

LEY 27.350 - USO MEDICINAL DEL CANNABIS

(El derecho humano al más alto nivel de salud)

Mag. Claudio F.A. Espósito

a.-

La medicina tradicional occidental se sostiene sobre un claro criterio evolutivo¹. Ahora bien, el siglo XIX se caracteriza por el surgimiento de una industria farmacéutica y de laboratorio, sobre todo en Alemania, aunque se aplicó especialmente en Francia. La medicina deviene comercial. La medicina regular buscaba ser un negocio prospero². Así a comienzos del siglo XX el descubrimiento de sustancias tan importantes como la insulina, las vitaminas, la penicilina, las sulfamidas, a la vez que se conoce la radiactividad comienzan a ser bases de ensayos biológicos.

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de Salud Mental Pública. Son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; crean un alto nivel de necesidades de apoyos y de sufrimiento en los usuarios y una considerable aflicción a nivel de amigos y familiares, lo que lleva implícito un rechazo social para las personas con padecimientos mentales³.

Las dos grandes asociaciones en materia de salud mental (la Asociación Psiquiátrica Americana -APA- y la Organización Mundial de la Salud -OMS-) han ofertado sistemas de clasificación internacionales, con validez legal y científica reconocida. El capítulo de los trastornos mentales aparece por primera vez cuando la OMS publica la sexta edición de la CIE (Consejo Internacional de Enfermedades. A lo largo de los años el Comité de estadística de la APA junto a otros grupos de trabajo ha ido desarrollando y revisando la clasificación y, lo más importante, incorporando criterios de diagnóstico. Así nace el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM MD), como una variante de la CIE 6, que se publicó en 1952. En la actualidad este sistema clasificatorio

¹ Natalia Fernández Díaz, Universidad Autónoma de Barcelona LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y DE LA ENFERMEDAD: METÁFORAS DEL CUERPO Y DE LAS INSTITUCIONES. DE LA EDAD MEDIA AL SIGLO XIX. *Thémata*. Revista de Filosofía. Número 45. 2012

² Natalia Fernández Díaz, ob. cit

³ Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Ginebra: OMS; 1998

va por su cuarta edición (DSM-IV). La OMS ha desarrollado la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados, CIE-10⁴.

Actualmente la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-V TR (APA, 2013) son dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia; y sobre lo que se basa muchas veces la medicina tradicional occidental, para brindar a través de la industria farmacéutica respuestas químicas a la salud mental.

Estos manuales clasificatorios, tal como lo indican los procesos progresivos, son letra que acompañan determinados procesos históricos, y dejan de ser efectivos en la medida que no llegan a cubrir las necesidades de las personas, ya que la evolución de las necesidades personales son mucho más rápidas que las descripciones y estadísticas formuladas por la APA y la OMS; esto lo podemos apreciar tanto en la ley de Salud Mental, como en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

En este sentido, el artículo 3 de la Ley 26.657 (Ley de Salud Mental), en su artículo 3* establece a la salud mental como “...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona....⁵”; esta definición se suma al concepto que en el preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁶, indica que la discapacidad es un “concepto que evoluciona” (inc. e del preámbulo).

La evolución de la persona en un marco de construcción social determinado, hace que la medicina tradicional occidental no evolucione acorde a las necesidades de cada persona, y frente a la ausencia de respuestas acordes, aparecen los “chalecos químicos” como única respuesta farmacológica. Esta incertidumbre frente a médicos que insisten en tratamientos que los usuarios y las familias no encuentran mejoría alguna, es que comienzan en la desesperación que el dolor implica a buscar otras formas alternativas de paliar su dolor.

En este sentido, las propias personas con padecimientos mentales y/o sus familias, buscan en la medicina “no convencional” respuestas terapéuticas y/o paliativas del dolor⁷, que no impliquen el costo por las consecuencias directas e indirectas que conllevan los chalecos químicos en cada persona, generando muchas veces deterioros y

⁴Gutiérrez Miras, MG, Peña Martínez, M, “Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV” <http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22354/Comparación+de+los+sistemas+de+clasificación+de+los+trastornos+mentales+CIE-10+y+DSM-IV.pdf>

⁵ Ley 26.657 (B.O. 2/12/2010)

⁶ Las Naciones Unidas, el 13 de diciembre de 2006 se aprobaron la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁷ Ley 27350 artículo 1 (B.O. 19/4/2017)

comportamientos que aumentan las concentraciones químicas, sin efecto positivo alguno mas que acallar la voz del usuario.

Así aparece la medicina de oriente como fuente de respuestas farmacéuticas, con distintos criterios de distribución y comercialización como los de occidente. Y en este sentido, distintos principios activos de determinadas plantas, ofrecen respuestas que disminuyen progresivamente los síntomas que las enfermedades de base conllevan.

El Cannabis Sativa es una planta cuyos principios activos, comenzaron a dar algunas respuestas de tal forma, que Países como Uruguay, Argentina, y Estados como Washington y Colorado en Estados Unidos de Norte América, comienzan a dar un giro importante en materia de respuestas farmacológicas occidentales, y despenalización de la utilización del cannabis para uso recreativo y medicinal.

b.-

Para analizar este cambio, es preciso efectuar un análisis sobre la evolución de las respuestas de los Estados frente a la utilización del cannabis; tras la invasión napoleónica de Egipto en 1798, el emperador prohibió a sus soldados que fumaran o bebieran los extractos de la planta en 1800, por temor a que el cannabis les hiciera perder el espíritu de lucha. Se impuso una pena de reclusión de tres meses, poniendo en marcha lo que quizá se podría considerar como la primera “ley penal” sobre el cannabis⁸; de ahí en adelante, y con ejemplos como la prohibición del Cannabis en Brasil en 1830, la ley de fiscalización del cannabis en Sudáfrica en 1870, el Informe de la Comisión de Estupefacientes sobre el Cáñamo de la India de 1894 entre otros, la Convención de La Haya de 1912, que crea el Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Nocivas a través de la Sociedad de las Naciones y con posterioridad las Naciones Unidas trataron sistemáticamente de controlar a través de acuerdos internacionales, los efectos del cannabis, el opio y la coca hasta llegar a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961⁹.

La Convención única sobre Estupefacientes de 1961 (Viena, 23 al 25 de Marzo de 1961), va a establecer cuatro tipos de listados que conllevan el riesgo de consumo y por ende su prohibición que van del I al IV, aquellos que estuvieran en el listado IV eran los estupefacientes que requerían el mayor control y penalización por parte de los Estados partes, en cuanto al tráfico y comercialización.

Para acompañar a los Estados, la Convención crea la Junta Internacional de Estupefacientes (JIFE), con facultades amplias y financiamiento a tal fin.

Mientras tanto, los compuestos psicoactivos del cannabis se identificaron después de que se concluyera la Convención de 1961. En 1963, Raphael Mechoulam y sus

⁸ Ballotta, Bergeron y Hughes (2009)

⁹ Dave Bewley-Taylor - Tom Blickman - Martin Jelsma - Auge y caída de la prohibición del cannabis - Amsterdam/Swansea, mayo de 2014

colaboradores científicos en la Universidad Hebrea de Jerusalén revelaron la estructura del cannabidiol (CBD). Al año siguiente habían aislado, establecido la estructura y sintetizado el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC). El cannabis –o más exactamente sus “sumidades, floridas o con fruto”– y su resina se incluyeron en las Listas I y IV de la Convención Única de 1961. Los alcaloides activos de otros materiales vegetales fiscalizados por la Convención de 1961, como la cocaína que se puede extraer de la hoja de coca o la morfina de la adormidera, se clasificaron en las Listas de la misma Convención. En el caso del cannabis, sin embargo, la lógica básica de la Convención Única se abandonó con la decisión de controlar su principal ingrediente activo, el THC, a través del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. El dronabinol, una formulación farmacéutica del THC, se incluyó en la Lista IV, la más estricta, cuando se adoptó el Convenio de 1971, cuya severidad en las medidas de control se corresponde a la Lista IV de la Convención de 1961. La JIFE sostiene que el uso de esas sustancias “debe prohibirse, salvo para fines médicos y científicos muy limitados”¹⁰.

El artículo 33 de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 dispone que las Partes “solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal” (e incluso en esos casos únicamente con fines médicos y científicos), aquí la Convención es clara en materia de control Estatal y el uso médico de los mismos, como elemento distintivo de la criminalización de la posesión.

Con posterioridad se firma la Convención internacional contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de 1988, intenta profundizar la penalización de la tenencia para consumo, aunque los Estados Partes a través de sus tribunales ya venían tomando decisiones contrarias a la establecida en dicha convención, marcando un camino hacia la despenalización en distintas situaciones que se generan en la evolución de la sociedad.

C.-

“.....A pesar de los distintos enfoques jurídicos frente al cannabis” en Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) concluye tras una revisión de las políticas comunitarias en la materia: Se puede observar una tendencia común en los Estados miembros en cuanto al desarrollo de medidas alternativas al enjuiciamiento penal por casos de uso y posesión de pequeñas cantidades de cannabis para consumo personal sin circunstancias agravantes. La mayoría de sistemas judiciales europeos se inclina por multas, advertencias, períodos de puesta a prueba, exención de penas y asesoramiento. Cabe resaltar que el cannabis en particular se distingue con frecuencia de otras sustancias y recibe un trato especial en estos casos, ya sea en las leyes, por directrices fiscales o por el sistema judicial...”¹¹

A partir de los informes “de drogas de la OEA” : 16 meses de debates y consensos. p. ; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.D/XXV.4.1) ISBN 978-0-8270-6211-5; y el informe “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 / 2015, por el

¹⁰ Informe de la Secretaria de la Junta Internacional de Fiscalización de Esupefacientes, Sección de fiscalización de sustancias psicotrópicas, Viena 2012

¹¹ Dave Bewley-Taylor - Tom Blickman - Martin Jelsma ob. Cit.

Equipo de Escenarios convocado por la OEA, bajo el mandato recibido de los Jefes de Gobierno de los Estados Miembros en la Cumbre de Cartagena de Indias de 2012, comienza a visibilizarse los cambios que los distintos países de la Región hacia un concepto más blando en materia de determinados usos de estupefacientes, sea medicinales como recreativos.

En 2016, y siguiendo los resultados de las revisiones previas hechas por su comité de expertos en 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda eliminar el cannabis de la Listas I y IV.

Varios países del hemisferio deciden no esperar a que finalmente se produzca una renegociación de las convenciones de Naciones Unidas antes de explorar las alternativas al régimen vigente. En este sentido Estados Unidos a partir de sus decisiones en el año 2016 en las Ciudades de Colorado y Washington aprobaron la tenencia para recreación y medicinal.

Tras reconocer que las enmiendas formales a las convenciones internacionales son muy difíciles de lograr en el corto plazo, en 2017 varios países del hemisferio y de Europa suscriben políticas regionales de facto en materia de cannabis, demostrando así una mayor desviación de los arquetipos consignados en los tratados. De hecho, un grupo de países con posiciones coincidentes, que desde 2014 comenzaron a dialogar sobre cómo debería ser la estructura de un régimen actualizado, impulsan ahora una propuesta para revisar las tres convenciones de Naciones Unidas que conforman el actual marco internacional de control de estupefacientes, y una hoja de ruta para llegar a ese objetivo.¹²

En respuesta al vuelco normativo en las Américas, en 2010 la JIFE criticó con dureza a los Gobiernos de Argentina, Brasil, México e incluso algunos estados de los Estados Unidos por “el movimiento creciente en favor de la despenalización de la posesión de drogas fiscalizadas”

En este sentido la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo Arriola¹³, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dijo que es inconstitucional castigar a una persona adulta por tener y consumir marihuana si no pone en peligro a terceros. Dijo que hay que proteger la libertad personal. No ordenó la despenalización y dispuso: “Exhortar a todos los poderes públicos a asegurar una política de estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento a los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el País”. Falló en un caso en el que quedo firme la condena a los traficantes. No había adicción demostrada en el caso. Todos los jueces coincidieron en declarar la inconstitucionalidad de la pena de la

¹² Confr. informe “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 / 2015, por el Equipo de Escenarios convocado por la OEA, bajo el mandato recibido de los Jefes de Gobierno de los Estados Miembros en la Cumbre de Cartagena de Indias de 2012

¹³ CSJN - Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080

tenencia para el consumo en privado, con los siguientes fundamentos. El fundamento es que debe protegerse la privacidad de las personas adultas para decidir cuál es su conducta y en el caso, se desean tener o consumir drogas.

Se resolvió volver a aplicar el criterio ya fijado oportunamente en “Bazterrica”, que consiste en lo siguiente:

- a. Cada individuo adulto es soberano para tomar decisiones libres sobre el estilo de vida que desea sin que el Estado pueda intervenir en ese ámbito (Art 19 CN);
- b. No cabe penalizar conductas realizadas en privado que no ocasionan peligro o daño para terceros. Los argumentos basados en la mera peligrosidad abstracta, la conveniencia o la moralidad pública no superan el test de constitucionalidad;
- c. La conducta realizada en privado es lícita, salvo que constituya un peligro concreto o cause daños a bienes o derechos de terceros.

La Corte, por unanimidad, además dispuso:

“Exhortar a todos los poderes públicos a asegurar una política de estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento a los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el País”¹⁴

No cabe duda de que las convenciones de la ONU permiten en principio el uso médico de sustancias fiscalizadas, incluido el cannabis, y buscan garantizar una disponibilidad suficiente de drogas controladas para fines lícitos. Sin embargo, la inclusión del cannabis y sus componentes activos en las listas más estrictas de los tratados de 1961 y 1971, reservadas para las sustancias con “propiedades particularmente peligrosas” que no “están compensadas por ventajas terapéuticas apreciables” ha creado obstáculos para las disposiciones jurídicas que contemplan el uso medicinal del cannabis.

En este sentido la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha expresado con frecuencia su oposición a los programas de marihuana medicinal como los que están funcionando a escala estatal en los Estados Unidos. Uno de sus dos argumentos se puede refutar fácilmente; el otro, sin embargo, parece gozar de una legitimidad jurídica considerable. En primer lugar, la Junta cuestiona la utilidad médica de la marihuana. En su Informe de 2003, la JIFE recuerda que las convenciones dejan la definición del término “fines médicos y científicos” a la discreción de las Partes, un punto fundamental para la existencia de cierta flexibilidad en las convenciones. Sin embargo, al mismo tiempo, la JIFE encomienda a los Gobiernos la responsabilidad de que “no permitan que se utilice con fines médicos hasta que se disponga de resultados concluyentes que determinen su utilidad terapéutica”. Decidir si los resultados científicos son “concluyentes” o si el cannabis ofrece ventajas terapéuticas es algo que no depende de la Junta. Los países tienen potestad para decidir por sí mismos y, por otro lado, es la OMS la que dispone del mandato exclusivo para asesorar sobre la debida clasificación de las sustancias en el marco de las convenciones de 1961 y 1971. A pesar de ellos, son

¹⁴ <http://www.cij.gov.ar/nota-2156-La-Corte-no-ordeno-la-despenalizacion-general-del-consumo-de-marihuana.html>

numerosos los ejemplos en que la JIFE ha expresado su juicio. La oposición de la Junta basada en la utilidad médica carece de fundamento por dos motivos: no existe una postura universalmente aceptada sobre la cuestión y la JIFE carece de competencias sobre el tema. Por otro lado, la OMS, como ya se ha mencionado, ha adoptado una posición contradictoria en cuanto a sus recomendaciones sobre el dronabinol o THC en el Convenio de 1971.

El segundo punto de desacuerdo de la JIFE es, no obstante, más válido. Como observa en su Informe de 2008, la Junta también considera que ciertos programas de marihuana medicinal contravienen el artículo 28 de la Convención Única, que establece “los requisitos especiales que ha de cumplir un gobierno para permitir el cultivo lícito de la planta de cannabis, entre ellos el establecimiento de un organismo oficial al que todos los cultivadores han de entregar la totalidad de sus cosechas”. El cultivo y la distribución de cannabis con fines médicos solo se permite bajo un estricto control gubernamental y exige el funcionamiento de un organismo oficial con “el derecho exclusivo de importar, exportar, dedicarse al comercio al por mayor y mantener las existencias (...) Sólo podrán dedicarse a dicho cultivo los cultivadores que posean una licencia expedida por el Organismo”. La Convención también dispone que, allí donde operen programas de marihuana medicinal, uno o varios organismos gubernamentales deben conceder todas las licencias y “tomar posesión material” de todas las cosechas. La mayoría de los países que han autorizado el uso de la marihuana medicinal han adoptado y respetan las estructuras y los procedimientos requeridos. Sin embargo, este no sería claramente el caso de programas comerciales que funcionan en el ámbito sub nacional en estados como California, en los Estados Unidos, y los argumentos de la JIFE con respecto a la legalidad de dichas prácticas al amparo de las convenciones son legítimos¹⁵.

El concepto de evolución que mencionamos al principio, es un concepto que como sostiene la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo “Arriola”, tiene como fundamento los principios básicos en materia de derechos humanos en materia de indivisibilidad, pro persona, interdependencia, etc.

d.-

Cuando hablamos del derecho humanos, el derecho a salud de la persona es uno de los derechos básicos sustentados en el artículo 12 del Pacto de los derechos económicos, sociales y culturales, Observación General N° 14 del Comité del Pacto de los derechos económicos, sociales y culturales, el artículo 24 de la Convención sobre los derechos del niño, Observación General N° 9 del Comité de los derechos del niño, artículo 12 de la Convención para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer, artículo 23 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, artículo 12 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991); la Declaración

¹⁵ Dave Bewley-Taylor - Tom Blickman - Martin Jelsma, ob. Cit.

de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud; la Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93); artículo 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales – “Protocolo de San Salvador”, entre otros.-

Aquí nos encontramos por un lado con el derecho humano a la salud, y por el otro con la utilización medicinal de un cáñamo prohibido por la Convención Única de 1961 y sus posteriores, y nuestra propia legislación las leyes 23737 y su modificatoria, la ley 27302; a excepción del uso medicinal y científico de la misma.

Sostiene en el informe “Efectos terapéuticos de los cannabinoides” coordinado por José Antonio Ramos Atance, del Instituto Universitario en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid que “...Cada vez aparecen más publicaciones científicas que describen los efectos positivos de los cannabinoides en modelos animales desarrollados para el estudio de determinadas enfermedades. En algunos casos, incluso hay ensayos clínicos que refuerzan su posible utilización en el tratamiento médico. Pero para que estos compuestos puedan ser prescritos necesitan cumplir una serie de requisitos que avalen su eficacia y seguridad a la hora de proceder a su administración. Premisa que muy pocos de ellos cumplen en estos momentos...”

Siguiendo el lineamiento en materia de derechos humanos, y teniendo en cuenta lo expresado en el informe por el galeno, es imprescindible analizar la ley 27.350¹⁶ (uso medicinal del cannabis y sus derivados) esta situación en el marco de la “Declaración sobre bioética y derechos Humanos”, aprobada mediante resolución de la UNESCO (la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) , previo informe de la Comisión III, en la 18ª sesión plenaria, el 19 de octubre de 2005.

En su artículo 1º- Objeto, la ley 27.350 establece que la presente ley tiene por objeto establecer un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados, garantizando y promoviendo el cuidado integral de la salud.

Conforme lo establecen los artículos 1 y 2 de la ley 26.994 (Código Civil y Comercial de la Nación), toda norma tiene que interpretarse y fundamentarse en “todos los tratados de derechos humanos donde la República Argentina sea parte”; por lo que no existe otra forma de comprender el espíritu de la ley, ni su reglamentación en el contexto que la propia Corte Suprema de Justicia de la Nación ha señalado en el fallo “Arriola”, y es en el marco de los derechos humanos.

Cobra vital importancia no solo los tratados de derechos humanos señalados con anterioridad que forman parte del Bloque Federal (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional), sino aquellos que no tienen la Jerarquía citada y forman parte del “corpus iuris” Nacional en términos de los artículos 1 y 2 de la ley 26.994, como la “Declaración de Bioética y derechos humanos de la UNESCO”, de la cual Argentina es parte.

¹⁶ Ley 27.350 (B.O. 19/4/2017)

En este sentido, la Declaración establece que la actividad científica...habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás..."; la dignidad humana debe ser transversal en el proceso científico, al igual que la no discriminación y no estigmatización, y en especial, el acceso a la salud. En este sentido, el artículo 14 – Responsabilidad social y salud: 1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad 2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano..."

En este marco, y dejando el uso recreativo del cannabis para centrarnos en el uso medicinal, es necesario no solo interpretar lo establecido por la Constitución Nacional en su artículo 19, sino los principios que emanan de la Observación General N° 14 del Comité del Pacto de los derechos económicos, sociales y culturales, en cuanto al "más alto nivel de salud", entendido como lo enfoca la Organización Mundial de la Salud al definir salud como un conjunto de aspectos más allá de la ausencia de enfermedad, y en el caso descrito en el artículo, el derecho al "más alto nivel de salud", implica dejar los "chalecos químicos" provistos por la medicina tradicional para ir hacia una evolución en materia de medicina bioética, que contemple alternativas válidas a la ausencia del dolor por ejemplo.

En este sentido, el Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de Cannabis al igual que el Registro que establece el artículo 8 de la Ley deben no solo garantizar el proceso de control de calidad bioética en materia del uso medicinal del cannabis, sino los controles sobre el seguimiento de los usuarios.

A su vez, y en virtud que nos encontramos en procesos de estudio de la sustancia, y la necesidad de paliar el dolor actual de los usuarios, es necesario que en virtud del artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, se respete el trabajo realizado por las familias de usuarios medicinales del cannabis, siempre y cuando los tratamientos que impliquen desbloquear los chalecos químicos cuenten con el aval de profesionales de la medicina matriculados, así como sean los galenos quienes indiquen las cantidades y dosis que los usuarios deben acceder.

Esto implica a partir de una reglamentación adecuada, y previo análisis de profesionales de la medicina, que se le permita a las familias el cultivo del cannabis, controlado y regulado por el Estado como garante de la Salud, en principio mientras se establezcan los procedimientos reglamentarios, y los organismos citados comiencen las investigaciones correspondientes, ya que paliar el dolor, las dolencias y tratamientos no convencionales, es parte del derecho humano al "más alto nivel de salud".

El Estado ha demostrado que ha omitido en tiempo y forma con la reglamentación y dar espacio al comienzo de los cultivos y evidencias científicas que favorezcan la salud de los usuarios. La salud de las personas está por sobre la inoperancia de los funcionarios públicos, máxime cuando el deterioro en la salud de las personas resulta evidente. En este sentido, el 27 de Abril de 2017, la CAMARA DE APELACION Y GARANTIAS EN LO PENAL. LOMAS DE ZAMORA, BUENOS AIRES Sala 03 - Magistrados: Bravo - Rodríguez - García Díaz - Id SAIJ: FA17010014, en la causa: "Funaro, Adriana. Jauereguiber, Walter Alejandro s/ siembra, cultivo de plantas y tenencia de semillas utilizables para la producción y fabricación de sustancias estupefacientes. Art. 5 inc. a) Ley 23737", donde expresa: *".....Corresponde disponer la inmediata libertad por falta de mérito de la mujer que se encontraba bajo prisión domiciliaria por cultivar cannabis en su casa, toda vez que debido a las afecciones físicas severas que sufre la imputada y la ausencia de un marco legal que le diera respuesta a sus dolencias, ésta se vio en la necesidad de sobrellevar su estado de salud mediante la producción del aceite de cannabis en su domicilio, resultando una actividad desarrollada en el marco de lo privado, con finalidades medicinales y de uso exclusivamente personal sin aptitud para lesionar el bien jurídico tutelado por la ley 23737..."*

En este sentido, el artículo 1* de la ley 27.302, que modifica el artículo 5 de la ley 23.737, resulta ante la omisión del Estado inconstitucional y no supera el proceso de Control de Convencionalidad. Y si la reglamentación favorece el auto cultivo con fines medicinales, con los controles y registros que se requieran en materia de Salud Pública, también se estarían violentando derechos constitucionales y convencionales de los usuarios medicinales del cannabis.

Es más el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas), en sus disposiciones 840-ANMAT-1995 y 3315-ANMAT-2005, favorece el "uso compasivo de productos médicos" que no se fabrican en el País.

La República Argentina, viene dando pasos certeros en la búsqueda de opciones alternativas médicas terapéuticas y dolencias de las personas que lo necesitan. La ley 27.350 es una puerta a un abanico de posibilidades de reducción del dolor, de evitar los problemas que la química ha traído en muchos usuarios, con el fin de garantizarle la calidad de vida que cada persona merece. El artículo 19 de la Constitución Nacional y el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO establecen la voluntad de la persona como fuente necesaria para respetar sus actividades en pos de su propio bienestar; mientras el Estado Nacional no regule el auto cultivo, no controle su administración por medio de profesionales matriculados, las dosis diarias, la cantidad de plantas que las personas puedan tener, cada usuario tiene derecho a seguir a su médico tratante en este sentido, y evitar dolores y padecimientos físicos y mentales que la medicina tradicional occidental y el Estado Nacional no pueden garantizar a la fecha, porque el derecho humano a la salud como lo indica la OMS es mucho más que la ausencia de enfermedad, y en este caso es la calidad de vida no solo del usuario, sino del grupo familiar la que ve en su propio accionar, que existe al menos una posibilidad de vivir una vida distinta a la que la medicina tradicional como única respuesta los obliga.-

