



Visítanos en:
<https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea>

CONSECUENCIA JURÍDICA, ECONÓMICA Y SOCIAL DEL CANNABIS EN COLOMBIA

Carlos Ortiz Anzola
Iberson Rafael Orozco Álvarez

Institución Universitaria Politécnico Gran
Colombiano
Derecho



Resumen

El presente artículo es inédito, fruto de una investigación cualitativa con un enfoque teórico en el que se pretende abordar el cannabis desde sus antecedentes históricos nacionales e internacionales, para explicar los diferentes tipos de plantas que existen, las formas de consumo, los usos lúdicos, terapéuticos y espirituales que se pueden dar del mismo y el contexto legal, partiendo del estudio del bloque de constitucionalidad, incluyendo la normatividad internacional, y finalizando con la jurisprudencia reciente para determinar la legalidad o ilegalidad del porte, consumo y comercialización del cannabis.

Palabras clave:

Cannabis, dosis mínima, estupefacientes, espiritualidad.

Abstract

This article is unpublished, the result of a qualitative research with a theoretical approach in which it is intended to address cannabis from its national and international historical background, to explain the different types of plants that exist, the forms of consumption, recreational uses, therapeutic and spiritual can be given of the same and the legal context, starting from the study of the block of constitutionality, including international regulations, and ending with recent jurisprudence to determine the legality or illegality of the bearing, consumption and marketing of cannabis.

Keywords:

Cannabis, minimal dose, narcotics, spirituality.

Recepción: 01.2019
Aceptación: 03.2019

INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende abordar el estudio del cannabis, sus antecedentes globales, para luego pasar a estudiar la historia en Colombia de manera particular, enfatizando en las implicaciones sociales que dejó en el país su prohibición. De otra parte, se estudian los tipos de cannabis, sus componentes, los diferentes usos y formas de consumo para terminar viendo el cultivo y auto cultivo de la planta.

Esta investigación es teórica con enfoque cualitativo, que parte del estudio de una situación fáctica, en la cual se aplica un método inductivo, partiendo de lo particular a lo general, logrando aportes críticos al consumo, legalización y comercio de la misma. Las herramientas que se emplean al ser una investigación exploratoria y documental son la consulta de fuentes, tales como la Constitución Colombiana de 1991, así como todas las normas y jurisprudencia que se ha emitido acerca del tema, tanto a nivel social como en el campo terapéutico.

Objetivo General

Documentar y proporcionar conocimiento a la población acerca de la situación actual del cannabis en Colombia.

Objetivos Específicos

- a) Analizar los orígenes nacionales e internacionales del cannabis y su influencia en la sociedad.
- b) Explicar los tipos de cannabis y sus diferentes usos.
- c) Identificar, mediante un análisis en derecho, si la dosis mínima de cannabis en Colombia es legal, o constituye microtráfico, y en qué casos se permite su comercialización.

Situación Fáctica

Para iniciar este análisis, es necesario resaltar dos factores fundamentales en los que se encamina la investigación. El primer factor a estudiar será la planta del cannabis, cómo su prohibición ha llevado a miles de decesos a causa del narcotráfico y el microtráfico, los usos tanto lúdicos como médicos que puede tener. Punto seguido se revisan las formas de consumo del cannabis, desde la combustión –que es la más común pero menos limpia- hasta llegar a los comestibles, tinturas y la vaporización, métodos muchos más limpios para su consumo. Se estudian,

de igual forma, los componentes del cannabis, entre ellos los cannabinoides más importantes a la hora del consumo médico y lúdico, y así se pretende examinar a fondo el cannabidiol (CBD), para el uso médico, y el tetrahidrocannabinol (THC), para el uso lúdico. También es importante revisar el auto cultivo, pues siempre se podrá tener un control de la calidad del cannabis.

Por otra parte, es necesario poner en contexto la situación actual de Colombia en cuanto a normatividad; por esto el segundo factor a estudiar será la normatividad vigente en cuanto a uso recreacional o lúdico y su uso médico. Como se dice en la descripción del problema, se ve con preocupación la ignorancia y desconocimiento que existe acerca del cannabis en consumidores y no consumidores.

Desde el punto de vista médico, el panorama no es más alentador, aunque el gobierno y las altas cortes se han esforzado por no vulnerar los derechos, y en pro de esto han emanado leyes, decretos y actos legislativos para dejar al cultivador aprovisionarse de 20 plantas de cannabis; el consumidor promedio no conoce dicha norma que lo deja plantar sin contribuir al narcotráfico y microtráfico. La ignorancia –tanto de la planta como de la normatividad- es propiciada por la ilegalidad, así como por la falta de publicidad que tienen las leyes que permiten cultivar.

Se espera además con este trabajo, evidenciar los requisitos establecidos en el Decreto 613 de 2017, referente a la obtención de licencias para cultivo y a quienes podrían acceder a estas. Para nadie es un secreto que la ilegalidad trae consigo varias problemáticas sociales. Una de ellas es la ignorancia que existe frente al cannabis; ¿de dónde proviene?, ¿cuáles son sus componentes?, ¿cuáles son sus usos y formas de consumo?

Se ve con preocupación cómo el narcotráfico y microtráfico afectan diariamente al país con olas de violencia por cuenta de tan lucrativo negocio ilegal, y cómo las políticas antidrogas fallan año tras año, por lo que vale la pena preguntarse:

¿Están los colombianos documentados frente al cannabis? ¿Están los colombianos documentados frente a la normatividad vigente sobre cannabis? ¿Sería conveniente modificar la política antidroga en el país?

MARCO TEÓRICO

Contexto global del cannabis

Cabe anotar que la localización exacta del origen del cannabis permanece todavía indeterminada. Algunos textos hablan de Siberia, otros de China y Afganistán. Podemos afirmar, entonces, que el cannabis es originario de Asia.

Las primeras menciones de su uso, de las que se tiene noticia, son de orden terapéutico o medicinal. Aparece en Shen Nung Ben Ts'ao, una farmacopea clásica de la medicina china; cuenta la leyenda que fue redactada por el mítico fundador de la medicina china, el emperador Sheng Nung, en el año 2737 a.C. (Shou-Zhong, 2007).

En el antiguo texto del Atharvaveda, texto sagrado del hinduismo, redactado entre los años 1500 y 1200 a.C., se describe el cannabis como una planta mágica y con propiedades curativas (Sevilla-Rodríguez, 2002).

Los preparados de cannabis también se mencionan en el gran tratado de medicina Súsruta-Samitá, redactado a finales de la pasada era. La medicina ayurvédica considera también al cannabis como una de sus plantas más importantes (Bishagratna, 1911)

Existen también textos provenientes del Antiguo Egipto, Persia, Tíbet, Azerbaiyán, Grecia, Israel, Palestina y algunos países árabes, que documentan el uso terapéutico del cannabis. El pueblo asirio también tenía conocimiento del cannabis y sus propiedades psicoactivas. Bajo el nombre de “qunubu”, que probablemente dio origen al posterior cannabis, lo utilizaban dentro de sus ceremonias religiosas (Pérez-Francisco, 2018).

El cannabis fue introducido al pueblo ario por los escitios y tracios/dacios, cuyos *shamanes*, llamados “kapnobatai” –los que caminan sobre el humo o las nubes- quemaban flores de la planta para inducir estados de trance. En el noroeste de la región autónoma de Uigur en Xinjiang, China, se encontró en 2003 una canasta de cuero llena de fragmentos de hoja y semillas de cannabis al lado de un *shaman* momificado, de unos 2.500 a 2.800 años de antigüedad. Como vemos, esta planta maestra tiene un antiguo historial en rituales religiosos pertenecientes a diversas tradiciones espirituales en todo el mundo. Arqueólogos en Pazyryk descubrieron semillas de cáñamo que

sugieren antiguas prácticas ceremoniales, tales como la ingesta de estas por los pueblos escitas durante el siglo V y II a.C., confirmando así anteriores informes históricos de Heródoto (Fundación Daya Cannabis, 2018).

Avanzando en la historia, y de acuerdo con Fundación Daya Cannabis (2018), el South African Journal of Science publicó un estudio que reveló que “pipas desenterradas de la casa de Shakespeare en Stratford upon Avon contenían restos de cannabis”. El análisis químico se realizó después de que un grupo de investigadores plantearan la hipótesis de que la “conocida hierba” mencionada en su Soneto nº 76, y el “viaje en mi cabeza”, *journey in my head*, del Soneto nº 27, podrían hacer referencia al cannabis y su uso. Ampliamente conocido y usado fue también el cannabis en los herbolarios de la Edad Media, como el Old English Herbarium, procedente del siglo XI. El médico y filósofo Paracelso, 1493-1541, menciona al cannabis como componente del Arcana Compositum, medicamento que él consideraba como uno de los más importantes. Es recién en el inicio del siglo XX que ocurre la desacreditación del cannabis, tanto como sustancia psicoactiva como en su uso medicinal. Múltiples factores e intereses convergen para estigmatizar esta planta que tantos servicios le habían brindado al hombre a lo largo de la historia.

El cannabis en Colombia

La poca historia del cannabis en Colombia es redactada por el doctor e investigador Eduardo Sáenz Rovner, profesor de la Universidad Nacional, con base en documentación inédita tomada de archivos colombianos y estadounidenses, quien reconstruyó la historia del cultivo y consumo de la marihuana en Colombia, que se remonta a los años 30 y que en poco tiempo se expandió por toda la geografía nacional. En Colombia, las autoridades ya tenían noticia de la existencia de cultivos de marihuana en 1925, lo mismo que de su consumo por parte de marineros, estibadores y prostitutas en los puertos. Los casos de marihuana se volvieron más comunes a finales de los años 30 y comienzos de los 40 en ciudades como Barranquilla. Un informe oficial de 1939 sobre la marihuana en la Costa Caribe señaló que los cigarrillos de marihuana se expendían generalmente en los lupanares o en los establecimientos frecuentados por los bajos fondos sociales (Sáenz-Rovner, 1996; 1997).

POLIANTEA

En 1940, el gobierno colombiano se empeñó en una campaña contra el uso de la marihuana. “La lucha contra la toxicomanía se ha proseguido con optimistas resultados”, declaró el ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, describiendo la política antidroga en 1941.

Sin embargo, la realidad era diferente a la retórica oficial. Mediante investigación de archivos, el doctor e investigador pudo documentar al menos alrededor de 60 casos por posesión, venta y cultivo de marihuana en Barranquilla y sus alrededores, entre 1940 y 1944. En cuanto a arrestos por marihuana en otras ciudades de la costa Norte a comienzos de los años 40, se pueden documentar casos de vendedores en Cartagena, Santa Marta y Fundación. Igualmente, había varios casos en el interior del país, especialmente en el departamento de Caldas (Sáenz-Rovner, 2008)

La ley de 1946, denominada “Ley Consuegra”, fue presentada por el senador barranquillero Néstor Consuegra, y endureció las penas por venta y consumo de marihuana, considerándolos “delitos contra la salud pública” (Sáenz-Rovner, 2007, p.12). El gobierno del presidente Mariano Ospina Pérez expidió otro decreto contra la marihuana en 1949, después de señalar que la marihuana *“tiene propiedades venenosas y produce hábito...su cultivo y su comercio tienden solo a determinar grandes males para la salubridad de los asociados...”*. Decretó: *“Prohíbese en el territorio de la República el cultivo y comercio de la marihuana”*, y conminó a las autoridades a proceder *“a la inmediata destrucción de las plantas existentes”*. Se fijaron penas de seis meses a cinco años de cárcel que podían aumentar para aquellos que les suministrasen marihuana a menores o a adictos. Otro decreto de 1951 calificó como *“maleantes los que cultivan y comercian con marihuana”* (Sáenz-Rovner, 2007, p. 13)

A pesar de los decretos, los casos por cultivo, posesión y venta de marihuana seguían siendo relativamente comunes en Atlántico, Magdalena y Bolívar. Igualmente, en Medellín, según un observador, fumar marihuana ya era “muy común” en prostíbulos y cantinas, y hasta teatros, para mediados de siglo, mientras que las autoridades locales también reportaban casos de tráfico de la hierba en el departamento de Antioquia. La delegación colombiana que asistió a la reunión de la Interpol en Washington, en 1960, señaló que en su país “el tráfico ilícito de marihuana es extendido”. En el informe de la delegación colombiana al Grupo Consultivo Interamericano sobre fiscalización de

estupefacientes, en Río de Janeiro, en 1961, Colombia informó que se cultivaba marihuana en el Valle del Cauca, Caldas, Antioquia, la Costa Norte, Huila, Tolima y Cundinamarca. Y agregaba el reporte:

“En la sección limítrofe entre los departamentos de Caldas y Valle, hay un índice promedio de diez capturas diarias de sujetos viciosos, a quienes se les decomisan de cuatro a diez papeletas por persona”. Señalaba el informe que Bogotá “últimamente se ha visto invadida por traficantes y mafiosos”, y los sectores donde más se consumía marihuana eran “las zonas de tolerancia, los cafetines y hoteles de baja categoría (Sáenz-Rovner, 2007, p.214).

El departamento de Caldas fue uno de los principales focos del resurgimiento de la violencia a finales de los años 50 y comienzos de los 60. Para algunos, el consumo de marihuana se relacionaba con el crimen y el terror. La Gobernación de Caldas, a comienzos de 1961, se empeñó en una “campaña contra la marihuana” y señalaba que, en su opinión, “el tráfico y el cultivo de marihuana constituyen uno de los orígenes de las perturbaciones de orden público que afectan al departamento”. Las capturas por casos de marihuana se dispararon desde 1961 en todo el departamento. La consolidación de la información tomada de los reportes de la Secretaría de Gobierno de Caldas de la época señalaba que se dieron capturas en 26 municipios a lo largo y ancho de la región, que en ese entonces comprendía los municipios que durante esa década pasarían a ser parte de los nuevos departamentos de Quindío y Risaralda. A pesar de la campaña desarrollada en 1961, durante el resto de la década se encontraron cultivos significativos y tráfico de marihuana en Caldas. Para finales de la década, el Quindío se volvió una de las principales zonas de producción y tráfico de marihuana del interior del país. Se hallaron fincas cultivadas con marihuana en zonas rurales de varios municipios, incluida Armenia, su capital. (Sáenz-Rovner, 2008).

Para entonces, los cultivos de marihuana se habían expandido por toda la geografía nacional. Por ejemplo, en el Cesar, hubo un buen número de casos de tráfico de marihuana. Su capital, Valledupar, era el centro de la mayoría de los casos. En marzo de 1969 se descubrió un cultivo de marihuana en Cerro Azul, límites con el departamento del Magdalena. En diciembre de 1969, en una casa en Valledupar se arrestaron tres

POLIANTEA

hombres con seis arrobas de marihuana “dentro de un recipiente especialmente ideado para ser transportado a Venezuela”. En otros departamentos de la Costa (Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira y Sucre), hubo diferentes capturas de individuos acusados de tráfico de marihuana en cantidades que iban desde “unas papeletas” hasta una “considerable cantidad”. En el Cauca, al sur del país, la Policía descubrió una finca en el municipio de Miranda y otra en jurisdicción de Bolívar, cultivadas con matas de marihuana. En zona rural del municipio El Tambo, la policía capturó a dos individuos con tres arrobas de marihuana. En Popayán también hubo casos de tráfico de marihuana. En el vecino departamento del Huila la policía decomisó, en una finca en Algeciras, 11 bultos de marihuana en rama, 21 libras de semilla y 41 libras ya preparadas.

El uso de cannabis comenzó a penalizarse en varios países al inicio del siglo XX. En 1911 se prohibió en Sudáfrica, en 1913 en Jamaica –por aquel entonces aún colonia inglesa-, y en la década de 1920, en el Reino Unido y en Nueva Zelanda. Canadá hizo ilegal el uso de la marihuana en su Ley del Opio y Drogas de 1923, antes de que se hubiese reportado consumo alguno de la planta en dicho país. En 1925, en una conferencia en La Haya sobre la Convención Internacional del Opio, se llegó al compromiso de prohibir la exportación del “cáñamo de la India” a países que tuvieran prohibido su uso, y a exigir a los países importadores que emitiesen certificados que aprobasen el ingreso de dichas hierbas, con indicación de que se requerían “exclusivamente para fines médicos o científicos”. También se exigió a los participantes que ejerciesen “un control efectivo de tal forma que impidan el tráfico internacional ilícito de cáñamo hindú, especialmente en resina” (Kleiman & Hawdon, 2011).

MARCO CONCEPTUAL

El cannabis se clasifica en tres variedades: la sativa, la indica y la rudelaris. Existe una discusión en torno a una cuarta variedad de cannabis, los híbridos, una creación del ser humano con el fin de obtener diferentes efectos o bien aumentar la resistencia o proliferación por medio de la selección artificial en viveros y plantaciones.

El compuesto químico psicoactivo predominante en el cannabis es el

tetrahidrocannabinol (THC), sin embargo, contiene más de 400 compuestos químicos diferentes, entre ellos al menos 66 cannabinoides, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN), la tetrahidrocannabivarina (THCV), entre otros (Lopera & Rojas, 2013).

USOS

Existen básicamente tres grandes grupos según el uso que se le dé al cannabis; el más conocido es el lúdico seguido por el terapéutico y, por último, pero no menos importante, encontramos el espiritual.

Terapéutico

Como se evidenció en el marco teórico, el primer uso que se le dio al cannabis fue el terapéutico; en una publicación realizada en el *National institute on drug abuse*, se explica que el término marihuana medicinal se refiere al uso de toda la planta de marihuana sin procesar, o de sus extractos básicos, para tratar ciertos síntomas de enfermedades y otros trastornos. 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. Dado que esta planta contiene sustancias químicas que pueden ser útiles para tratar una amplia variedad de enfermedades y síntomas, muchos sostienen que se debería legalizar su uso con fines medicinales. De hecho, cada vez son más los estados que han legalizado la marihuana para uso medicinal. ¿Por qué la FDA no ha aprobado la planta de marihuana como medicina? La FDA exige la realización de estudios rigurosos (ensayos clínicos), en cientos y hasta miles de personas para determinar los beneficios y los riesgos de un posible medicamento. Hasta el momento, los investigadores no han realizado suficientes ensayos clínicos a gran escala que demuestren que los beneficios de la planta de marihuana (no de sus ingredientes cannabinoides), superan los riesgos en los pacientes para quienes se indica el tratamiento (Nida, 2017).

Muchos estudios afirman que es eficaz frente a las náuseas producidas por tratamientos de quimioterapia o de tratamiento contra el sida; su efecto estimulante del apetito ayuda a combatir la inapetencia, así como la anorexia. También puede ayudar a reducir la presión ocular asociados a glaucoma. En muchos casos, es el cannabidiol el

POLIANTEA

compuesto no psicoactivo que tiene un alcance más amplio para aplicaciones médicas, las que abarcan la epilepsia, incluyendo diversas encefalopatías epilépticas, como el síndrome de West, esclerosis múltiple, desórdenes de ansiedad, esquizofrenia, y náusea. Provoca un efecto sedativo en la mayoría de los casos e inhibe la transmisión de señales nerviosas asociadas al dolor. Se ha visto que cannabidiol reduce el crecimiento de las células de cáncer de mama humano in vitro, y reduce su capacidad invasiva. El uso de cannabidiol para el tratamiento de la epilepsia, en particular para la esclerosis tuberosa, una enfermedad que incluye entre sus síntomas las crisis epilépticas, y que carece de un tratamiento específico, se encuentra patentado en los Estados Unidos. El tratamiento combina el cannabidiol con otros compuestos antiepilépticos. Según un estudio realizado en México, el uso del cannabidiol fue efectivo para el tratamiento de las convulsiones asociadas a la esclerosis tuberosa y dolor crónico. También se han realizado varios estudios clínicos para determinar el efecto de la marihuana en diferentes tipos de dolor (neuropático, postoperatorio, inducido), en diversas poblaciones de pacientes (VIH/sida, cáncer, fibromialgia). Estos estudios han demostrado que la marihuana efectivamente disminuye el dolor, en forma comparable a otros analgésicos. Sin embargo, los efectos adversos demostrados en estos estudios (alteraciones en la percepción, funciones motoras, discernimiento, hipersensibilidad), no permiten concluir que la marihuana sea una mejor alternativa que medicinas tradicionales (Faddi Nassar, 2017).

En glaucoma, el uso de cannabis reduce la presión ocular, mejorando notablemente la lesión por esta dolencia; estudios en pacientes con glaucoma de ángulo abierto lograron reducciones del 60–65%. Existen estudios que sugieren que puede ralentizar otras enfermedades neurológicas, tales como la esclerosis múltiple; al respecto, se ha sugerido que uno de los componentes de la marihuana (CBD), ralentiza el avance de esta enfermedad neurológica en animales, consiguiendo reducir la muerte de células nerviosas hasta en un 50%. Hay numerosos estudios acerca de la esclerosis múltiple que han mostrado que puede ayudar a reducir el miedo, los temblores, el insomnio, la espasticidad, relajar los músculos, reducir la presión intraocular o mejorar el control de esfínteres. Respecto al mal de Alzheimer, algunas investigaciones realizadas sugieren que ciertos componentes de este psicotrópico reducen los niveles cerebrales de amiloides y mejoran el

comportamiento cognitivo en animales. Por otro lado, se ha reportado que algunos ingredientes activos de la marihuana podrían reducir la progresión de esta enfermedad degenerativa. En contraste con los aparentes peligros del THC para los usuarios psicóticos o pre-psicóticos, el CBD (cannabidiol) parece ser tan efectivo como los antipsicóticos de uso común para el tratamiento de la esquizofrenia, y más efectivo que estos en el caso de los síntomas negativos (American Academy of Neurology, 2014).

¿Uso terapéutico del cannabis o cannabis medicinal?

Si bien se usan indistintamente, tienen significados diferentes. El uso terapéutico muchas veces ocurre en ausencia de los criterios científicos que dan al cannabis la calidad medicinal. Se llama cannabis de grado médico, con control de calidad, cuya producción está estandarizada y cumple con las normas internacionales para medicamentos herbales. El uso medicinal del cannabis se refiere, sobre todo, al fin que le damos y no a su calidad.

Efectos medicinales del cannabis

De acuerdo con la Fundación Canna, los usos potencialmente beneficiosos pueden verse en muchas enfermedades, debido a que casi todos los órganos y sistemas tienen sitios para que pueda ejercer su efecto por la acción de los principios activos de la planta (cannabinoides). Conociendo los efectos beneficiosos del cannabis y los cannabinoides sobre la salud, el uso medicinal se orienta a actuar como anti-inflamatorio, analgésico, protector y reparador del tejido nervioso, anticonvulsivante, relajante muscular, anti-tumoral, anti-náusea y anti-vomitivo, antiespasmódico, estimulante del apetito, ansiolítico & antipsicótico, inductor del sueño, regulador de la inmunidad, antioxidante, preventivo de la recaída y del síndrome de abstinencia. De igual manera, se ha encontrado que ciertas enfermedades pueden mejorar con el uso medicinal del cannabis, aunque no todos los casos logran el mismo grado de respuesta positiva, pero las enfermedades en las que pueden evidenciarse beneficios son epilepsia, párkinson, alzhéimer, esclerosis múltiple, síndrome de Tourette, autismo, enfermedad de Crohn y otras enfermedades intestinales inflamatorias, náuseas – vómitos, anorexia – caquexia, acné, psoriasis, síndrome de estrés postraumático, ansiedad, psicosis, adicción, insomnio, dolor crónico (neuropático, metastásico, inflamatorio), migraña, fibromialgia, lupus, poliartritis reumatoide,

diabetes tipo I, tiroiditis de Hashimoto, osteoporosis, efectos secundarios de la quimioterapia, acompañamiento de la radio y quimioterapia, VIH-SIDA y síndrome consuntivo, estadios terminales, glaucoma de ángulo abierto (Fundación Canna, 2015-2017).

Lúdico

El cannabis es enormemente popular como droga recreativa. En todo el mundo la gente, sola o en compañía, utiliza los ‘porros’, pipas, *bongs* y ‘cachimbas’ de hachís o marihuana. Según Hash Marihuana & Hemp Museum (1985-2018), fumar cannabis hace parte de las actividades cotidianas de entretenimiento. Así, un consumo responsable, por parte de adultos, sin consecuencias adversas de tipo social, legal, económico o sobre la salud, no solo es posible, sino que tiene lugar a diario. Pero, a pesar de esto, el uso lúdico del cannabis está fuertemente estigmatizado y en la mayor parte del mundo ni siquiera es posible, puesto que el cannabis se considera ilegal.

Espiritual

La masiva religión hindú cree que el cannabis se ha creado del dios Shiva y tiene fuertes lazos con el elixir de la vida. El *bhang* es un lechoso té con especias a base de hojas y cogollos de marihuana. Beber *bhang* se dice que limpia el cuerpo de pecado y ayuda al bebedor a evitar el peligro en el más allá. El *bhang* es a menudo disfrutado durante el ‘Holi’ (el Festival de los Colores) y la Maha Shivaratri (la Gran Noche de Shiva). Por otra parte, los ascetas lo utilizan para buscar la divinidad. Son los *sadhus*, sabios indios que han rechazado la vida material, quienes utilizan el consumo de cannabis para buscar la libertad espiritual. Viven simplemente en el bosque sin posesión alguna, practicando la austeridad física por medio del celibato y el ayuno. El cannabis ayuda a los *sadhus* a trascender la realidad ordinaria y alcanzar la elevación. Hoy en día, el *bhang* es tan común en algunas partes de la India, que se puede encontrar en puestos callejeros con licencia del gobierno. En esta larga y continua historia de la planta maestra en la India, ha sido parte durante miles de años en las aventuras de dioses y guerreros y sigue viviendo hoy en las ceremonias religiosas y en sus calles.

La creencia Rastafari nació en Jamaica durante los años 30, y fue creada en parte por Leonard Percival Howell, considerado como el

primer rasta de la historia. Este movimiento empezó con una voluntad de independencia por parte del pueblo negro de Jamaica hacia los colonos blancos, y sirvió en particular para devolver el orgullo al pueblo negro, los descendientes de los esclavos traídos a la isla. La doctrina rasta no es rígida y varios practicantes la adaptan según como la sientan a nivel personal. Varios rasta piensan que Jesucristo volvió a bajar a la tierra reencarnándose en el emperador de Etiopía, Hailé Sélassié I, y le consideran como una representación de Dios (Jah) en la tierra. La doctrina rasta promueve o preconiza una repatriación (espiritual o física), de todo el pueblo negro hacia África, y considera que Etiopía representa el monte Sion, la tierra prometida. En varias religiones se quema incienso dentro de los templos o iglesias para honrar a Dios; los rasta consideran el cuerpo como un templo y asemejan el consumo de marihuana con la quema de incienso en las iglesias (Fundación Daya Cannabis, 2018).

FORMAS DE CONSUMO

A continuación revisaremos las distintas formas de consumir el cannabis, y documentaremos cuáles son las formas de consumo más limpias y menos nocivas para la salud.

Inhalación de marihuana (fumada)

El consumo de cannabis en forma de cigarrillo, canuto, ‘porro’ es el más conocido por la gran mayoría de personas que utilizan esta planta. De todas formas, hoy en día es fácil encontrar diferentes maneras de consumirla aspirando el humo como resultado de una combustión. Las pipas, ‘cachimbas’, *bongs* son algunos ejemplos de esta forma de consumo, aunque entre ellas hay pequeñas diferencias como son la cantidad de humo aspirado o la prolongación de la aspiración y las toxinas producidas. Un estudio finalizado en 2007 concluyó que el humo de las hojas secas de esta planta reduce el número de las pequeñas ramificaciones en los pulmones responsables del transporte de oxígeno a la sangre y evacuación de sustancias nocivas, por lo cual los fumadores de marihuana suelen poseer más flema, tos y experimentan la sensación de que se les cierra el pecho (Alchimiaweb, 2010).

Inhalación de marihuana (vaporizada)

Una de las maneras más ‘limpias’ de consumo de cannabis es mediante los

POLIANTEA

vaporizadores, ya que no se fuma sino que se inhala, no se produce combustión y reduce las toxinas en proporción al THC. La combustión de la marihuana a unos 230° desencadena una explosión de diferentes elementos con más o menos toxicidad, dependiendo de la temperatura a la que se someta la marihuana. A 180° el THC se evapora y los hidrocarburos no están tan presentes (Alchimiaweb, 2010).

Marihuana por vía oral (infusión)

También se puede consumir la marihuana mediante “infusiones de leche”. El THC es liposoluble pero no es hidrosoluble, es decir, se puede disolver en grasas, pero no en agua. Si se utiliza la leche, el THC se quedará pegado a las grasas que esta contiene (Alchimiaweb, 2010).

Marihuana por vía oral (maceración con alcohol)

Otra de las maneras de consumir marihuana es dejarla macerar en una botella de licor como puede ser el ron, el whisky o el orujo de hierbas, entre otros (Alchimiaweb, 2010).

Cannabis por vía sublingual

Otra forma de consumo medicinal de la marihuana es la vía sublingual. Hoy en día existen empresas farmacéuticas que distribuyen un compuesto llamado sativex, que es un extracto de las propiedades medicinales que proporciona la marihuana. Sativex está destinado a aquellas personas que sufren dolores causados por la espasticidad (agarrotamiento de los músculos y articulaciones con mucho dolor, llegando a impedir el movimiento total o parcial de las extremidades superiores o/e inferiores), asociada a la esclerosis múltiple. Probado y testeado, sativex proporciona al paciente un alivio en forma de relajación muscular, permitiéndole rebajar el nivel de dolor producido por el agarrotamiento de las extremidades (Alchimiaweb, 2010).

Marihuana por vía transdérmica

Antiguamente, la pomada de marihuana era una receta utilizada como analgésico por gurús y chamanes para calmar los dolores renales o golpes. La base de la pomada siempre será una sustancia grasa con el objetivo de absorber la máxima cantidad de resina (Alchimiaweb, 2010).

MARCO LEGAL

Se abordan las leyes decretos y sentencias que tratan el tema del cannabis medicinal, el cultivo

y la dosis personal, haciendo un recuento desde la primera ley que se creó en 1946, hasta el decreto 613 de 2017; para esta investigación es fundamental tocar tres puntos del cannabis: (i) la dosis personal, (ii) auto cultivo y cultivo, y (iii) cannabis medicinal. Se hace importante documentar los fundamentos legales, puesto que existe un desconocimiento total acerca de la norma vigente.

TRATADOS INTERNACIONALES

Convención única de 1961 sobre estupefacientes

En materia de derecho internacional es la primera herramienta en el ámbito jurídico. Enmarca ciertas generalidades de lo que se entenderá por ciertos conceptos como planta, resina, cultivo, estupefaciente, etc., necesarios a la hora de una tipificación en una norma penal o en una despenalización.

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. Fue enmendada por el Protocolo de 1971 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad, reconociendo que el uso médico de los estupefacientes 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 tiene competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los órganos internacionales competentes pertenezcan a esa Organización, 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 fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos (Aguirre-Eduardo, 2013).

FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL

El fundamento Constitucional es clave en esta investigación, pues la Constitución es norma de normas, por bloque de constitucionalidad. Es importante recordar el principio de la supremacía constitucional a la hora de realizar este estudio.

Se encontraron, entonces, dos artículos fundamentales a la hora de investigar el cannabis en Colombia: el artículo 16 y el artículo 49, que garantizan el libre desarrollo de la personalidad y la atención en salud (Constitución Política Colombiana, 1991).

FUNDAMENTO LEGAL

Ley 45 de 1946

Esta ley emanada en 1946 por Néstor Consuegra, subrogaba el artículo 270 del Código Penal, tipificando las conductas de modo clandestino o fraudulento, de elaboración, distribución, venta o suministro, aun cuando sea gratuitamente, de drogas estupefacientes, o el hecho de mantenerlas en su poder con los mismos fines, con imposición de prisión de seis meses a cinco años y multa de cincuenta mil pesos.

“Artículo 271. Al que destine casa, local o establecimiento, para que allí se haga uso de drogas estupefacientes, o permita en ellas tal uso, se le impondrá prisión de seis meses a cinco años, multas de cincuenta a mil pesos, y clausura del establecimiento, casa o local.” (Ley 45, 1946).

Esta ley es la primera que trata el tema de los estupefacientes; es de anotar que existe un vacío normativo, pues hasta que llega el tratado internacional con la Convención única de estupefacientes de 1961, se establecen ciertos conceptos –como lo que es un estupefaciente- sin los cuales era muy complicado o imposible sancionar al consumidor o portador.

Ley 30 de 1986

Mediante esta norma ingresa el concepto de dosis personal en Colombia; en ella se explica que la dosis para uso personal es la cantidad de marihuana que no exceda de 20 gramos, la de marihuana hachís la que no exceda de cinco 5 gramos, de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de 1 gramo, y de metacualona la que no exceda de 2 gramos.

Acto Legislativo 02 de 2009

Es este acto legislativo uno de los que hace que los colombianos no tengamos certeza acerca de si la dosis personal está penalizada o no, prohibida o no. Es aquí donde se evidencia la mayor dificultad jurídica que existe en cuanto a la dosis personal. Como se había mencionado con antelación, la ley 30 de 1986 es la que reglamenta el uso de la dosis personal en Colombia, está aún vigente y no ha sido derogada; sin embargo, llega una norma de carácter constitucional con más alta jerarquía, la cual NO penalizó el consumo ni el porte de estupefacientes. Lo que hizo fue prohibirlos y, en todo caso, no lo hizo de manera absoluta, teniendo en cuenta que las medidas y los tratamientos que debe fijar la ley para quienes consuman estas sustancias requieren el consentimiento informado del adicto. Más adelante se podrá evidenciar con jurisprudencia cómo este artículo 49, al ser modificado, va en contravía de ciertos artículos de la Constitución, como el artículo 16, que dice que todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico (Sentencia C-574, 2011).

Decreto 1108 de 2011

Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Este decreto trata sobre el porte y consumo de los menores de edad y de las embarazadas, y allí nos deja claridad que está prohibido.

Ley 1453 de 2011

Principalmente lo que hace esta ley es que tipifica en el Código penal colombiano el tráfico, porte o fabricación de estupefacientes. Como se podrá ver más adelante, existe jurisprudencia que indica que con el cambio que hubo en el código penal lo que se logró es encuadrar a consumidores y adictos en el mismo tipo penal de los expendedores ilegales y los microtraficantes.

JURISPRUDENCIA

Sentencia C – 221 de mayo 5 de 1994

Para analizar esta sentencia, además, se tiene en cuenta un escrito realizado por Nathalie

Molina Torres. En esta sentencia, el ciudadano Alexandre Sochandamandou, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, solicita a la Corte que declare inexecutable el literal j) del artículo 20 y el artículo 51 de la Ley 30 de 1986; tales disposiciones establecen lo que se entiende por dosis personal de estupefacientes y las sanciones que acarrea el porte de esta (M.P. Carlos Gaviria Díaz. Corte Constitucional)

El actor convoca a la Corte a reconocer los límites constitucionales a la intervención del Estado en la salud personal, sentando como base que las normas acusadas violan el artículo 366 de la Constitución, pues si el Estado no puede garantizar la curación del enfermo, tampoco puede privarle de la droga que le proporciona alivio; sobre este mismo límite indica que se están vulnerando los artículos 5, 28, 29, 34 y 49 de la Carta Política, debido a que el Estado no puede sancionar con pena o medida de seguridad el derecho inalienable de las personas a estar psicofisiológicamente enfermas por cualquier causa, inclusive de drogadicción o toxicomanía. Lo anterior teniendo en cuenta que el actor considera que los drogadictos y toxicómanos son enfermos psicofisiológicos. Añade el accionante que las normas acusadas violan los artículos 28 y 95 numeral 1º de la Carta Constitucional, pues “no se puede penar a quienes simplemente consumen estupefacientes, porque con su conducta no perjudica a persona diferente a ellos mismos.” Conjuntamente el actor rechaza que se establezca un tope máximo de la dosis personal, ya que se estaría desconociendo injustificadamente que para el toxicómano o drogadicto esto depende del grado de adicción que posea. Afirma de igual forma que se da un trato discriminatorio entre los mismos toxicómanos menos y más afectados, con el fin de presentar a los primeros como contraventores y a los últimos como delincuentes.

Finalmente, la demanda se refiere al tratamiento médico previsto en las normas acusadas, aludiendo que con estas se está vulnerando el artículo 5 de la Carta, puesto que para el actor “los derechos inalienables de la persona, se extienden hasta su derecho a enfermarse psicofisiológicamente”. Además, se manifiesta en cuanto a la violación de los artículos 28 y 34 de la Constitución, ya que habiendo toxicómanos incurables la pena establecida para su supuesta rehabilitación sería imprescriptible.

Conforme al artículo 241, numeral 4 de la Constitución Política, la Corte se declara competente para conocer y decidir sobre esta

demanda, y en razón a tal expresa los siguientes móviles: como primera medida se pronuncia sobre la naturaleza del derecho y la moral, aludiendo a la unilateralidad de la última y precisando que tal característica crucial se debe a que las obligaciones que ella impone no crean en favor de nadie la facultad de exigir la conducta debida, expone que en el campo del derecho todo sucede de forma distinta, puesto que el legislador puede prescribir la forma en que debo comportarme con los demás, pero no la forma en que debo comportarme conmigo mismo, en la medida en que mi conducta no interfiere con la órbita de acción de nadie.

Si de hecho lo hace, su prescripción solo puede interpretarse de una de estas tres maneras:

1) expresa un deseo sin connotaciones normativas;

2) se asume dueño absoluto de la conducta de cada persona, aun en los aspectos que nada tienen que ver con la conducta ajena; 3) toma en cuenta la situación de otras personas a quienes la conducta del sujeto destinatario puede afectar. Luego de tales planteamientos clave, se convierte en piedra angular en los móviles de esta Corte: “El reconocimiento de la persona como autónoma en tanto que digna (artículo 10 de la C.P.), es decir, un fin en sí misma y no un medio para un fin, con capacidad plena de decidir sobre sus propios actos y, ante todo, sobre su propio destino. La primera consecuencia que se deriva de la autonomía consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella), quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo. Si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena.” En razón del planteamiento anterior, se exhorta al Estado a cumplir con los principios y garantías que ha constitucionalizado para sus asociados, arguyendo que “un Estado respetuoso de la dignidad humana, de la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, no puede escamotear su obligación irrenunciable de educar, y sustituir a ella la represión como forma de controlar el consumo de sustancias que se juzgan nocivas para la persona individualmente considerada y, eventualmente, para la comunidad a la que necesariamente se haya integrada.”

El argumento anterior, bajo una concepción personalista de la sociedad, postula al Estado como un instrumento al servicio del hombre y no el hombre al servicio del Estado para la realización de un fin más allá de la persona. En

cuanto al literal j) del artículo 20, también demandado, y que se refiere al tope máximo de la dosis personal, encuentra la Corte que se ajusta a la norma básica, pues constituye un ejercicio de la facultad legislativa inscrito dentro de la órbita precisa de su competencia; “porque determinar una dosis para consumo personal implica fijar los límites de una actividad lícita (que solo toca con la libertad del consumidor), con otra ilícita, el narcotráfico, que, en función del lucro, estimula tendencias que se estiman socialmente indeseables” (Molina-Torres, 2010).

CONCLUSIONES

Después de realizar esta Investigación, se puede afirmar que la dosis mínima en Colombia es legal, de acuerdo con la Ley 30 de 1986, que aún está vigente y no ha sido derogada. Por otro lado, se evidencia que el acto legislativo 02 de 2009 cambió el artículo 49 de la Constitución y prohibió la dosis mínima; sin embargo, hay que tener en cuenta que dicho artículo de la Constitución entra en conflicto con otro artículo, que es el 16, sobre el libre desarrollo a la personalidad, generando una dicotomía constitucional, tema de otra investigación. La Ley 30 de 1986 deja cultivar 20 plantas de cannabis totalmente legales, esto para no incentivar el microtráfico que tanto daño le hace a la sociedad. Por otro lado, es claro que existe precedente judicial sobre exceder la dosis mínima, y aun así no puede ser penalizada, pues se tipifica un tipo penal cuando vulnera a un tercero, y en caso de exceder la dosis mínima con la intención de consumo propio, al único individuo que se estaría vulnerando sería al mismo sujeto. Es claro, después de esta investigación, que no se puede igualar al enfermo adicto con un *dealer*, jíbaro o expendedor de droga. Por último, es importante recordar que el derecho es totalmente diferente a la moral y la unilateralidad de la última.

REFERENCIAS

- Aguirre, E. (2013). *El problema de las drogas y los límites del derecho penal: el camino hacia una legislación integral*. Recuperado de: http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/rdata/tesis/e_bauelp734.pdf
- Alchimiaweb. (2010). *Maneras de consumir marihuana*. Recuperado de: <https://www.alchimiaweb.com/blog/formas-consumir-marihuana/>
- American Academy of Neurology. (2014) *La marihuana médica en ciertos trastornos neurológicos*. Recuperado de: <https://www.aan.com/Guidelines/Home/GetGuidelineContent/666>
- Bishagratna, K. (1911). *An english traslation of the susruta samhita*. Recuperado de: http://www.rarebooksocietyofindia.org/book_archive/196174216674_10154367293811675.pdf.
- Código Penal Colombiano. (2000) *Ley 599 de 2011*. Congreso de la República. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388>
- Constitución Política Colombiana. (1991) *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016*. Recuperada de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Corte Constitucional. (2011). *Sentencia C-574-2011*.
- Corte Constitucional-Consejo Superior de la Judicatura (2017). *Constitución Política de Colombia 1991: Actualizada con los Actos Legislativos a 2016*. Bogotá, Colombia: Centro de Documentación Judicial-CENDOJ, Biblioteca Enrique Low Murtra-BELM. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Pérez, F. (2018) *¿Conoces los efectos de la marihuana en el cerebro?* Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/conoces-los-efectos-la-marihuana-cerebro/>
- Fundación Canna. (2015-2017). *Uso medicinal del cannabis*. Recuperado de: <http://www.fundaciondaya.org/cannabis-la-verdadera-historia/>
- Fundación Daya Cannabis. (2018). *La verdadera historia*. Recuperado de: <http://www.fundaciondaya.org/cannabis-la-verdadera-historia>
- Fundación Daya Cannabis (2017). *¿Historia del cannabis ;en un minuto!* Recuperado de: <https://www.kannabia.es/es/blog/historia-del-cannabis-en-un-minuto>

- Hash Marihuana & Hemp Museum. (1985-2018). Los usos lúdicos del cannabis. Recuperado de: <http://hashmuseum.com/es/la-planta/cannabis-cultural/los-usos-ludicos-del-cannabis>
- Kleiman, M., & Hawdon, J. (2011). *Encyclopedia of Drug Policy*. SAGE Publications.
- Ley 45. (1946). Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1599874>
- Lopera, J., & Rojas, S. (2013). *Cannabinoides: un obstáculo cognitivo para conducir con seguridad*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432014000100003
- Molina-Torres, N. (2010). *Actualidad Jurídica*, página 64. Recuperado de: http://guayacan.uninorte.edu.co/publicaciones/revista_actualidad_juridica/upload/File/Revista_completa.pdf
- Nassar, F. (2017). *La primera clínica de cannabis medicinal de Argentina*. Recuperado de: <http://greenarea.me/es/243924/la-primer-clinica-de-cannabis-medicinal-de-argentina/>
- NIDA. (2017). *La marihuana como medicina*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana-como-medicina>
- Royal Queen Seeds. (2017). *Breve historia del consumo de cannabis en religiones en el mundo*. Recuperado de: <https://www.royalqueenseeds.es/blog-breve-historia-del-consumo-de-cannabis-en-religiones-del-mundo-n624>
- Sáenz-Rovner, E. (2007). The Prehistory of Marihuana in Colombia: Consumption and Growing from 1930 to 1960. *Cuadernos de Economía*, 26(47), 205-222. Recuperado de: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722008000100001
- Sáenz-Rovner, E. (2008). 'Prehistoria' de la marihuana en Colombia. Agencia de Noticias Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/05.html>
- Sáenz-Rovner, E. (1997). *Alguna literatura reciente relacionada con el consumo y tráfico de drogas*. *Innovar*, (10), 187- 189.
- Sáenz-Rovner, E. (1997). *La prehistoria del narcotráfico en Colombia*. Serie documental: desde la Gran Depresión hasta la Revolución Cubana. *Innovar*, (8), 65-92.
- Sevilla-Rodríguez, M. (2002) *Conjuros mágicos del atharvaveda*. Universidad de Oviedo. Sentencia 221. (1994). Corte Constitucional. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>
- Shou-Zhong, Y. (2007). *The Divine Farmer's Materia Medica: A Translation of the Shen Nong Ben Cao Jing*. New York: Blue Poppy Press.
- Simpson, R. (2016). *La historia de Rick Simpson*. Simpson RamaDur LLC.