justa o no mediante el diálogo exige mucho más que dominar una técnica, requiere reconocer que los procedimientos no son cascaras vacías que se pueden rellenar con cualquier cosa, están llenas de valores.

La razón cordial, expresada en la *Ethica Cordis*, intenta superar las limitaciones de una ética mínima procedimental, actualizando sus planteamientos en una ética, que no es ya sólo de la razón procedimental, sino de la razón humana íntegra, de la razón cordial, fundamenta la ética cívica o ética de los ciudadanos en una sociedad moralmente pluralista, donde los valores y principios se sustentan en unos mínimos éticos e incluye la dimensión cordial (Cortina, 2015). Es una “versión cálida” de la ética del discurso, preocupada no sólo por los aspectos epistémicos del vínculo comunicativo, sino también por los aspectos cordiales, que lo convierten en auténtica comunicación (Cortina, 2007b). Esta transformación se da en el marco de una nueva situación global, una ética empeñada en mostrar que, para argumentar con éxito es necesario la vertiente cordial y compasiva.

La obligación moral, de la ética cordial se justifica a través de la ética del discurso, que tiene como núcleo de la vida personal y social, el reconocimiento recíproco entre sujetos, encontrando que existe un vínculo entre todos los seres que tienen acción comunicativa; al hacerlo reconoce que esta persona es un interlocutor válido, con el que lo une un vínculo comunicativo, está ligado a él, por una obligación,

que puede ser o bien, un deber, que es interno, no impuesto; o el regalo que hace quien se sabe y siente ligado a otro. Este reconocimiento, no solo es lógico, sino también compasivo, un reconocimiento cordial que es la fuente de la obligación ética (Cortina, 2007a).

Este vínculo permite el reconocimiento mutuo como personas, anula el individualismo y genera obligaciones mutuas (Cortina, 2007a). Todos los interlocutores tiene derechos pragmáticos, es decir que reconoce a los interlocutores el derecho a justificar su pensamiento, a participar en la discusión, y a que sus intereses sean tenidos en cuenta en el dialogo y en la ética cordial se reconoce expresamente los derechos humanos que son los derechos morales, como son el derecho de los interlocutores a que su vida sea respetada y mantenida, el derecho a la libre expresión y formación de conciencia, el derecho a gozar de un nivel material y cultural que empodere a los interlocutores potenciales y les permita participar en los diálogos de la forma más próxima posible a la simetría (Cortina, 2007a). Más allá de la ética del discurso que considera humanos a todo aquel con capacidad lingüística, Adela Cortina amplía el universo de las personas y nos dice que se aplica a todos aquellos seres que poseen competencia comunicativa o que podrían poseerla por pertenecer a la especie humana, equiparando el concepto de ser humano con el concepto de persona (Cortina Orts et al., 1998). Para Cortina los derechos humanos cumplen 5 características:

- 1) Son universales, es decir de todos los seres humanos,
- 2) son absolutos, ya que si entra en el conflicto con otros derechos, este prima,
- 3) son innegociables,

4) son inalienables,

5) son derechos aun antes de su respaldo legal (Cortina Orts et al., 1998).

Además exalta un conjunto de derechos que deben ser reconocidos a todo interlocutor virtual de un discurso práctico, independientemente del contexto:

1) Tiene derecho a la vida,

2) No puede ser forzado, mediante coacción física o moral, a tomar una posición en la discusión, porque solo la fuerza del mejor argumento es un motivo racional.

3) Ha de ser reconocido como interlocutor válido en discursos sobre cuestiones que le afectan.

4) Tiene derecho a participar con discursos que expresen y defiendan argumentativamente las propias posiciones, necesidades y deseos.

5) Tiene derecho a que sus argumentos tengan un efecto en las decisiones

6) Tiene libertad de conciencia, religiosa y de opinión, así como libertad de asociación (Cortina Orts et al., 1998).

En la ética cordial cualquiera que quiera comprobar si una norma es válida se ve obligado a asumir un los siguientes compromisos:

1. Respetar los derechos pragmáticos de los posibles interlocutores.

2. Respetar los derechos humanos o derechos morales, sin los que resulta imposible ejercer los derechos pragmáticos.

3. Intentar encontrar, junto con otros, las soluciones más adecuadas para que se respeten los derechos de las anteriores.

4. Intentar promover las instituciones que mejor aseguren el respeto de estos derechos (Cortina, 2007a).

La comunicación necesita un entendimiento común, una estructura cognitiva y técnica de la argumentación, pero, más allá de esto necesita un sentir común, una capacidad de estimar valores, basado en las virtudes requeridas para dialogar en serio, con un profundo sentido de la justicia (Sánchez Pachón, 2014). En la ética cordial quien entra en comunicación con otro ha aceptado un conjunto de dimensiones mucho más amplias que solo su capacidad de argumentar siguiendo reglas; los interlocutores deben estar dispuestos a reconocer que un argumento es el mejor, no solo basado en la lógica del argumento, sino también, deben estar predispuestos a reconocerlos como buenos y para esto deben sentir común los argumentos, estimar los valores, reconocer al otro en su alteridad y un profundo sentido de la compasión que se refleja en el reconocimiento recíproco no solo como interlocutor sino como “carne de la misma carne y hueso del mismo hueso” (Cortina, 2007b). El vínculo compasivo que nos une, viene de la capacidad de padecer con otros su dolor y disfrutar con ellos su alegría. La compasión para Adela Cortina es el motor de la justicia que busca y encuentra argumentos para construir un mundo a la altura de lo

que merecen los seres humanos, que brota de lo más profundo del corazón. Entonces conocemos la verdad y la justicia no sólo por la argumentación, sino también por el corazón, que es definida en el libro *Ética de la Razón cordial* como afecto, inteligencia, talento, espíritu, incluso estómago, porque” hay que tener estómago —y mucho— para ser justo” (Cortina, 2008).

CAPITULO V

USO TERAPÉUTICO DEL CANNABIS: UN ANÁLISIS DESDE LA ÉTICA CORDIAL

Con un concepto claro sobre lo que es el uso terapéutico del cannabis, y sobre la justicia de las normas basada en la ética del discurso, cabe entonces afirmar que las normas políticas y morales frente al cannabis medicinal son injustas, no pueden ser universalizables, no permiten el entendimiento en las discusiones morales, se basan en la aplicación monológica de las reglas de argumentación y no reflejan la capacidad de estimar de las personas (Habermás, 2000). En una sociedad como la nuestra, las instituciones (civiles o políticas) se percatan de que sus decisiones son justas, no cuando atienden a intereses egoístas (nivel preconvencional), ni tampoco cuando se orientan por las costumbres grupales, por lo que siempre se ha dicho o se ha hecho en una comunidad concreta (nivel convencional), sino por que atienden el bienestar de cualquier ser humano, tiene como referente todas las personas (Cortina

Orts et al., 1998). Las exigencias de justicia sobre el cannabis medicinal, deben ser intersubjetivas, no pueden expresar sólo un punto de vista o una sola opción, deben manifestar una convicción que los demás deberían compartir, o explicar muy bien por qué no lo hacen (Cortina, 2007a). El desconocimiento de los otros como interlocutores válidos, impide que estos aporten razones para defender su punto de vista, llevando a que la norma este fundamentada en exigencias de justicia personales, en este caso sobre políticas anti drogas que además de la penalización, cambió la percepción moral del uso médico del cannabis, limitando el dialogo y la argumentación intersubjetiva (Habermás, 2000). La ética del discurso reconoce la situación ideal del habla como un ideal de orientación para la acción y de canon para la crítica de aquellas situaciones en las que no hay claridad sobre la justicia de la norma.

Las normás políticas, morales y sociales entorno al uso terapéutico cannabis son injustas ya que fundamentaron desconociendo:

- 1) los avances tecno científicos que han permito establecer claramente mecanismos de acción, riesgos y beneficios del cannabis medicinal,
- 2) desconociendo de manera sistemática los argumentos médicos han defendido su potencial terapéutico,
- 3) desconociendo las necesidades y derechos de los pacientes, aquellos con patologías en las cuales no hay salidas terapéuticas en la medicina convencional,
- 4) desconociendo los derechos pragmáticos de las personas a la vida y la salud,
- 5) desconociendo siglos de tradición y beneficio de uso del cannabis medicinal.

Las normás políticas, morales y sociales se han construido basadas en las éticas de máximos de algunos, los deseos políticos de países poderosos, el control social de la salud, intereses económicos y posiciones xenófobas de principios de siglo XX. Son tan claramente injustas las normás frente al cannabis medicinal que los argumentos para su prohibición no separaron los discursos, equiparando el uso terapéutico del cannabis con el consumo de drogas.

Se escapa del alcance de este ensayo proponer normás justas frente al uso del cannabis medicinal, sin embargo reconocer la injusticia y deliberar desde la bioética sobre el uso terapéutico del cannabis, será el primer paso para que todos los afectados sean escuchados en simetría de condiciones desde la cordialidad, la solidaridad y empatía. Este reconocimiento mutuo de los afectados, anula el individualismo de las políticas de cero tolerancia; promoviendo la ética intersubjetiva, capaz de articular las éticas de máximos, porque las cuestiones de justicia exigen intersubjetividad, traspasando los límites del subjetivismo (Cortina, 2007a); genera obligaciones mutuas; y propende por un reconocimiento cordial, de los valores mínimos, que los diferentes afectados deben compartir como la igualdad, la libertad, la solidaridad, el respeto mutuo, resolución de conflictos mediante el diálogo y la voluntad de asumir responsabilidades (Cortina Orts et al., 1998). La bioética, como ética aplicada, articula los saberes, la reflexión sobre los argumentos hasta acá expuestos, reconocen el vínculo comunicativo existente entre la ciencia, la medicina y los reguladores, que además son dueños de competencia comunicativa, con igual derecho a la justificación del pensamiento y a participar de la discusión. Para poder discutir acerca de la

injusticia en las normás morales, sociales y políticas del cannabis nos basaremos en el método trascendental de la ética cordial; partiré de la definición del “uso terapéutico del cannabis, que es un hecho indiscutible y significativo. Reflexionaremos sobre las condiciones racionales que permiten que sea entendido, sin las cuales carece de sentido; mediante la acción comunicativa del entendimiento mutuo basada en la verdad, la inteligibilidad, la veracidad y la corrección, que son las normás que validan el habla, permiten la argumentación que se plantea en condiciones de simetría, lejos de las presiones de la acción cotidiana y solo optaran por el mejor argumento. Al cumplir estas reglas se trasformará en discurso practico que busca la corrección de la norma. Esta acción comunicativa será una orientación para la acción y canon para la crítica (Cortina, 2007b).

El primer aspecto bioético a considerar sobre el uso terapéutico del cannabis es el propósito de consumo; todo aquel ser humano que utilice el cannabis para aliviar un síntoma o paliar una enfermedad, independiente si es un paciente que se encuentra dentro de un tratamiento médico, se auto formule o tenga una enfermedad, tienen el mismo propósito, mejorar su salud. Esta afirmación es el primer hallazgo del uso terapéutico del cannabis con los lentes de la ética cordial; reconocer que si bien el ideal médico y regulatorio del paciente es aquel que tiene una enfermedad diagnosticada y se encuentra dentro de un tratamiento médico, existen también miles de personas que consumen cannabis para aliviar dolencias o tratar enfermedades que no pueden, no quieren o no saben que los cannabinoides pueden hacer parte de un tratamiento médico legítimo. Buscar la salud y el bienestar es un acto virtuoso en sí

mismo, una cualidad del espíritu, agradable o aprobada por todo el que la considera o contempla, que la sociedad aplaude y celebra generalmente; mientras que los vicios producen rechazo.(Cortina, 2007a). Con esto no pretendo elevar juicios de valor acerca del uso recreativo; el consumo de cannabis con fines no médicos hace parte de la reflexión individual y autónoma de cada individuo y se escapa del propósito de este ensayo. La toma de decisiones es lo que forja el carácter de las personas, y este se forma con valores, principios y virtudes. Adela Cortina hace una distinción entre moral como estructura y moral como contenido; la moral como estructura indica que las personas somos estructuralmente e inevitablemente morales porqu somos capaces de tomar libremente nuestras decisiones, las mismás que a la larga nos permite formar nuestro carácter; y la moral como contenido hace referencia a la orientación cultural que se dé la moral (Albarracín López, 2018).

Con respecto a la moral como contenido, la percepción moral del uso del cannabis, ha cambiado en los últimos años; si bien hay una trasformación social hacia la tolerancia, tanto del uso médico como del uso recreativo, ya que alguna vez se consideró su uso exclusivo de subculturas de inmigrantes y de pobres; actualmente los pacientes continúan experimentando un cierto nivel de estigma y riesgo con el uso del cannabis medicinal, por parte de autoridades, de sus empleadores y, lamentable también, del personal de salud y de su propia familia (Bottorff et al., 2013). Las diferencias que introducen los prejuicios en las sociedades no tienen otra justificación que una historia de prohibición y desinformación frente al cannabis medicinal. El estigma relacionado con la salud es definido como: "El fenómeno por el

cual un individuo con un atributo que está profundamente desacreditado por su sociedad es rechazado como resultado del atributo" (Goffman, 1963). La sociedad percibe el uso del cannabis como una desviación a las normas y los valores sociales, desconociendo los argumentos y las diferencias entre el uso médico y el uso recreativo, generando un estigma promulgado o externo, que se traduce en rechazo, comentarios degradantes, distanciamiento y otras prácticas discriminatorias; y un estigma percibido o interno en el que los pacientes sienten vergüenza y culpa por el uso del cannabis medicinal. Esta estigmatización relacionada al uso del cannabis medicinal en los pacientes, conduce a que las personas eviten comentar con sus médicos el uso, genera ansiedad, miedo y fomenta el mercado ilegal del cannabis. En un estudio realizado en el 2013 en Canadá se evidenció que los usuarios de cannabis medicinal sufrían estigmatización en por 3 diferentes causas:

- 1) Relacionado con las opiniones negativas del cannabis como droga recreativa,
- 2) La actividad ilegal relacionada con el consumo de cannabis y
- 3) Las relacionadas con la pobreza, enfermedades y discapacidades particulares de los pacientes.

Fumar cannabis medicinal en este estudio fue altamente censurado por la comunidad, ya que se asocia con comportamientos negativos relacionados con drogas, que han sido reforzados y perpetuados por la publicidad y la opinión pública, lo que dificulta que el valor medicinal del cannabis sea reconocido y defendido de manera objetiva. También se puso en tela de juicio la legitimidad de la enfermedad y el papel del cannabis fumado como medicamento; algunos de los pacientes fueron

acusados por los proveedores de atención médica y la sociedad en general de fingir las enfermedades para consumir cannabis para divertirse. También reportaron haber sido calificados de drogadictos e incluso recibieron de los proveedores de atención médica, asesoramiento para obtener ayuda para su supuesta adicción a la marihuana. Todas estas construcciones sociales en torno al uso terapéutico del cannabis son fundadas en las políticas prohibicionistas centradas en el uso recreativo y el desconocimiento del propósito de su uso como una virtud (Bottorff et al., 2013). Reconocer la virtud en el uso médico del cannabis, mediante el reconocimiento recíproco y la intersubjetividad requiere reconocer al usuario de cannabis medicinal, como un ser dotado de competencia comunicativa, lo que conlleva un vínculo que reconoce al otro en su alteridad y genera además determinadas obligaciones internas. La intersubjetividad nos constituye y la libertad consiste en realizarla con sus diferencias (Cortina, 2007b). Es necesario que las personas conozcan y reconozcan que los pacientes usuarios de cannabis medicinal están sufriendo, que la ciencia actual no tiene todas las respuestas, que tenemos un sistema endocannabinoide que determina el equilibrio y el cannabis puede potenciarlo o repararlo. Este reconocimiento se hace desde el amor, donde se reconoce que el paciente necesita el cannabis; desde la ley, que da el derecho de adquirir el cannabis y el de la estima social; ese lazo de simpatía, sentimiento humano que nos induce a sentir malestar cuando otro sufre un daño y satisfacción cuando reciben un bien, “este es el papel tornasol por el que distinguimos entre vicio y virtud”(Cortina, 2007a).

El segundo aspecto bioético a considerar sobre el uso terapéutico del cannabis se refiere a la dignidad. La dignidad es el valor en el que se sustenta el reconocimiento de los derechos humanos, que se refiere a que todos seres valen “por sí mismos” y, en consecuencia, no pueden intercambiarse por otros, ni por un precio, es decir, las personas tienen dignidad y no precio. La despenalización del uso terapéutico del cannabis tiene sus bases en los derechos humanos, países como Uruguay apoyaron sus procesos en la protección de estos derechos. Adela Cortina nos plantea que todos los seres humanos son dignos de respeto, es decir, que no se les puede causar ningún tipo de daño físico o moral y que además, debemos tomar en serio las metas que se proponen en la vida y ayudarles a alcanzarlas, siempre que tales metas, no sean un obstáculo para que los demás alcancen las propias. Los pacientes que necesitan el cannabis para aliviar síntomas, paliar o tratar enfermedades o mejorar su calidad de vida, son merecedores de un trato especial, merecen ser respetados y empoderados. Además tienen dignidad, lo que les confiere derechos morales que son los mismos derechos humanos, derecho a una vida digna, a la salud, a no sufrir dolor, al servicio médico, a la seguridad, a la libre elección, entre otros (Cortina, 2007a). Con respecto al dolor, que es la razón principal para el uso de cannabis, toda persona que sufra dolor o enfermedad merece un trato digno, tiene derecho a no sufrir y a recibir un tratamiento, el uso de los fitocannabinoides hace parte de este derecho. Sería injusto que pacientes con dolor o patologías para las cuales no hay respuesta o tratamiento, se van sometidos al mercado ilegal, a la indiferencia de los sistemas de salud, al desconocimiento de su uso por el médico, que, con luces científicas de su efectividad,

no se promueva la investigación por razones económicas, no se garantice desde los estados la calidad de los productos, se exponga a los más vulnerables a productos contaminados que atenten contra su integridad, que los que la auto cultivan se escondan de la ley y de los médicos, desconozcan su concentración y arriesguen su vida. Estos derechos morales no han de concederse, sino reconocerse, son exigencias de las personas para llevar una vida digna, que tienen que ser reconocidos, aun cuando no fueran reconocidos por las legislaciones correspondientes. Estos derechos son universales, absolutos, es decir que tiene prioridad en la satisfacción, innegociables e inalienables (Cortina, 1990)

El tercer aspecto bioético a considerar sobre el uso terapéutico del cannabis es la justicia, que además complementa la dignidad; la justicia para Adela Cortina es dar a cada uno lo que le corresponde, incluyéndose a sí mismo, en ese “cada uno” (Cortina Orts et al., 1998). Hay que señalar dos dimensiones fundamentales de la justicia desde una perspectiva ética:

- 1) como valor o cualidad moral por la que se define a una persona justa,
- 2) como un modo de interrelación humana en el que las personas actúa con justicia (Cortina Orts et al., 1998).

Quien aprecia el valor de la justicia intenta cultivar el hábito de no dar a las personas menos de lo que se les debe; esto solo se logra deliberando unos con otros, expresando qué necesidades son básicas para cada uno, cuáles son sus deseos y sus

aspiraciones. La justicia proviene de la obligación recíproca del vínculo contraído al reconocer que todas las personas merecen por su dignidad consideración y respeto, que somos iguales en humanidad y que solo se hace la vida juntos a través del respeto (Cortina Orts et al., 1998). Para Adela Cortina la justicia, como modo de interrelación humana “es el quicio de la puerta que une dos habitaciones, la habitación de la ética personal y la de la ética pública, porque las personas deben ser justas y las sociedades deben también ser justas” (Cortina Orts et al., 1998). En la ética personal, Médicos y pacientes estamos obligados a dar a cada uno lo que corresponde. Le corresponde a los pacientes, tener un adecuado tratamiento médico y opciones terapéuticas, accesos a productos de cannabis de buena calidad que no pongan en peligro su vida ni su integridad, un personal de salud educado acerca del uso de cannabinoides, que conozca su potencial terapéutico así como sus limitaciones y efectos indeseables; es justo que los pacientes sean reconocidos como tal, como usuarios legítimos de un medicamento, separándolos del consumo recreativo, de la estigmatización de la censura social. Así mismo los pacientes, se deben a sí mismos respeto, estima y auto cuidado, que le obligan a “no ser servil y lacayo, a no desaprovechar las propias cualidades, a “explotar” sus oportunidades de crecimiento, esta justicia propia es la que motiva a exigir lo justo a participar de los diálogos a decidir sobre su salud y ser parte activa de este proceso, se deben a sí mismos informarle al médico si están consumiendo cannabis para no exponer su salud, es lo que cada persona se debe a sí misma, como mínimo, para ser justa consigo misma (Cortina Orts et al., 1998). A los médicos les corresponde educación formal y currículos académicos que enseñen

acerca del uso de cannabis y del sistema endocannabinoide, acceso a cannabis medicinal de buena calidad y seguro para sus pacientes, tranquilidad, seguridad y confianza de no ser estigmatizados ni juzgados por el estado o la sociedad si prescriben o investigan cannabis medicinal. Así mismo se deben a si mismos autonomía en las toma de decisiones, es justo que los médicos puedan investigar acerca del potencial terapéutico del cannabis, les corresponde orientar a los pacientes sin juicio de valor ni estigmatización. En el ámbito de la ética pública aquella que afecta a las instituciones, la administración pública, las empresas, las escuelas, y todas las entidades que forman parte de la vida pública, resulta indispensable que estas sean justas entorno al uso terapéutico del cannabis; no se trata de buscar la felicidad de unos pocos o los máximos de algunos sectores, las instituciones están obligadas a dar a todos y cada uno de sus miembros lo que les debe en justicia, es decir aquellos bienes indispensables, necesarios, para que cada uno pueda proyectar su felicidad; y dentro de estos mínimos de justicia están de nuevo los derechos morales, los derechos humanos que deben proteger todas las naciones que se consideren civilizadas, proteger la vida y la salud es uno de ellos y es justo que desde lo público, que se garantice el accesos seguro e informado al cannabis medicinal, se vele por proteger a los pacientes, por educar a médicos y pacientes, por evitar el desvío del cannabis medicinal al mercado ilegal. Es importante que se eduque en justicia, entendida como proceso humano que reconoce, atribuye o da a cada uno lo que le corresponde, reclama la acción (Cortina Orts et al., 1998).

El último aspecto bioético a considerar sobre el uso terapéutico, omitida en las normas acerca del uso médico del cannabis, es la dimensión cordial y compasiva sin la cual no es posible la comunicación; la razón cordial busca la verdad y la justicia, no solo mediante la argumentación, sino también por el corazón. Y esto tal vez es lo que ha faltado a las normas morales, sociales y regulatorios entorno al uso terapéutico cannabis, un sentir común que permita sintonizar con los demás, la capacidad de estimar valores, la compasión, ese vínculo compasivo que brota de los más profundo del corazón, que nos permite captar el sufrimiento de los otros y la injusticia, mediante el corazón, que implica afecto pero a su vez inteligencia, talento, espíritu y estomago (Cortina, 2007b). Esa compasión nos pone en el lugar del otro y nos lleva comprender la fuerza de los argumentos, a reconocer la alteridad de los todos afectados. La compasión para los pacientes usuarios de cannabis es más que obvia, muchos de ellos no tienen alternativa terapéutica en la medicina que conocemos, no hay alivio a su sufrimiento ni al de sus familias (Cortina, 2007b). La capacidad de estimar valores, como la autonomía moral, la igualdad, la solidaridad son claves a la hora de hablar de problemas de salud y con énfasis en el sufrimiento como eje central del discurso. Estimar estos valores podría flexibilizar los requerimientos de evidencia científica de alta calidad, muy lejos de lo que se puede exigir a una planta, obligaría a los estado a proteger los derechos morales de sus ciudadanos, facilitaría el acceso seguro al cannabis medicinal, orientaría a aquellos que auto cultivan o se auto formulan, permitirá que las instituciones elaboran normas justas, que las sociedades no estigmatizara y reconociera el vínculo compasivo que nos une (Cortina, 2007a).

Una vez analizamos el uso terapéutico del cannabis desde el corazón, desde la ética cordial, que es la versión cálida de la ética del discurso, podemos afirmar que las normas que los son injustas para los pacientes y para los médicos. Son injustas, porque no hay coherencia entre las normas y códigos morales propuestas y aquellas vividas, porque no se reconoce como legítimo el propósito del consumo, no se reconoce la dignidad, ni la autonomía de las personas, porque además no se le da lo justo y más grave quizá es estas normás sociales, políticas y morales son productos de discursos monológicos, no universalizables elaborados sin reconocer el vínculo compasivo que nos une.

Reafirmo que se escapa del alcance de este ensayo proponer normás justas frente al uso del cannabis medicinal, sin embargo siendo consiente de clara injusticia de las normás, y haciendo el ejercicio cordial de reflexión, considero que deliberar desde la bioética sobre el uso terapéutico del cannabis será el primer paso para que todos los afectados sean escuchados en simetría de condiciones desde la cordialidad, la solidaridad y empatía. Este reconocimiento mutuo de los afectados, anula el individualismo de las políticas de cero tolerancia; promoviendo la ética intersubjetiva, capaz de articular las éticas de máximos, porque las cuestiones de justicia exigen intersubjetividad, traspasando los límites del subjetivismo (Cortina, 2007a). Para esto propongo complementar la definición propuesta de uso terapéutico del cannabis, desde la bioética así:

“El uso terapéutico del cannabis se refiere, al uso del cannabis medicinal*, por una persona digna y autónoma, que tenga como propósito aliviar un síntoma, tratar

una enfermedad o mejorar su calidad de vida, prescrito por un médico en ejercicio de su autonomía, dentro de un marco de legalidad, justicia, compasión y dialogo reciproco”

CAPITULO VI

PRINCIPIOS BIOETICOS DEL USO TEREPEÚTICO DEL CANNABIS

Una vez expuestos los argumentos bioéticos que sustentan el uso terapéutico y reconociendo de manera crítica, en una sociedad axiológicamente plural, que las normás éticas, morales y políticas en torno este son injustas, hemos llegado a los dos últimos objetivos del método para educar en justicia planteado por Adela Cortina que son “motivar a los alumnos a que a través de sus acciones, en los distintos tipos de relaciones, tengan un actuar justo y a reconocer que la justicia social es conquista de la que no debemos inhibirnos”; siguiendo estos objetivos , considero que es necesario llevar la definición de uso terapéutico del cannabis a la práctica clínica, aterrizarla a la relación médico paciente y para esto propondré los principios bioéticos que orienten la toma de decisiones.

Si bien la definición bioética planteada se fundamente en la ética Cordial que tiene sus raíces en la ética del discurso y fue creada a partir de diálogos simétricos entre los afectados, su aplicación práctica se puede ver limitada por los dilemas a los que se enfrentan médico y paciente, entre los muchos que se pueden enumerar diría

que los más relevantes pueden ser, o la prescripción o el uso del cannabis sin la certeza de la medicina basada en la evidencia y el riesgo no conocido de su uso a largo plazo, el acceso al cannabis medicinal y con esto me refiero al acceso de los pacientes y los médico a productos con estándares farmacéuticos, a el auto cultivo y a fumar flor de cannabis como opción en la vía de administración, el uso de sustancias psicoactivas con potencial adictivo en el campo médico, la prescripción a pacientes altamente vulnerables y enfermos y los procesos de investigación en cannabis medicinal que han demostrado ampliamente se escapan de los métodos tradicionales de medicina basada en la evidencia. Dado lo complejo de los dilemas, plantear estos principios, requiere ir más allá del principalísimo, teoría que se basada en las ética utilitarista y kantiana, que se sustenta en los cuatro principios derivados de los juicios de la moral común, de la tradición médica y la coherencia prima facie⁸ que exigen ponderación, es decir que se debe determinar cual de estos tiene más peso frente a un decisión concreta (Beauchamp & Childress, 2001); este método que bien podrían satisfacer solución a algunos dilemas en la práctica clínica y en investigación y ser un método de análisis productivo, no siempre da respuestas claras, especialmente cuando la ponderación no es una opción (Wynia, 2018); es por esto que propongo principios dinámicos, que se constituyan en ese lenguaje en el que podemos entendernos cuando tratamos problemas morales y que se adapten a esta complejidad y al estado actual del uso terapéutico del cannabis. El conjunto de

⁸ es decir que la obligatoriedad de los mismos es relativa a la aparición de lo que se entienda una obligación mayor,

principios morales son la clave de la justicia, preocupada por dar a cada uno lo que le corresponde, desde el reconocimiento recíproco de iguales en dignidad (Cortina, 2007a).

Autonomía

La autonomía desde la perspectiva de la Ética Cordial, es entendida como la capacidad de darse leyes a sí mismo y de auto obligarse a cumplirlas, quien es capaz de obligarse a sí mismo y de formular sus leyes está vinculado a sí mismo y ese vínculo obliga, a alcanzar sus metas vitales a no ser instrumentalizado. El paciente usuario de cannabis aquel que sufre, sin alternativas terapéuticas, tiene como mínimo vital una vida digna, una vida que valga la pena vivir, es capaz de tomar decisiones, de decidir si acepta o desea el cannabis medicinal como parte de su tratamiento; como ser autónomo cuenta con capacidad reflexiva, autoconciencia y sensibilidad, es consiente que como todo medicamento tiene riesgo, efectos adversos y que es posible que no le funcione. Debe ser tratado y reconocido por los otros como principio y dueño absoluto de sus actos, artífice de su libertad, de su independencia y de su propio destino, fin en sí misma y nunca como medio o instrumento, por esto debe evitar el uso de productos derivados de cannabis provenientes del mercado ilegal o irregular ya pone en peligro su salud (Cortina Orts et al., 1998); como ser autónomo asume los deberes personales de informar y discutir con su médico acerca del tratamiento con cannabis, asume el riesgo de adicción y es consiente que debe estar

alerta para evitarlo. El médico en ejercicio de su autonomía aquello que lo auto obliga, está relacionado con la identidad práctica del individuo que lo llevan a considerar algunas forma de vida como dignas de ser vividas, es la sensibilidad hacia las diferencias lo que le permite reconocer la alteridad del otro, reconocer las diferencias, permite el respeto a la dignidad de las personas, el respeto hacia la identidad moral, ese conjunto de valores por el que se orienta a tomar decisiones y le permite dar importancia a unos valores y a otros no. Este reconocimiento del otro obliga a escuchar el punto de vista del paciente, a orientar al que se auto formula, a prescribir al que lo necesita a exigir educación sobre el sistema endocannabinoide y los cannabinoides. También esta dotado de capacidad reflexiva, auto conciencia y sensibilidad que le otorga la capacidad moral de reconocimiento y respeto del otro como un ser con dignidad, con deberes y derechos; actúa bajo los preceptos que su profesión, es dueño absolutos de sus actos y por esto será crítico a la hora de formular cannabis medicinal o no lo prescribirá si no lo considera necesario y no cederá a las presiones del mercado a cometer actos que vayan en contra de su libertad.

Corresponsabilidad

El principio de corresponsabilidad planteado por Apel, dentro de la ética del discurso, esta anclado a los presupuestos de la argumentación; quien hace una pregunta, afirma o cuestiona una idea con pretensión de validez para sí mismo y para otros, se ofrece como miembro corresponsable para la búsqueda de la verdad de un enunciado o de una norma, presupone tanto una capacidad cognitiva para saber qué

significa participar en un diálogo argumentativo, como también la capacidad para una corresponsabilidad dialógica, que le permite intervenir en los discursos, cooperar en la búsqueda de la verdad, determinar el correcto obrar y la le otorga la buena voluntad para aplicarlo a la práctica (Michelini, 2003)(Apel & Cortina, 1991). Así mismo cualquiera que argumenta en serio ha reconocido que todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y no se puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión(Cortina, 2007a). Entonces ninguna persona que pretenda argumentar en serio lo puede hacer en solitario ya que no se reúnen las condiciones requeridas para un diálogo justo. En este sentido se incluyen los eventuales intereses de los participantes virtuales del discurso que deben asumir corresponsablemente las consecuencias derivadas de los acuerdos que son el resultado de tal consenso, entonces el principio de Corresponsabilidad complementa al principio individual de responsabilidad (Cortina, 2007a). En el uso terapéutico del cannabis donde, es evidente un triángulo de dilema moral, por un lado existe incertidumbre acerca de sus efectos a largo plazo y la eficacia terapéutica en muchas de la patologías, sumado a los resultados contradictorios de la medicina basada en la evidencia; y por el otro están los pacientes con enfermedades de difícil manejo, refractarias o sin alternativas terapéuticas en la medicina que conocemos que ven en el cannabis una opción terapéutica altamente validada en estudios observacionales y preclínicos. En este escenario la responsabilidad compartida, plantear situaciones, aceptar o rechazar propuestas con

buenas razones mediante la argumentación constituye una alternativa para la solución de los problemas y llegar a acuerdos justos entre médicos y pacientes, donde cada cual asume su responsabilidad y se auto obliga a cumplirla. El médico asume la responsabilidad de informar al paciente la alternativo de tratamiento con cannabinoides, los riesgos y beneficios, la falta de certeza científica y asume la responsabilidad de escuchar el punto de vista de los pacientes así como también de orientar a aquellos pacientes que auto cultivan o se auto médicán, los pacientes por su parte son responsables de escuchar y aceptar las orientaciones médicas, de su auto cuidado de estar alertas y conscientes del peligro de la adicción y de informar a su médico si usan cannabinoides, también serán responsable del cannabis medicinal prescrito evitando que se desvíe hacia el mercado ilegal o se causa de intoxicación accidental por sus allegados.

Respeto activo

El respeto activo se refiere al valor positivo de la tolerancia, es decir es el respeto activo con un aprecio positivo, hacia a una forma de vida o pensamiento diferente con el interés de ayudar a que se lleve adelante, siempre que respeten un punto de vista moral respetable. Este respeto es indispensable para que la convivencia de distintas concepciones de vida se trasformen en una auténtica construcción compartida. Cuando tolerancia no está basada en el aprecio positivo hacia el otro, por que incomoda, se convierte en intolerancia, y los comportamiento éticos son intolerantes con los intolerantes (Cortina, 1997). En el uso terapéutico del cannabis

los dilemas médicos más relevantes son el paciente que se auto médica y/o auto cultiva, así como también aquel que fuma cannabis; en este escenario, que el propósito del consumo es mejorar la salud, lo hemos considerado una virtud, por lo tanto un punto de vista moral respetable donde solo el respeto activo permitirá comprender sus motivos y ayudarlos a llevarlos adelante, es entonces como aliviar el dolor, tratar el síntoma, paliar la enfermedad o mejorar la calidad de vida, suponen un aprecio positivo que vale la pena construir de manera compartida de este paciente ya que la el conocimiento y la orientación médica permite optimizar tratamientos, minimizar riesgos y mediante argumentos válidos y discurso coherentes se podrá llegara a acuerdos en el tratamiento de este paciente. Cuando no se práctica un respeto activo, la tolerancia pasiva se trasforma en impotencia, indiferencia o desinterés lo que se trasforma en comportamientos injustos hacia los pacientes y un desconocimiento a su dignidad (Cortina, 2013).

No instrumentalizar,

El reconocimiento del otro y de si mismo en dignidad, reclama como principio mismo no dañar, que es la clave de la convivencia humana. Este principio se puede ver desde dos puntos en la ética cordial, uno en relación con la bioética médica principialista, y el principio de no maleficencia, que desde en la ética cordial se considera que no es moralmente justo que una intervención vaya en contra de las metas de un ser autónomo, se trate de fines expresados o de fines que se le pueden suponer, además dicha intervención no puede convertirse en instrumentalización, no

es moralmente justo utilizar a los seres humanos para metas ajenas a su bien, sean económicas, científicas o políticas, ni tampoco suplantarlos a la hora de decidir en qué consiste su bien. Exigir al cannabis medicinal, medicina basada en la evidencia se convierte un proceso de instrumentalización, que aleja a los pacientes de alcanzar su propósito. La medicina basada en la evidencia (MBE) que desde los años 80 se constituye en una nueva propuesta paradigmática acerca del ejercicio de la práctica y la enseñanza de la Medicina, ajustada a criterios provenientes de la epidemiología clínica, se transforma en el empleo consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales evidencias en la toma de decisiones sobre el cuidado individual del paciente”. (Cuesta, 2015) Es el método por el cual se usa la mejor información disponible, fruto de los meta análisis, de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, como base para el diseño de estrategias y guías de práctica clínica, en aras de cerrar o aminorar el vacío existente entre la teoría racionalmente demostrada y la práctica clínica intuitiva. La profesión médica dejó de ser un arte para adoptar el paradigma científico centrado en la formulación y comprobación de hipótesis, esta nueva forma de ejercer y enseñar la medicina remplazo la tradición oral, la anécdota y el razonamiento teórico, la experiencia propia y los deseos y creencias del paciente, por prácticas basadas en evidencia, en una práctica intelectual “científica” que desconoce el particular, el intuitivo el probable y pero aun lo margina y lo somete. En la era de la globalización, la accesibilidad y disponibilidad de la MBE, la han convertido en un modelo cuasi hegemónico, que evalúa la calidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cotidianos. Quienes actúan ajenos a sus mandamientos se estima proceden sin rigor

científico. Con fina ironía, la MBE ha llegado a ser considerada "una nueva religión" provista de predicadores, feligreses, catecismo, liturgia, símbolos religiosos, sacramentos y hasta inquisición. (Vidal Ledo maria , 2005). En el caso del cannabis medicinal que ha mostrado durante siglos un amplio potencial terapéutico y un perfil alto de seguridad, desconocer su potencial terapéutico actual y someter a la espera inagotable de resultados de investigación a los pacientes que en este momento requieren del uso terapéutico del cannabis es una forma de instrumentalizarlos para justarlos a los modelos de la MBE, sería importante reflexionar si en este contexto, donde los pacientes actuales son consumidores del cannabis medicinal, no son interlocutores válidos a la hora de reportar los efectos en su salud de los productos y generadores de le evidencia suficiente que satisfaga las demandas de la medicina basada en la evidencia mediante la evidencia basada en la vida real (Real World Data), esto no quiere decir que se desconozca la importancia de la investigación clínica que debe ser uno de los pasos a seguir dentro del fortalecimiento del uso terapéutico del cannabis, quiere decir que en este momento del tiempo es importante replantear desde el punto de vista médico, el enfoque de la medicina basada en cannabinoides.

El otro punto de vista es el que se refiere a los seres humanos capaces de dirigir sus vida de forma autónoma, la obligación de no dañar forma parte de un principio más alto, el de no instrumentalizar, no poner a las personas al servicio de fines que ellas no han elegido, es decir que cada uno debe evitar convertirse para los demás en un medio, ha de conseguir ser para ellos un fin y no instrumentalizarse recíprocamente,

respetando la autonomía propia y ajena. En este concepto el uso del cannabis medicinal prescrito o auto formulado debe regirse por el principio de no hacer, ni hacerse daño, es por esto que es relevante en la toma de decisiones determinar la virtud del propósito y hacer seguimiento para evitar los daños que se puedan derivar, solo el diálogo y el reconocimiento mutuo entre médicos y pacientes lograra este objetivo. Entonces, resumiendo no es legítimo dañar a las personas, pero tampoco instrumentalizarlas en contra de sus propios planes vitales, siempre que esos planes no sean dañinos para las demás personas.

Justicia

Como lo enuncie anteriormente la justicia, para Adela Cortina, es dar a cada uno lo que le corresponde, incluyéndose a si mismo, en ese “cada uno” (Cortina Orts et al., 1998). Le corresponde a los pacientes, tener un adecuado tratamiento médico y opciones terapéuticas, accesos a productos de cannabis de buena calidad que no pongan en peligro su vida ni su integridad, un personal de salud educado acerca del uso de cannabinoides, que conozca su potencial terapéutico así como sus limitaciones y efectos indeseables; es justo que los pacientes sean reconocidos como tal, como usuarios legítimos de un medicamento, separándolos del consumo recreativo, de la estigmatización y de la censura social. Así mismo los pacientes, se deben a sí mismos respeto, estima y auto cuidado, a participar de los diálogos, a decidir sobre su salud y ser parte activa de este proceso, se deben a si mismos informarle al médico si están consumiendo cannabis para no exponer su salud, es lo que cada persona se

debe a sí, como mínimo, para ser justa consigo misma (Cortina Orts et al., 1998). A los médicos les corresponde educación formal y currículos académicos que enseñen acerca del uso de cannabis y del sistema endocannabinoide, acceso a cannabis medicinal de buena calidad y seguro para sus pacientes, tranquilidad, seguridad y confianza de no ser estigmatizados ni juzgados por el estado o la sociedad si prescriben o investigan cannabis medicinal. Así mismo se deben a sí mismos autonomía en las toma de decisiones, investigación clínica, y el poder orientar a los pacientes sin juicio de valor ni estigmatización. Y es justo que desde lo público, que se garantice el acceso seguro e informado al cannabis medicinal, se vele por proteger a los pacientes, por educar a médicos y pacientes, por evitar el desvío del cannabis medicinal al mercado ilegal. Además de estos puntos que ya habían sido considerados como parte de la definición bioética del uso terapéutico del cannabis; considero importante complementar la importancia de evitar la injusticia en la relación médico paciente, y para esto deberá de ser reconocido, que la práctica médica está saturada de injusticia epistémica, que según la definición de Miranda Ficker⁹ (en su libro *Injusticia Epistémica*), consiste en causar un mal a alguien en su condición específica de sujeto de conocimiento, dividiéndose en dos tipos: la injusticia testimonial que se

⁹ Miranda Fricker (Reino Unido, 1966) es Doctora en Filosofía por la Universidad de Oxford. Actualmente ejerce como Profesora Titular de Filosofía en City University of New York Graduate Center (CUNY) y como Profesora de Investigación en la Universidad de Sheffield. Es editora adjunta de la *Journal of The American Philosophical Association* y miembro de la Academia Británica. Ha publicado diversos libros y numerosos artículos en revistas especializadas sobre ética, epistemología social, filosofía feminista y filosofía política, temás que conforman su principal campo de estudio.

produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido y la injusticia hermenéutica que se produce en una fase anterior, cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales (Fricker, 2007). Los médicos poseedores del “conocimiento”, con poder social, vestidos de poder identitario, ejerciendo un rol paternalista, imbuidos en la medicina actual, basada en la evidencia, posmodernista, anclada con solidez en la razón y el conocimiento, endiosada desde que se pisan las aulas y perpetuada por los procesos de formación, nos transformamos, en verdugos de nuestros interlocutores, los pacientes. Esta injusticia algunas veces testimonial, otras veces hermenéutica, o la suma de ambas, son una forma de vulneración al otro, que afecta la capacidad de compartir información, de adquirir el conocimiento de los demás y de interpretar sus experiencias sociales (Farré, 2015). Es injusto el desconocimiento médico del uso terapéutico del cannabis y su potencial terapéutico y es injusto que no se reconozcan como lo he mencionado otro tipo de evidencia; es por esto que la comunidad médica se encuentra en una encrucijada, un desafío para la medicina moderna, estamos entre la evidencia y el conocimiento intuitivo. Es por esto que obrar en justicia es necesario y urgente para que la medicina permanezca como un arte, que seamos conscientes del valor del conocimiento del otro, del valor del respeto a la individualidad y a racionalizar, acerca del alcance de los avances científicos. La implicación afectiva e intuitiva es inherente a la acción, cultural y social de cada paciente está la esencia del arte médico que está obligada a obrar en justicia.

CONCLUSIONES

El terapéutico del cannabis definido desde la ética de la razón cordial, se puede definir como “el uso del cannabis medicinal*, por una persona digna y autónoma, que tenga como propósito aliviar un síntoma, tratar una enfermedad o mejorar su calidad de vida; prescrito por un médico en ejercicio de su autonomía; dentro de un marco de legalidad, justicia, compasión y dialogo reciproco”. El cannabis medicinal se refiere a los derivados de la planta del cannabis (naturales o sintéticos), sembrados, transformados y distribuidos con el propósito de aliviar síntomas o tratar enfermedades de los pacientes; debe tener concentraciones estables y conocidas de cannabinoides, con THC menor al 5%, e idealmente su presentación para administración debe ser diferente a la vía fumada.

Con la claridad semántica de estos conceptos bioéticos, se puede inferir que existen diferencias significativas entre el uso terapéutico y el uso recreativo del cannabis; las normas jurídicas y morales que se han generado entorno al uso medico, son claramente injustas, no han diferenciado el uso medico del recreativo, se centran en monólogos de políticas antidrogas, en éticas de máximos de algunos, desconociendo los discursos y opiniones de médicos y pacientes; no son universalizables y fueron elaboradas sin reconocer el vínculo compasivo que nos une. Se escapa del alcance de este ensayo proponer normas justas frente al uso del cannabis medicinal, sin embargo siendo consiente, de la clara injusticia y haciendo

el ejercicio cordial de reflexión, considero que deliberar desde la bioética sobre el uso terapéutico del cannabis, será el primer paso para que todos los afectados sean escuchados en simetría de condiciones desde la cordialidad, la solidaridad y empatía. Este reconocimiento mutuo de los afectados, anula el individualismo de las políticas de cero tolerancia; promueve la ética intersubjetiva, capaz de articular las éticas de máximos, porque las cuestiones de justicia exigen intersubjetividad, traspasando los límites del subjetivismo (Cortina, 2007a).

Si bien la definición bioética planteada se fundamente en la ética Cordial que tiene sus raíces en la ética del discurso y fue creada a partir de diálogos simétricos entre los afectados, su aplicación práctica se puede ver limitada por los dilemas a los que se enfrentan médico y paciente, en la clínica y en investigación, es por esto y motivada por aquella invitación de Adela Cortina “a reconocer que la justicia social es conquista de la que no debemos inhibirnos” (Cortina, 2007a), y siguiendo su planteamiento donde “el conjunto de principios morales son la clave de la justicia, preocupada por dar a cada uno lo que le corresponde, desde el reconocimiento recíproco de iguales en dignidad” (Cortina, 2007a). Propongo los principios de Autonomía, corresponsabilidad, Justicia, No instrumentalizar y Respeto activo, postulados desde la ética de la razón cordial, para el uso terapéutico del cannabis en la práctica clínica y en investigación.

BIBLIOGRAFIA

- A.Cuba. (2003). Breve Historia del OPIO y sus derivados (opioides). *Flacso*.
- Adler, J. N., & Colbert, J. A. (2013). Medicinal use of marijuana - Polling results. *New England Journal of Medicine*, 368(22), e30(1).
<https://doi.org/10.1056/NEJMclde1305159>
- Administration, F. and D. (2020). *FDA Regulation of Cannabis and Cannabis-Derived Products, Including Cannabidiol (CBD)*. <https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-regulation-cannabis-and-cannabis-derived-products-including-cannabidiol-cbd>
- Albarracín López, C. M. (2018). *Ética de las virtudes y educación ¿Por qué y para qué sería necesaria una ética de las virtudes según las propuestas de Victoria Camps, Adela Cortina y Humberto Maturana?*
- Alzghari, S. K., Fung, V., Rickner, S. S., Chacko, L., & Fleming, S. W. (2017). To Dab or Not to Dab: Rising Concerns Regarding the Toxicity of Cannabis Concentrates. *Cureus*, 9(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.1676>
- Andre, C. M., Hausman, J.-F., & Guerriero, G. (2016). Cannabis sativa: The Plant of the Thousand and One Molecules. *Frontiers in Plant Science*, 7(February), 1–17.
<https://doi.org/10.3389/fpls.2016.00019>
- Apel, K. O., & Cortina, A. (1991). Teoría de la verdad y ética del discurso. In *Pensamiento contemporáneo* (Issue 13).
- Babayan, E. A., Diop, B. S., & Harris, L. S. (1978). WHO expert committee on drug

- dependence. *World Health Organization - Technical Report Series, No. 618*, 1–49.
- Barthwell, A. G., & Baxter, L. E. (2010). The Role of the Physician “Medical Marijuana.” *The Journal of Global Drug Policy and Practice*, 5(4), 5–7.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). Principles of Biomedical Ethics. In *Journal of Medical Ethics*. Oxford University Press,. <https://doi.org/10.1136/jme.28.5.332-a>
- Bell, S. E., & Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science and Medicine*, 75(5), 775–783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
- Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., Rolles, S., & Walsh, J. (2016). *La Regulación del Cannabis y los Tratados de Drogas de la ONU. Estrategias para la reforma*.
- Bostwick, J. M. (2012). Blurred boundaries: The therapeutics and politics of medical marijuana. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(2), 172–186. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.10.003>
- Bottorff, J. L., Bissell, L. J. L., Balneaves, L. G., Oliffe, J. L., Capler, N. R., & Buxton, J. (2013). Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: A qualitative descriptive study. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-2>
- Brenner, J. (2016). Changes Need To Be Made To Make Research More Feasible on Scheduled Drugs for Recreational Purposes as Well. *American Journal of Bioethics*, 16(4), 58–60. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1145286>
- Campos, A. C., Fogaça, M. V., Sonogo, A. B., & Guimarães, F. S. (2016). Cannabidiol, neuroprotection and neuropsychiatric disorders. In *Pharmacological Research* (Vol. 112, Issue February, pp. 119–127). <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2016.01.033>

- Carracedo, S. (2019). Bioethical considerations in the physician-patient relationship for the use of medicinal cannabis in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 334–340. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3293>
- Casarett, D., & Abrams, D. I. (2019). Why Insurance Companies Should Pay for Medical Cannabis. *American Journal of Bioethics*, 19(4), 8–10. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1567193>
- Clark, P. A. (2000). The ethics of medical marijuana: Government restrictions vs medical necessity. *Journal of Public Health Policy*, 21(1), 40–60. <https://doi.org/10.2307/3343473>
- Cohen, P. J. (2000). *MEDICAL MARIJUANA: THE CONFLICT BETWEEN SCIENTIFIC EVIDENCE AND POLITICAL IDEOLOGY Peter* (pp. 72–92).
- Congreso De La República de Colombia. (2016). *Ley 1787 Del 6 De Julio De 2016*.
- Consorcio Internacionla sobre Politicas de Drogas. (2014). *La Comisión de Estupefacientes 2014 y su segmento de alto nivel Informe sobre el período de sesiones*.
- Cortellini, A., Porzio, G., Cofini, V., Necozone, S., Giusti, R., Marchetti, P., Aloe Spiriti, M. A., Costanzi, A., Peris, F., Ravoni, G., Spinelli, G., Ficarella, C., & Verna, L. (2019). What cancer patients actually know regarding medical cannabis? A cross-sectional survey with a critical analysis of the current attitudes. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 25(6), 1439–1444. <https://doi.org/10.1177/1078155219843161>
- Cortina, A. (1990). *ÉTICA SIN MORAL*.
- Cortina, A. (1997). *CIUDADANOS DEL MUNDO. HACIA UNA TEORIA DE LA*

CIUDADANIA (2001st ed., Issue 1). Alianza Editorial. S. A.

<https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>

Cortina, A. (2000). *Ética mínima*.

Cortina, A. (2007a). *Ethica cordis. Isegoría*, 37, 116.

Cortina, A. (2007b). *Ética de la razón cordial (Premio Internacional de Ensayo Jovellanos nº 32) (Spanish Edition)*. kindle.

Cortina, A. (2008). *ETICA DE LA RAZON CORDIAL: Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*.

Cortina, A. (2013). Valores morales y comportamiento social. In *siglo XX: mirando hacia atrás para ver hacia delante*.

http://www.fundacionfaes.org/file_upload/publication/pdf/20130426115851valores-morales-y-comportamiento-social.pdf

Cortina, A. (2015). *Ética y Moral 1*.

<https://www.youtube.com/watch?v=5hVsdZ5y5W4&t=1436s>

Cortina, A., & Martínez, E. (2001). *Ética*.

Cortina Orts, A., Escámez, J., Siurana Aparisi, J. C., García, R., Llopis, J. A., & Ciència, V. (Comunidad A. C. de C. E. i. (1998). *Educar en la justicia*.

Dai, H., & Richter, K. P. (2019). A National Survey of Marijuana Use Among US Adults With Medical Conditions, 2016-2017. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911936.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11936>

de Fonseca, F. R., del Arco, I., Bermudez-Silva, F. J., Bilbao, A., Cippitelli, A., &

Navarro, M. (2005). The endocannabinoid system: Physiology and pharmacology.

Alcohol and Alcoholism, 40(1), 2–14. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh110>

Devane, William A, H. L. (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. - PubMed - NCBI. *Science*, 258, 1946.

Diccionario de la Real Lengua Española. (2017). Edición Del Tricentenario.

Fischedick, J. T., Hazekamp, A., Erkelens, T., Choi, Y. H., & Verpoorte, R. (2010).

Metabolic fingerprinting of *Cannabis sativa* L., cannabinoids and terpenoids for chemotaxonomic and drug standardization purposes. *Phytochemistry*, 71(17–18), 2058–2073. <https://doi.org/10.1016/j.phytochem.2010.10.001>

Fischedick J, E. S. (2015). Cannabinoids and Terpenes as Chemotaxonomic Markers in *Cannabis*. *Natural Products Chemistry & Research*, 03(04).

<https://doi.org/10.4172/2329-6836.1000181>

Freeman, M. K. (2016). Adverse effects and Drug Interactions Associated with Inhaled Recreational and Medical Marijuana. *INNOVATIONS in Pharmacy*, 7(2).

Fundación Canna. (2020). Uso Medicinal Del Cannabis. <https://www.fundacion-canna.es/en>

Giaouris, E., Chorianopoulos, N., Skandamis, P. y Nychas, G. (2012). World ' s largest Science , Technology & Medicine Open Access book publisher : *Open Science/Open Minds*, 450. <https://doi.org/10.5772/51895>

Goffman, E. (1963). *STIGMA: NOTES ON THE MANAGEMENT OF SPOILED IDENTITY*. (E. Cliffs (Ed.)).

Grinspoon, L. (2005). *History of Cannabis as a Medicine*.

Grinspoon, L. (2007). Hacia el futuro del cannabis como medicamento. *Cannabinoids*,

2(2), 13–15.

Grinspoon Lester. (1969). MARIHUANA. *SCIENTIFIC AMERICAN*, 221(December), 17–25.

Guzmán, M., & Galve-Roperh, I. (2009). Endocannabinoides : un nuevo sistema de comunicación en el cerebro. *Avances En Neurociencia: Neurotransmisores y Patologías Nerviosas*, 177–194.

Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. taurus.

<https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/03/habermas-jurgen-teoria-de-la-accion-comunicativa-i.pdf>

Habermas, J. (2000). *Conciencia moral y acción comunicativa*.

Hall, W. (2018). *Uso médico del cannabis y los cannabinoides*.

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ESN_PDF.pdf

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383–1391. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61037-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0)

Hudak, J., Ramsey, G., & Walsh, J. (2018). *Ley de cannabis uruguay: pionera de un nuevo paradigma*. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2018/03/GS_06142018_Cannabis-Uruguay_Spanish.pdf

Jelsma, A., & Armenta, A. (2015). Las convenciones de drogas de la ONU. Guía básica. *Transnational Institute*, 30.

Johnson, J. R., Burnell-Nugent, M., Lossignol, D., Ganae-Motan, E. D., Potts, R., & Fallon, M. T. (2010). Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled,

Parallel-Group Study of the Efficacy, Safety, and Tolerability of THC:CBD Extract and THC Extract in Patients with Intractable Cancer-Related Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2), 167–179.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.06.008>

Kalkach-Aparicio, M., Cuéllar-Herrera, M., Flores-Ramírez, E. L., Ruíz-Gadea, P., Medina-Osti, L., Trejo-Martínez, D., Velasco, F., Aguado, G., Velasco, A. L., & Gorian-Montealegre, G. (2016). The use of cannabis as an antiepileptic treatment in Mexico: A review, bioethical analysis, discussion and position of the Hospital General de México Epilepsy Clinic. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 79(2), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.04.004>

Khalsa, J. H., & Baler, R. D. (2019). Cannabis Use Disorders. *Cannabis Use Disorders*, January. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-90365-1>

Klimkiewicz, A., & Jasinska, A. (2018). The health effects of cannabis and cannabinoids. *Psychiatria*, 15(2), 88–92. <https://doi.org/10.17226/24625>

Kondrad, E., & Reid, A. (2013). Colorado Family Physicians' Attitudes Toward Medical Marijuana. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(1), 52–60. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.01.120089>

Leweke, F. M., Piomelli, D., Pahlisch, F., Muhl, D., Gerth, C. W., Hoyer, C., Klosterkötter, J., Hellmich, M., & Koethe, D. (2012). Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 2(October 2011). <https://doi.org/10.1038/tp.2012.15>

Loflin, M., & Earleywine, M. (2015). The case for medical marijuana: an issue of relief.

Drug and Alcohol Dependence, 149, 293–297.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.006>

MacCallum, C. A., & Russo, E. B. (2018). Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European Journal of Internal Medicine*, 49(January), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.004>

Martell, K., Fairchild, A., Legerrier, B., Sinha, R., Baker, S., Liu, H., Ghose, A., Olivotto, I. A., & Kerba, M. (2018). Rates of cannabis use in patients with cancer. *Current Oncology*, 25(3), 219–225. <https://doi.org/10.3747/co.25.3983>

Mathern, G. W., Beninsig, L., & Nehlig, A. (2015). *Fewer specialists support using medical marijuana and CBD in treating epilepsy patients compared with other medical professionals and patients : Result of Epilepsia ' s survey*. 1–6. <https://doi.org/10.1111/epi.12843>

Mechoulam, R. (1994). Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Biochemical Pharmacology*, 50(1), 83–90.

Mechoulam, R., Parker, L. A., & Gallily, R. (2002). Cannabidiol: An Overview of Some Pharmacological Aspects. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 42(S1), 11S-19S. <https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.2002.tb05998.x>

Michael H ANDREAE1, E. R. (2017). *An ethical exploration of barriers to research on controlled drugs*. 16(4), 36–47. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1145282>.An

Michelini, D. J. (2003). La ética del discurso como ética de la responsabilidad. *Literatura y Lingüística N°14*, 4–6. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0716-58112003001400015>

- Muguerza, J. (2010). *HABERMAS EN EL “ REINO DE LOS FINES ” Universidad Nacional de Educación a Distancia La idea kantiana de un reino de los fines (ein Reich der Zwecke) constituye uno de los capítulos de más difícil interpretación en el conjunto de la filo- sofía de Kant . XVII, 55–89.*
- Naciones Unidas. (2019). *Informe JIFE*.
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_S.pdf
- Nahtigal, I., Blake, A., Hand, A., Florentinus-Mefailoski, A., Hashemi, H., & Friedberg, J. (2016). The pharmacological properties of cannabis. *Journal of Pain Management*, 9(4), 481–491.
- National Institute on drug Abuse. (2019). La Marihuana como Medicina. *DrugFacts*, 0(0), 1–6.
- NICE. (2019). *Guideline Cannabis-based medicinal products. August*, 1–23.
- Niesink, R. J. M., & van Laar, M. W. (2013). Does Cannabidiol Protect Against Adverse Psychological Effects of THC? *Frontiers in Psychiatry*, 4(October), 1–8.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00130>
- Observatorio de drogas de Colombia. (2017). Reporte de Drogas en Colombia 2017. *Legis, Comunicaciones*, 224. <https://doi.org/ISSN 2463-1418>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2014). Los tratados de fiscalización internacional de drogas. *Unodc*, 134.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2019). *Informe Mundial de Drogas 2019*.

- Oil, V. C. (2017). "Tree-in-Bloom": Severe Acute Lung Injury Induced by Vaping Cannabis Oil. *14*(3), 468–470. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw194>.Pepper
- Organización de las Naciones Unidas. (1971). Convenio Sobre Sustancias Psicotropicas del 1971. *Diario de Las Naciones Unidas*, 1–18. https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
- Organizacion de Naciones Unidas. (1961). Convención Única de 1961. *Convención Única de 1961 Sobre Estupefacientes*, 1–56.
- Pergam, S. A., Woodfield, M. C., Lee, C. M., Cheng, G. S., Baker, K. K., Marquis, S. R., & Fann, J. R. (2017). Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. *Cancer*, *123*(22), 4488–4497. <https://doi.org/10.1002/cncr.30879>
- PETER, C. (2012). *Medical marijuana: Medical necessity versus political agenda*. *18*(1), 1–11.
- Phytocannabinoid Pharmacology*. (2018). 1–15.
- Piomelli, D., & Russo, E. B. (2016). The *Cannabis sativa* Versus *Cannabis indica* Debate: An Interview with Ethan Russo, MD. *Cannabis and Cannabinoid Research*, *1*(1), 44–46. <https://doi.org/10.1089/can.2015.29003.ebr>
- Plunk, A., & Harrell, P. T. (2016). Barriers To Research Using Controlled Drugs Are Not Created Equal. *American Journal of Bioethics*, *16*(4), 54–56. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1145284>
- Ramos Atance, J. A., & Fernandez Ruiz, J. (2000). Sistema cannabinoide endogeno: Ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transduccion de senales.

- Adicciones*, 12(SUPPL. 2), 59–81. <https://doi.org/10.20882/adicciones.672>
- Richard, O. N., & Paul, O. B. (2017). *Medical Marijuana : Basic Scientific View*. 240–253.
- Russo, E. (2003). Cannabis and Cannabis Based Medicine Extracts : Additional Results. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 3(4), 153–161.
https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1300/J175v03n04_03
- Russo, E. B. (2007). History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet. *Chemistry and Biodiversity*, 4(8), 1614–1648.
<https://doi.org/10.1002/cbdv.200790144>
- Russo, E. B. (2011). Taming THC: Potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *British Journal of Pharmacology*, 163(7), 1344–1364.
<https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x>
- Russo, E. B., & McPartland, J. M. (2003). Cannabis is more than simply Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacology*, 165(4), 431–432.
<https://doi.org/10.1007/s00213-002-1348-z>
- Sadhir, M. (2016). *Pharmacology of cannabis*. 9(4), 375–379.
- Sánchez Pachón, J. (2014). *La razón cordial y la fundamentación ética. Un estudio sobre la obra de Adela Cortina*.
- Sánchez Pachón, J. (2015). Adela Cortina: el reto de la ética cordial. *Brocar. Cuadernos de Investigación Histórica*, 39(39), 397. <https://doi.org/10.18172/brocar.2901>
- Sarid, N., Zada, M., Lev-Ran, S., Yashphe, E., Givon, I., Barzilai, M., Perry, C., Avivi, I., & Wolf, I. (2018). Medical Cannabis Use by Hodgkin Lymphoma Patients: Experience of a Single Center. *Acta Haematologica*, 140(4), 194–202.

<https://doi.org/10.1159/000493567>

Schwartz, R. (1998). *Marijuana to prevent nausea and vomiting in cancer patients.*

Sen, A. (1999). *DESARROLLO Y LIBERTAD (PLANETA).*

Shahid, Z., Kalayanamitra, R., Hanafi, M., Anwar, K., & Jain, R. (2019). Sugar, Spice, and Bleeding. *Cureus, 11*(4), 10–12. <https://doi.org/10.7759/cureus.4437>

Taylor, B.D, Blickman, T, J. (2014). Auge y caída de la prohibición del cannabis. *Global Drug Policy Observatory, 1–80.*

Torres, J., Galván, G., & Hernández, O. (2016). Ética del discurso de Habermas: como propuesta teórico-práctica en la solución de problemas práctico-morales. *Justicia, 21*(29), 13–27. <https://doi.org/10.17081/just.21.29.1230>

Uritsky, T. J., & Mcpherson, M. L. (2011). *Assessment of Hospice Health Professionals ' Knowledge , Views , and Experience with Medical Marijuana. 14*(12). <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0113>

Vasconcelos, S. C., Silva, A. O., Moreira, M. A. S. P., Correia, A. de S. B., Guerra, A. L. A. G., Santos, A. R. dos, & Frazão, I. da S. (2019). Bioethical analysis to the therapeutic use of Cannabis: Integrative review. *Nursing Ethics, 26*(1), 96–104. <https://doi.org/10.1177/0969733017703699>

Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine, 370*(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309>

Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., Keurentjes, J. C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidtkofer, S., Westwood, M., &

- Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 313(24), 2456–2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>
- Wilkinson, J. D., Whalley, B. J., Baker, D., Pryce, G., Constanti, A., Gibbons, S., & Williamson, E. M. (2003). Medicinal cannabis: is Δ^9 -tetrahydrocannabinol necessary for all its effects? *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 55(12), 1687–1694. <https://doi.org/10.1211/0022357022304>
- World Health Organisation. (2018). *WHO Expert Committee on Drug Dependence Critical Review*. 1–27.
- Wynia, M. K. (2018). The Compassionate Utilitarian: Reconciling the Competing Moral Values Behind Efforts to Regulate Cannabis Use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(4), 813–823. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9903-y>

TABLA 1. Bases de datos

BASE DE DATOS	NOMBRE ARTICULO	AÑO	FX IMPACTO	Autor	
SCOPUS	Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente para el uso del cannabis medicinal en Perú	2019	H INDEX: 2	Sarah Carracedo (Carracedo, 2019)	Consideraciones éticas del usos de cannabis en Perú
SCOPUS	Bioethical analysis to the therapeutic use of Cannabis: Integrative review	2017	H INDEX 1.2	Ana Luisa Antunes Selene Cordeiro Vasconcelos (Vasconcelos et al., 2019)	Tipos de Estigmatización y uso de cannabis
SCOPUS	The case for medical marijuana: An issue of relief	2015	H INDEX 1.63	Mallory Loflin (Loflin & Earleywine, 2015)	Aplicaciones medicinales falta de estandarización del producto
GOOGLE	The Ethics of Medical Marijuana: Government Restrictions vs. Medical Necessity	2000		PETER A. CLARK (Clark, 2000)	
EMBASSE	The use of cannabis as an antiepileptic treatment in Mexico: A review, bioethical analysis, discussion and position of the Hospital General de México Epilepsy Clinic	2016		M. Kalkach-Aparicio (Kalkach-Aparicio et al., 2016)	Consideraciones para el uso de Cannabis medicinal y caso clínico para deliberación ética.
EMBASSE	Why Insurance Companies Should Pay for Medical Cannabis	2019		David Cassarett (Casarett & Abrams, 2019)	
EMBASSE	Ethics and Science, Cannabinoids and Healthcare	2018		Black, Elizabeth (Michael H ANDREAE1, 2017)	Panorama legal en EU. Principios Beuchamp
EMABASSE	Barriers To Research Using Controlled Drugs Are Not Created Equal	2016		Andrew Plunk & Paul T. Harrell (Plunk & Harrell, 2016)	Barreras políticas al uso del cannabis

GOOGLE	An ethical exploration of barriers to research on controlled drugs	2016		Michael ANDREAE H (Michael ANDREAE1, 2017)	Investigación en sustancias controladas. Heroína
GOOGLE	MÉDICAL MARIJUANA: THE CONFLICT BETWEEN SCIENTIFIC EVIDENCE AND POLITICAL IDEOLOGY	2009		Cohen peter (Cohen, 2000)	Revisión completa de cannabis, es la medicalización la solución al conflicto del cannabis medicinal
GOOGLE	Blurred Boundaries: the therapeutic and politics of medical marijuana			J. Michael Bostwick (Bostwick, 2012)	Diferencias cannabis medicinal y recreativo
EMBASSE	Changes Need To Be Made To Make Research More Feasible on Scheduled Drugs for Recreational Purposes as Well	2016		Jay Brenner(Brenner, 2016)	Doble efecto. Cannabis en lista I
GOOGLE	Médical marijuana: Médical necessity versus political agenda	2016		Peter A. Clark (PETER, 2012)	FDA aprobación para un medicamento de cannabis y los impedimentos de la DEA para pasarla de lista I a lista II
EMBASSE	Rhetorical and regulatory boundary-work: The case of medical cannabis policy-making in Israel	2017		Dana Zarhin	Limites entre cannabis medicinal y recreativo