

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO



**“LA DESPENALIZACIÓN DEL USO DEL
CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA COMO
GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD
TERMINAL”**

TESIS PARA LICENCIATURA EN DERECHO

UNIVERSITARIO : Sosa Mamani Luis Denis

DOCENTE TUTOR : Dr. Félix Peralta Peralta

La Paz - Bolivia
2024

DEDICATORIA

A toda mi familia, mi papá Lucio, mi mamá Maruja, mis hermanos Yumer y Nayeli; quienes confiaron en mi persona y me motivaron para persistir y culminar con la carrera de Derecho creyendo en mis capacidades, asistiendo en las necesidades que se presentaban en el trayecto de esta hermosa etapa de mi vida, sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A toda la sociedad en general, en el sentido de que la carrera de Derecho implica un servicio social al prójimo, pues en el trascurso de mi carrera entendí que “nada viene de la nada y que cualquier éxito nunca es solo merito individual, hay personas que nos apoyan y ayudan y ello nos permiten a hacer lo que hacemos”, retribuyendo por esta ayuda en el compromiso de hacer prevalecer la justicia, y como abogado servir en las necesidades que presente la sociedad, a fin de generar una convivencia armónica entre los miembros de nuestra sociedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme guiado en todo este largo camino y a pesar de los tropiezos y caídas estuvo siempre alentándome a continuar de la mejor manera el camino de mi vida;

Agradezco a la Universidad Mayor de San Andrés, mi casa de estudios, por haberme abierto las puertas de este prestigioso centro de estudios, cuna de los mejores profesionales.

A mis docentes de la Carrera de Derecho - UMSA, que me llenaron de conocimiento y que a través de su guía paciente y pasión, me permitieron comprender el gran mundo que encierra y comprende el Derecho.

A mis compañeros/as, amigos/as que fueron cómplices en las aulas bibliotecas de mi hermosa carrera, donde por medio de la ayuda mutua continuamos y concluimos esta maravillosa carrera.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I: DISEÑO METODOIÓGICO	9
1. Identificación del problema.....	10
1.2. Problematización.....	13
2. Delimitación del tema de la tesis.....	13
2.1 Delimitación temática.....	13
2.2 Delimitación temporal.....	13
2.3 Delimitación espacial	14
3. Fundamentación e importancia del tema de la tesis	14
4. Objetivos del tema de la tesis.....	16
4.1 Objetivo General	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
5. Marcos de referencia	16
5.1 Marco histórico.....	16
5.2 Marco Teórico.....	17
5.2.1. El Funcionalismo como enfoque teórico del estudio	17
5.2.2. Cannabis sativa.....	18
5.2.3. Uso medicinal del cannabis sativa.....	18
5.2.4. La Legalización de SUSTANCIAS controladas para fines médicos	19
5.3 Marco Conceptual	20
5.3.1. Sustancias Psicotrópicas.....	20
5.3.2. Tráfico de drogas.....	21

5.3.3. Despenalización.....	21
5.3.4. Regulación.....	21
5.4 Marco Jurídico.....	22
6. Hipótesis de trabajo.....	23
6.1 Variables.....	23
6.1.1 Variable independiente.....	23
6.1.2 Variable dependiente.....	23
6.2 Unidad de análisis	23
6.3 Nexo Lógico.....	24
7. Métodos y técnicas	24
7.1 Métodos.....	24
7.1.1 Método Inductivo	24
7.1.2 Métodos Método Teleológico	24
7.1.3 Métodos Dogmático Jurídico	25
7.2 Técnicas.....	25
CAPITULO II: ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	27
1. Uso de la Marihuana en la Historia	28
2. La Evolución del Narcotráfico en el Mundo	38
CAPITULO III: FUNDAMENTO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	43
1. Fundamentación teórica	44
1.1. El Funcionalismo como Elemento de Análisis Teórico	44
1.1.1. Las Escuelas del Funcionalismo.....	44
1.2. La Marihuana	47

1.2.1. Derivados de la Marihuana.....	48
1.2.2. Efectos del Consumo de la Marihuana.....	49
1.2.3. Uso terapéutico o médico de la marihuana	52
1.3. El Tráfico de Marihuana.....	55
1.4. La Marihuana en Bolivia.....	61
1.5. Legalización de la Marihuana	64
1.5.1. Plataformas legalizadoras.....	65
2. FUNDAMENTO CONCEPTUAL.....	67
2.1. Adicción	67
2.2. Tipos de consumo de Drogas	68
2.3. Sustancias Psicotrópicas.....	70
2.4. Tipos de Drogas.....	71
2.5. Uso de drogas	73
2.6. Uso indebido de drogas	73
2.7. Tráfico de drogas.....	74
2.8. Microtráfico.....	74
2.9. Precursores	74
2.10. Despenalización.....	75
2.11. Regulación.....	75
2.12. Legalización	75
CAPITULO IV: BASES JURÍDICAS Y NORMATIVAS	76
1. Marco normativo nacional.....	77

1.1. Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas Ley 1008 (19 De Julio De 1988).....	77
1.2 Reglamento de Operaciones Con Sustancias Controladas y Precursores de Uso Industrial - Decreto Supremo N° 25846 (14-Julio-2000).....	80
2. Legislación Comparada.....	81
2.1. Ley de Despenalización de la Marihuana en Uruguay Ley de 10 de Diciembre de 2013	83
CAPITULO V: ANÁLISIS PRÁCTICO Y CONTEXTUAL	94
1. Trabajo de Campo	95
1.1. Instrumentos del trabajo de Campo.....	95
1.2. Selección del Universo y Muestra de Estudio.....	95
1.2.1. universo	95
1.2.2. muestra	96
2. Resultados del trabajo de Campo	99
2.1. Resultados de la entrevista	99
2.2. Resultados de las Encuestas	102
3. Criterio referidos a la regulación del uso del cannabis sativa para fines médicos	109
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	112
1. Conclusiones	113
CAPITULO VII: PROPUESTA	116
1. Ámbito Geográfico de Aplicación de la Propuesta	117
2. Componentes de la Propuesta.....	117
2.1. Beneficiarios.....	117
2.2. Metas	117

3. Formulación de la Propuesta	118
Bibliografía.....	121
Anexos.....	

CAPITULO I:
DISEÑO
METODOLÓGICO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La cannabis sativa, es una especie herbácea de la familia “Cannabaceae” de la cual forma parte la marihuana, la misma que tiene propiedades psicoactivas e hipnóticas producidas por la presencia en su composición de tetrahidrocannabinol (THC), compuesto que provoca el efecto psicoactivo, originalmente proviene de Asia central y su procedencia data de 6000 años atrás, por lo que se tiene referencias históricas de existencia de esta planta conocida con el nombre de Cáñamo que era usada, en algún caso, por sus cualidades textiles en Egipto 2700 años a.C., la fortaleza de su fibra permitía la fabricación de textiles (cuerdas, vestidos, cuerdas e incluso un tipo de papel) (Merino, 2010, pág. 275).

Ahora, en el contexto alucinógeno de la marihuana, se tiene referencia que el cáñamo índico (variedad de cannabis sativa) era ya conocido por los asirios del Imperio Mesopotámico, siglo XV a.C., quienes lo empleaban como incienso en las ceremonias religiosas. El libro santo de los persas (hoy suroeste de Irán) denominado “Avesta”, describe los efectos del incienso obtenido con el cáñamo índico (Molina, 2008, pág. 98).

Es así que, fue clasificada por primera vez por el botánico Carlos Linneo en 1735 en base a sus características morfológicas y dureza de sus fibras, sin considera en ese momento sus propiedades químicas o psicotrópicas que, una vez comprobadas científicamente, originó la prohibición de su siembra y consumo en muchos países.

Ahora el uso psicotrópico del cannabis sativa en la medicina y la psiquiatría no es actual, sino que data de tiempo atrás y ha tenido en muchos espacios una condición de clandestinidad por lo que ha generado controversia en razón de los efectos alucinógenos que puede producir. La controversia se origina debido a que el uso indiscriminado y sin razón médica comprobada, según especialistas, induce al consumo de drogas más fuertes y consecuentemente más adictivas (Molina, 2008, pág. 100), por ello se prohíbe su consumo.

Esta prohibición afecta a aquellas personas que precisan usar esta planta y sus efectos psicotrópicos como paliativo o tratamiento de pacientes de enfermedades del sistema nervioso y otras enfermedades terminales, los mismos que recurren al uso ilegal del cannabis, lo que permite inferir que la falta de regulación para su uso, expone a muchos ciudadanos que requieren mejorar sus condiciones de vida a partir de consumir marihuana a ser perseguidos por la policía y a truncar su derecho a la salud minimizando su calidad de vida.

En este contexto se debe mencionar que, la planta de cannabis sativa es introducida a Bolivia por los conquistadores y se estableció como una droga clandestina de uso de ciertas clases sociales que con el tiempo llegó a ser consumida por personas de diversos estratos económicos que llevaron a que las autoridades y las políticas de Estado destinadas a la lucha contra el consumo de drogas y otras sustancias nocivas reconocerla como una sustancia cuyo consumo es ilícito.

El 19 de julio de 1988 durante el gobierno de Víctor Paz Estenssoro se aprobó la Ley 1008 Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas con la intención de frenar la producción y el consumo de estupefacientes, en su artículo 34, esta ley, prohíbe la siembra, plantación, cultivo, cosecha y/o recolección de semillas o materias vegetales que contengan sustancias controladas. Así, el cannabis sativa está en la Lista I de estupefacientes, anexa a la Ley 1008, la que guarda concordancia con la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, por lo que se entiende que el autocultivo de cannabis, sea cual fuere el fin, está prohibido en Bolivia.

Esta prohibición, en criterio de algunos expertos, ha servido para que los narcotraficantes, aprovechando las prácticas sociales y medicinales del consumo de drogas, hayan producido esta planta de manera ilegal y la han vendido a enfermos y familiares que la buscan para mejorar la calidad de vida propia o de sus parientes, más cuando muchos estudios científicos han demostrado que el uso de marihuana medicinal tiene beneficios para la salud de pacientes terminales y con afecciones de orden neurobiológico, por lo que

países como México, Argentina, Chile y Perú ya han regulado su uso (Castañares Céspedes, 2020, s/p) y los consumidores en Bolivia han crecido.

Solo como referencia se puede mencionar que, muchas enfermedades que afectan a un número significativo de personas en todo el mundo presentan buenas respuestas al tratamiento con marihuana, así, la enfermedad de Alzheimer que produce la pérdida gradual de la memoria y otros efectos colaterales, siendo tratada a partir del uso de marihuana o su componente cannabidiol puede reducir su incidencia, dado que este componente propio del cannabis ayuda a conservar la memoria si se administra crónicamente en la fase temprana de la enfermedad y podría reducir el deterioro del aprendizaje (Kairuz, 2016, pág. 22).

En Bolivia, hasta el año 2017 más de medio centenar de pacientes epilépticos manifestaron que han usado marihuana medicinal y/o han recibido tratamiento con extractos de esta planta, al mismo tiempo han surgido varias páginas en la red social Facebook donde aparecen agrupaciones de ciudadanos que promocionan las bondades y efectos en la salud del cannabis sativa que aglutinan a asociaciones de pacientes y gente interesada en esta medicina alternativa. Actualmente se puede encontrar en distintos mercados populares, como la Cancha de Cochabamba en el sector de las plantas medicinales pomadas a base de marihuana e incluso aceite de esta planta para fines medicinales (Castañares Céspedes, 2020, s/p). Estas circunstancias y datos muestran la necesidad de tocar de manera formal la posibilidad de regular el uso medicinal del cannabis sativa.

En esa lógica, es necesario que el Estado asuma la responsabilidad de legalizar y controlar la producción, distribución y consumo de cannabis sativa en condiciones tales que las instituciones sanitarias, puedan prevenir su uso y desarrollar políticas de educación para regular el consumo controlado y el uso de esta planta con fines medicinales.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN

Bajo estas consideraciones la pregunta de investigación esta formulada de la siguiente manera:

¿De qué manera el uso del cannabis sativa podrá garantizar en Bolivia, el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?

2. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS

2.1 DELIMITACIÓN TEMÁTICA

El tema de Tesis planteada se circunscribe en el área del Derecho Público en general y el Derecho Penal en particular entendidos como la parte del ordenamiento jurídico que regula las relaciones entre las personas y entidades privadas con los órganos del Poder Público o Estatal.

Plantea la regulación estatal del uso del cannabis sativa como elemento que garantice el derecho a la salud y la calidad de vida de los ciudadanos que tienen un diagnóstico médico de enfermedad terminal y necesitan del consumo de esta planta para mejorar sus condiciones de salud y paliar los efectos de la enfermedad.

2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El presente estudio, toma como límite temporal el año 2017 gestión en la que se aprueba la Ley N° 913 “Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas”, que junto a la Ley N° 1008 “Ley del régimen de la coca y sustancias controladas”, forman el marco normativo que regula el consumo de estupefacientes en el territorio boliviano y le da contexto legal al estudio propuesto.

2.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio será realizado en la ciudad de La Paz a efectos de recolección de datos. La propuesta emergente del mismo, tendrá un carácter de aplicabilidad nacional.

3. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA DE LA TESIS

La Ley 1008 de 19 de julio de 1988, ha tenido como propósitos el control de la producción, comercio y consumo de drogas psicotrópicas que por su incidencia en las conductas de determinados grupos sociales, son considerados perjudiciales. Las sustancias consideradas prohibidas de consumo y producción figuran en el Anexo de la mencionada ley comprenden productos catalogados como nocivos por la Convenciones de Estupefacientes de 1961 y del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas y de Estupefacientes que entra en vigor el 19 de septiembre de 1987, en esta lista figuran la Cocaína, la Cannabis y su resina.

De la misma manera la ley N° 913 “Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas” de marzo de 2017 que tiene por objeto establecer los mecanismos de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, también ratifica en sus anexos la lista de productos considerados nocivos y que están prohibidos en términos de producción y consumo, en esta lista se considera nuevamente al cannabis, de ahí la ratificación de la prohibición del uso de esta planta para fines medicinales.

Uno de los argumentos más importantes para la legalización del cannabis sativa se centra en su uso medicinal, que científicamente ha comprobado que esta, como muchas otras plantas, tiene propiedades medicinales que pueden ser de gran utilidad para el tratamiento de distintos males, ya sea recurriendo a la planta misma en su estado natural o como componente activo de medicamentos elaborados industrialmente.

En este contexto, pese a sus propiedades medicinales, su consumo en Bolivia es sancionado por ley y puede ser, en algún caso, tipificado como tráfico de sustancias controladas, es decir, que para la normativa boliviana, el uso del cannabis para fines medicinales no tiene significación preponderante y no ha sido propuesto hasta ahora, de ahí que pensar en su regulación supone un aporte significativo al análisis jurídico que esta enfocado en preservar el bien común, entendiendo como tal el derecho a la salud y la calidad de vida de los ciudadanos que habiendo sido diagnosticados con enfermedades terminales necesitan de esta sustancia para paliar sus afecciones médicas.

En tal sentido el estudio pretende mostrar de qué manera, la criminalización del uso del cannabis produce un mercado negro que fomenta el narcotráfico y va en desmedro de quienes necesitan esta sustancia para mejorar sus condiciones de salud. Ahora considerando que la marihuana es catalogada por los expertos como una droga blanda que no genera altos niveles de dependencia, se constituye en una sustancia fácilmente regulable en términos de producción, comercialización y consumo, que le permitiría al Estado brindar mejor calidad de vida a sus ciudadanos que están en condición de enfermos terminales, radicando ahí la importancia y relevancia social del presente trabajo de investigación.

Ahora, se debe considerar que, la subsistencia de la prohibición genera que no exista regulación por lo que los narcotraficantes entregan cannabis a los pacientes de enfermedades terminales mezclada con otros compuestos que pueden resultar hasta tóxicos y gozan de impunidad por que la condición clandestina del consumo impide denunciar el hecho. En esa lógica, la regulación del uso de la marihuana para fines médicos, permitiría que se comprobara la calidad de la sustancia que se comercializa en función a las necesidades terapéuticas como elemento de resguardo a la seguridad del consumidor, tarea básica del Estado.

Bajo toda esta argumentación el tema de investigación se hace relevante no solo en materia jurídica sino también en el ámbito social de beneficio a las personas que buscan acabar sus días de manera digna.

4. OBJETIVOS DEL TEMA DE LA TESIS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un proyecto de ley que permita la regulación del uso del cannabis sativa para garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal en Bolivia

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el fundamento teórico y jurídico que regula la producción, el uso y la comercialización de sustancias controladas en Bolivia.
- Establecer el criterio jurídico y social que sustente la necesidad de regular el uso del cannabis sativa para fines médicos.
- Definir los aspectos jurídicos y legislativos que debe contener la propuesta legislativa de regulación del cannabis sativa para su uso médico.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1 MARCO HISTÓRICO

El uso de la planta denominada cannabis sativa data del inicio de las primeras civilizaciones, se viene cultivando desde la antigüedad, sobre todo por sus propiedades industriales (su fibra ha servido para hacer cuerdas, velas y sus semillas han servido de alimento para ganado o pájaros), pero también ha tenido en algunas regiones un uso

medicinal y recreativo que ha permanecido a lo largo de la historia (Calafat, 2011, pág. 5).

Así, lamarihuana era ya conocida por los asirios (imperio mesopotámico, siglo XV a.C.) quienes lo empleaban como incienso en las ceremonias religiosas. El libro santo de los persas (siglo VI a.C., hoy suroeste de Irán) el *Avesta*, describe, los enervantes efectos del incienso obtenido con esta planta que se considera originaria de la China, los primeros restos de esa fibra (fechables hacia el 4000 a.C.) se han encontrado allí, un milenio después en Turquestán (Afganistán). Un tratado chino de medicina, escrito en el siglo I, sobre materiales que dicen remontarse al legendario *Shen Nung*, afirma que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo” (Molina, 2008, pág. 98)

La historia de la marihuana y sus derivados se podría contar desde el 3000 a.C., pues hay estudios arqueológicos que determinan que ya era utilizada para elaborar tejidos y algunos otros objetos, así también se le reconoció sus propiedades como medicina para diversos males entre ellos el insomnio y algunas afecciones nerviosas.

5.2 MARCO TEÓRICO

5.2.1. EL FUNCIONALISMO COMO ENFOQUE TEÓRICO DEL ESTUDIO

El funcionalismo es una corriente metodológica que se desarrolla básicamente en la segunda mitad del siglo XX y que se extiende por los ámbitos de la antropología, la sociología, la psicología, la política, la filosofía, el derecho, etc., El método funcionalista se propone como objetivo la comprensión y explicación de las estructuras sociales, no a partir de su origen histórico y de sus peculiaridades espaciales (geografía) y temporales, sino tomando como punto de partida la observación, análisis y estudio de las funciones que realizan las estructuras sociales dentro de la sociedad o en parte de ella (Meehan, 1973, pág. 366).

En primer lugar explican la persistencia de las prácticas sociales haciendo referencia a efectos (con frecuencia no deseados) que son beneficiosos para el equilibrio o la integración del sistema social en el que se encuadran dichas prácticas. En segundo lugar, el funcionalismo reconstruye el concepto de racionalidad: presupone que en ciertas prácticas aparentemente irracionales pueden ser inteligibles cuando se captan sus funciones sociales. En tercer lugar, el funcionalismo utiliza el concepto de requisitos funcionales. El argumento suele ser que tales requisitos han de cumplirse para que sobreviva una sociedad determinada o, de forma alternativa, que ésta funcione de manera que esas necesidades tiendan a satisfacerse (Calderón, 2014, s/p).

5.2.2. CANNABIS SATIVA

El cannabis sativa es una planta herbácea, angiosperma, dicotiledónea del orden de las urticales y de la familia de las canabáceas, su nombre significa cáñamo como era conocida en la antigüedad. Es una planta cultivada por su tallo, que proporciona una excelente fibra textil, y por sus semillas; y principalmente el cáñamo índico o indio, variedad de *cannabis sativa*, de la que se obtiene el hachís que es una sustancia preparada con las hojas y las flores, que se fuma mezclada con tabaco y produce efectos alucinógenos (Molina, 2008, pág. 96)

Es una planta que alcanza varios metros de altura y su naturaleza narcótica se debe a los compuestos que en ella se encuentran, los mismos que permiten la liberación de endorfina en el cuerpo humano y produce relajación, estado de hilaridad, sueño y apetito.

5.2.3. USO MEDICINAL DEL CANNABIS SATIVA

Esta planta ha sido utilizada como medicamento en algunas sociedades para curar las más diversas enfermedades, en Europa, su uso terapéutico se reduce a un período del siglo XIX en Inglaterra, debido al contacto que tienen los médicos ingleses con la India, donde aprenden a tratar los estados de ansiedad y dolor con infusiones de esta planta, en la actualidad algunos países europeos que están investigando sobre aspectos terapéuticos de

los cannabinoides, que son los derivados sintéticos del THC y que se encuentran en la planta objeto de estudio, se están enfocando a su uso como antiemético (en tratamientos a pacientes cancerosos que reciben quimioterapia), en esclerosis múltiple y como analgésico (Calafat, 2011, pág. 24).

De acuerdo a Dörr Álamos (2013), un estudio denominado “Los cannabinoides en la medicina: una revisión de su potencial terapéutico”, se analizó los ensayos clínicos hechos con el uso terapéutico de marihuana por investigadores de todo el mundo hasta Julio de 2005, y se encontró que en 72 de los ensayos clínicos se podía ver que los cannabinoides, (principio activo del cannabis), tenía efectos beneficiosos en la salud de las personas en condiciones que fuesen controladas, dichos beneficios apuntaban a lo siguiente: aumento del apetito, analgésico, tratamiento para la esclerosis múltiple, tratamiento del Síndrome de Tourette, epilepsia, glaucoma y también como antiemético, es decir evita náuseas por quimioterapia (Dörr Álamos, 2018, pág. 76).

Algunas de las enfermedades que pueden ser tratadas o por lo menos pueden paliarse los efectos de su tratamiento con marihuana son las siguientes (García Huerta, 2019, pág. 43):

- a) Glaucoma
- b) Cáncer
- c) Sida
- d) Epilepsia
- e) Dolores múltiples
- f) Esclerosis

7.2.4. LA LEGALIZACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS PARA FINES MÉDICOS

La legalización de las drogas es uno de los modelos propuestos por activistas e instituciones pro derechos humanos y pro derechos individuales para la modificación de las leyes que prohíben la tenencia, el consumo, suministro y producción de drogas, en esa

línea su argumento central está basado en el derecho fundamental de que cada persona tiene el derecho a elegir como quiere llevar su vida, lo que incluye la obligación del Estado de respetar la decisión del ciudadano sobre las sustancias que decida utilizar, más aún si esto puede beneficiar a su salud o bienestar (Avalos, 2012, pág. 29).

Ahora comprendiendo el contexto de los estudios realizados en función de determinar los usos terapéuticos de determinadas drogas, se debe considerar que, la legalización del consumo, producción y/o comercialización de las drogas, no sólo implica un cambio en la legislación, sino también requiere de la intervención del Estado a través de la regulación de los mercados, dadas las características particulares de estos bienes: son adictivos y su consumo impone externalidades negativas a la sociedad

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1. SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento (ANMAT, 2018, s/p).

La dependencia de drogas es la situación fisiológica en la que el consumidor ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de drogas, cuya suspensión brusca puede generar una enfermedad denominada abstinencia. Dicho de otro modo “Es el conjunto de comportamientos y de reacciones que comprenden el impulso y la necesidad imperiosa de tomar la sustancia en forma continua o regular, ya sea para sentir sus efectos o para evitar el malestar que produce la privación de su consumo” (Ministerio Público de Venezuela , 2016, s/p).

En ese contexto, la dependencia puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.) denominándose dependencia psíquica. Los dos tipos de

dependencia tienen sustratos biológicos y son estrictamente hablando dependencias físicas (SENDA, 2018, s/p).

5.3.2. TRÁFICO DE DROGAS

El tráfico de drogas es una actividad ilícita, tipificada penalmente, que atentan y vulneran la salud pública, la seguridad interna del Estado y el desarrollo integral de la sociedad (Gaceta Oficial de Bolivia, 2017, pág. 2).

En un sentido estricto, el tráfico implica el desplazamiento de la droga de una mano a otra, a cualquier título, esto es, a través de una venta, donación, préstamo, etc. En un sentido amplio, se entiende que trafica todo aquel que importa, exporta, transporta, adquiere, transfiere, posee, suministra, guarda o porta consigo tales sustancias o las materias primas que sirven para obtenerlas, sin la debida autorización (SENDA, 2018, s/p).

5.3.3. DESPENALIZACIÓN

Se refiere a dejar de tipificar como delito o falta una conducta anteriormente sancionada por la legislación penal. Es decir que la despenalización es el mecanismo en virtud del cual una conducta descrita en la ley penal como delito, sale de esta esfera jurídica penal para ser sancionada en el ámbito de una jurisdicción diferente, de naturaleza civil, comercial o administrativa (Reyes Calderón, 2017, s/p).

Por lo general la despenalización es la consecuencia de un cambio social. La comunidad, en este marco, no considera más que una conducta sea perjudicial o condenable desde el punto de vista moral, con lo cual su penalización carece de motivo. Para que la despenalización se efectivice, esta nueva mentalidad social debe plasmarse en la legislación con las modificaciones y las actualizaciones del caso (Reyes Calderón, 2017).

5.3.4. REGULACIÓN

Es el Ordenamiento o régimen al que se sujeta una acción o conjunto de ellas (Ossorio, 2011). Se puede definir como un conjunto de leyes que determinan las circunstancias bajo las cuales un agente puede ejercer ciertas actuaciones. En ese sentido, la regulación jurídica busca proteger al público de agentes que no cumpla lo socialmente regulado por el bien de la comunidad. Así, la regulación es un campo de análisis relativo a los mandatos jurídicos para normar la conducta de las personas, por medio de actuaciones deliberadas de los órganos públicos, con el fin de influir en el desarrollo de las actividades económicas, de convivencia y las demás conductas sociales (Carbonell, 2020).

5.4 MARCO JURÍDICO

El presente estudio analizará la implicancia de las siguientes normas:

- Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas Ley N° 1008 (19 De Julio De 1988), la misma que regula el cultivo, uso y comercialización de la hoja de coca y otras sustancias controladas definidas como nocivas y adictivas que son señaladas como tales en la normativa, entre ellas el cannabis.
- Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas Ley N° 913 (16 de marzo de 2017), la misma que, establece los mecanismos de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas en el ámbito preventivo integral e investigativo; de control y fiscalización de las sustancias químicas controladas; el régimen de bienes secuestrados, incautados y confiscados; y, regular la pérdida de dominio de bienes ilícitos a favor del Estado
- El Decreto Supremo N° 22099, Reglamento a la Ley 1008 Sobre Régimen de las Coca y Sustancias Controladas (28 de diciembre de 1988), el mismo que establece la reglamentación de las disposiciones de la Ley 1008 del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, con el fin de son promover y facilitar la aplicación de esa norma en todo el estado Plurinacional de Bolivia.
- El Decreto Supremo N° 25846, Reglamento de Operaciones con Sustancias Controladas y Precursores de Uso Industrial (14 de julio de 2000), que establece

las normas de procedimiento administrativo para controlar y vigilar la producción, fabricación, preparación, transformación, almacenamiento, importación, exportación, comercialización, transporte y cualquier otro tipo de transacción con sustancias químicas controladas que se utilizan con frecuencia en la producción, fabricación, preparación o extracción ilícitas de estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras de efecto semejante

Así mismo la investigación realizará una revisión de legislación de países circundantes a Bolivia a efectos de conocer el tratamiento de esta temática, estos países estudiados son Uruguay, Perú y Brasil

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La hipótesis de trabajo se formula de la siguiente manera:

Una ley que despenalice el uso del cannabis sativa permitirá garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal en Bolivia

6.1 VARIABLES

6.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Ley que despenalice el uso del cannabis sativa

6.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal

6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Necesidades terapéuticas y medicinales de los pacientes terminales asentados en el Estado Plurinacional de Bolivia

6.3 NEXO LÓGICO

Permitirá, como verbo de logro y consecución de un fin

7. MÉTODOS Y TÉCNICAS

7.1 MÉTODOS

7.1.1 MÉTODO INDUCTIVO

La presente investigación está desarrollada en base a un método inductivo. El método inductivo es un proceso en el que, a partir del estudio de casos particulares, se obtienen conclusiones universales o relacionan los fenómenos estudiados (Rodríguez, Barrios, y Fuentes, 2004, pág. 25). En este caso se refiere al análisis de los efectos terapéuticos y medicinales que puede tener el cannabis sativa para que, a partir de ellos se pueda plantear una regulación de implicancia nacional que establezca la regulación del uso de la marihuana con fines medicinales y así se garantice el derecho a la salud y la calidad de vida de los enfermos terminales en Bolivia.

7.1.2 MÉTODOS MÉTODO TELEOLÓGICO

El Método Teleológico, que tiene por finalidad encontrar el interés jurídicamente protegido, debido a que cada norma jurídica protege un interés, en consecuencia este método permite determinar el interés que protege una determinada norma jurídica a proponer (Vargas Flores, 2007, pág. 38). Este método permite entonces analizar cómo generar la protección de los derechos de salud y calidad de vida de los enfermos terminales residentes del estado plurinacional de Bolivia, para que a partir del uso medicinal del cannabis sativa puedan mejorar o paliar su condición de salud.

7.1.3 MÉTODOS DOGMÁTICO JURÍDICO

El Método Dogmático Jurídico, que se refiere al método de estudio e investigación jurídica cuyo objeto de investigación es la norma. La característica de este método jurídico es la interpretación de la ley. En la ciencia penal se expresa la dogmática como sistema, aspirando a establecer las bases para una administración de justicia igualitaria y justa, ya que sólo la comprensión de las conexiones internas del Derecho libera su aplicación de la interpretación (Vargas Flores, 2007, pág. 42). Este método guiara la realización de la propuesta que nace de la presente investigación.

7.2 TÉCNICAS

Las técnicas usadas en el presente estudio a fin de recolectar información referida al mismo son:

- **Recopilación bibliográfica o documental:** Que se entiende como la recopilación de datos mediante el análisis documental, recopilando la información contenida en documentos relacionados con el problema estudiado a fin de conocer su origen, implicancias y repercusiones. La utilización de esta técnica de recopilación de información posibilitará estructurar una investigación basada en los fundamentos teórico, jurídicos que se tiene respecto del tema para poder establecer sus alcances y desarrollar una propuesta jurídica tendiente a normar el uso controlado del cannabis para fines medicinales.
- **Trabajo de campo:** Que se refiere a generar una intervención que logre conocer la opinión del ciudadano que esta relacionado con esta temática a fin de lograr establecer la pertinencia del estudio y la propuesta emergente del mismo. Este trabajo de campo se realizará por medio de la aplicación de encuestas que permitan recoger los criterios de la ciudadanía en base a un formulario impreso llenado por quienes voluntariamente deseen ser parte del estudio

- **Entrevista:** La entrevista abierta permite al investigador hacer las preguntas de manera espontánea, pero siempre basándose en una guía general de contenido, este tipo de entrevista se ajusta a las necesidades de la investigación de tipo cualitativo y permite que la información que se obtiene de ella sea el resultado de la interpretación de la realidad que tiene el entrevistado respecto de un determinado fenómeno (Ñaupas, Valdivia, Palacios, & Romero, 2018).
- **Encuesta:** Es un procedimiento de recopilación de información estructurada a través de un cuestionario de preguntas realizadas a un determinado grupo de personas registradas en un formulario impreso que permite obtener de ellas una respuesta específica a una necesidad investigativa surgida en el estudio (Hernandez Sampieri, 2014).

**CAPITULO II:
ANTECEDENTES
HISTÓRICOS**

1. USO DE LA MARIHUANA EN LA HISTORIA

El nombre científico de la planta es *Cannabis Sativa*, y se viene cultivando desde hace siglos, sobre todo por sus propiedades industriales (su fibra ha servido para hacer cuerdas, velas y sus semillas han servido de alimento para ganado o pájaros), pero también ha tenido en algunas regiones a lo largo de la historia un uso medicinal y recreativo.

La marihuana era ya conocida por los asirios (imperio mesopotámico, siglo XV a.C.) quienes lo empleaban como incienso en las ceremonias religiosas. El libro santo de los persas (siglo VI a.C., hoy suroeste de Irán) el *Avesta*, describe, los enervantes efectos del incienso obtenido con esta planta que se considera originaria de la China, los primeros restos de esa fibra (fecha hacia el 4000 a.C.) se han encontrado allí, un milenio después en Turquestán (Afganistán). Un tratado chino de medicina, escrito en el siglo I, sobre materiales que dicen remontarse al legendario *Shen Nung*, afirma que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo” (Molina, 2008).

La historia de la marihuana y sus derivados se podría contar desde el 3000 a.C., pues hay estudios arqueológicos que determinan que ya era utilizada para elaborar tejidos y algunos otros objetos, así también se le reconoció sus propiedades como medicina para diversos males, como fuente de fibra y material para muchas aplicaciones y por sus cualidades psicoactivas (García Huerta, 2019). Esta historia puede ser estudiada desde la perspectiva de René Misael García Huerta (2003), realizada en la Universidad de las Américas Puebla en México y que se refiere al estudio de la legalización de la Marihuana en México que señala lo siguiente:

a) La marihuana en Asia

En Asia, se utilizó por varias culturas desde los 2.700 años a.C.: El emperador chino Sheng Nung, en 2740 a.C., prescribía la resina de cannabis en un libro de fármacos. El emperador Kwang-ti prescribe en otro libro médico, sus flores, las semillas, la cáscara de la semilla,

la resina, el aceite, el jugo fresco de las hojas. China inicio la producción de papel en el siglo I d.C. y los escritos más antiguos son textos budistas de los siglos II y III hechos con cáñamo que es la fibra derivada de la marihuana. Así, se han encontrado los más antiguos restos de fibra de cáñamo en Turquestán; haciendo considerar la posibilidad de que sea una planta cultivada originalmente ahí (García Huerta, 2019)

b) Persia

El profeta persa Zoroastro da a la marihuana el primer lugar en el texto sagrado. Zend-Avesta, que incluye más de 10000 plantas medicinales. La religión zoroástrica está basada en la planta del cannabis es el principal sacramento religioso para la clase sacerdotal. En tal sentido estudios antropológicos y botánicos indican que el cáñamo ya se encontraba en la región de Mesopotamia durante el dominio Asirio alrededor del siglo IX a.C., la planta aparece, concretamente, como incienso ceremonial, Además del cáñamo, la medicina babilónica utilizaba habitualmente opio, mandrágora, cerveza y vino dentro de su rituales religiosos y de sanación de enfermos (García Huerta, 2019)

c) Grecia

En la antigua Grecia, hay referencias de sus usos en diversos textos, algunos de Herodoto del Siglo IV a.C., su utilización era sacerdotal y religiosa, se la menciona en la Odisea, en donde se narra la llegada de Telémaco a Esparta a la corte de Menelao, es así que en el banquete ofrecido en su honor, Telémaco evoca el destino de su padre Ulises y todos los comensales cayeron en una profunda melancolía, entonces Helena esposa de Ulises, ordena a los criados que echen nepenthés en las copas y la sonrisa vuelve a los labios de todos los que estaban allí. Este nepenthés se ha identificado con una bebida cannábica, es decir derivada del cannabis (marihuana), cuya preparación era una decocción (bebida, medicinal o de degustación, o de simple consumo nutritivo, hecha de vegetales u otras sustancias tras haber sido filtradas por un líquido mientras éste estaba en ebullición) de cáñamo con vino y mirra para animar las reuniones privadas, entendiendo que la decocción es una bebida, medicinal o de degustación, o de simple consumo nutritivo,

hecha de vegetales u otras sustancias tras haber sido filtradas por un líquido mientras éste estaba en ebullición).

Dioscórides (del 20 al 60 d. C.) médico griego residente en Roma, autor de los primeros libros recopilatorios de recetas de productos con propiedades medicinales reales o supuestas, basada en plantas medicinales, habla del cáñamo y sus propiedades curativas frente al dolor y supone la primera mención del cannabis como elemento utilizado medicinalmente para mitigar el dolor (García Huerta, 2019)

d) La marihuana en Roma

Hay breves anotaciones de Lucilio. Plinio. Columela y Celso (siglo II d. C.) que hablan de sus usos. Los cartaginenses conocían muy bien el hachís que es un producto de la Marihuana o cannabis, definido como la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de cannabis. También menciona que se utilizaba el vino resinato (vino mezclado con cannabis o marihuana). El fumar hachís era casi una excentricidad, pues costaba una fortuna, en cambio, el opio se consideraba un bien básico para el hogar romano. Con la llegada del cristianismo sufrió la desaparición por completo lo mismo que las otras drogas paganas. Su retomo fue al cabo de siete u ocho siglos (García Huerta, 2019)

e) El cannabis en Egipto

El bernavi que era una especie de bebida preparada para degustarla en algunos acontecimientos sociales, tenía como base de su composición las hojas de cáñamo resecadas y reducidas a polvo, su receta incluía normalmente hachís en polvo, pimienta negra y blanca, pelitre, azafrán, rosa aromática, miel espuma y vino aromático (García Huerta, 2019)

f) La marihuana en el mundo árabe

Según René Misael García (2003), aproximadamente a partir de siglo V, el cáñamo forma parte de las prescripciones de los médicos árabes, en el siglo XII, empieza a ejercer influencias en algunas órdenes místicas de Persia. En el año 1155 aparece el hachís en el mundo islámico y se hace parte de su cotidiano vivir, en particular, su uso era casi exclusivo de los sufís (sacerdotes místicos musulmanes). El misticismo de los sacerdotes sufíes procede de los seguidores de Zaratustra uno de los primeros profetas que habla de una religión monoteísta en las tierras del medio oriente, que sobrevivieron a la conquista musulmana, que tuvo lugar entre los siglos VII y VIII d.C. y que sufrieron la conversión al Islam. El cáñamo o marihuana era llamado por los árabes hachís y esta es precisamente la palabra que dio nombre a la secta de los hachíshins, que responden a que en el siglo XI el jeque al-Djebel Hassan Ibn Al-Sabbah funda la orden de los hachíschins, de filiación islamita, que subsistirá hasta ser exterminada por los mongoles. Mantuvo peleas políticas y religiosas que terminaron muchas veces en muertes, que eran pagadas con hachis, lo que le brindó una mala reputación. A partir del siglo XIV, brotes fundamentalistas empezaron a considerar al cannabis como una droga de renegados, propia de infieles y de maleantes. Hasta que el poder católico eliminó esta costumbre árabe (García Huerta, 2019).

Los textos del Corán y de la Sumía que se refieren a la prohibición de todo embriagante atañen al hachís "el hachís está prohibido porque aparta al hombre de las invocaciones del nombre de Dios y de la oración" "...quien considere lícito el hachís es un infiel". Ahora el consumo de hachís es permisible en cinco supuestos que contempla el derecho aplicado: Ingestión en pequeñas dosis, cuando el que lo toma es inmune a sus efectos embriagadores, cuando se usa con fines terapéuticos, entendidos así en ese tiempo como paliativos a los dolores, si se consume al amputar una mano gangrenada, por ejemplo, para remediar el hambre mediante su venta. Se prohíbe venderlo a aquel de quien se sepa con seguridad que lo toma habitualmente para embriagarse, como sucede con la venta de zumo de uva a aquel que hace vino (García Huerta, 2019).

g) El cannabis en la India

En la india, la religión védica antigua veneró la planta denominándola "fuente de felicidad y de vida": las tradiciones brahmánicas posteriores consideran que su uso agiliza la mente, otorga salud y concede valor, así como potencial sexual, la fuente de felicidad es la marihuana desde la perspectiva de esa cultura (García Huerta, 2019).

Es así que, desde tiempos remotos se celebra y conoce el cáñamo en diversas preparaciones, a base de cáñamo era la amrita, bebida de la inmortalidad que en la mitología hindú corresponde a la ambrosia de los olímpicos. Antiguas fuentes sánscritas hablan de las píldoras de la felicidad, un compuesto a partir de cáñamo y azúcar. El cáñamo, denominado charas o bhang, tiene tal importancia que en algunas zonas de la India se utiliza como medio de intercambio, con las mismas funciones que la moneda (García Huerta, 2019).

La historia refiere que con la difusión del budismo se vio a la marihuana o cannabis como un auxiliar para la meditación, de ahí que esta planta ha sido utilizada para los rituales religiosos y se considera como la más sagrada de las plantas. Muchas tradiciones, escritos y creencias budistas indican que el mismo Siddhartha. Buda antes de anunciar las cuatro verdades nobles, estuvo durante seis años utilizando y comiendo únicamente cáñamo y sus semillas, por lo que como se mencionaba antes algunos budistas tibetanos y los lamas consideran al cannabis como la planta más sagrada.

h) El cannabis en Europa

El cannabis llega a Europa en el 1500 a.C. y rápidamente se extiende en términos de su uso no como alucinógeno, si no fibra como, uno de los registros más antiguos del uso de la fibra data del siglo X a.C., se encontró en una urna fúnebre rastros de fibra echa de cáñamo de la localidad de Brandeburgo hoy Alemania. El cannabis era utilizado para múltiples facetas, una entre tantas era la producción de papel, los primeros manuscritos que se conservan son textos de los siglos II y III d. C. Conservados en el British Museum; algunos historiadores demuestran que el papel es una mezcla de corteza y de viejos retazos

de cáñamo, los francos, vikingos, germanos, elaboraron también papel en el año 600. d.C. (García Huerta, 2019).

El primer testimonio de sus propiedades que generan ebriedad se refiere a la población de las estepas Siberianas entre los siglos V y III a.C., Heródoto, historiador y geógrafo griego que vivió entre el 484 y el 425 a. C, describe una especie de sauna donde los persas se arrojaban grandes trozos de marihuana tal vez en forma de hachís sobre piedras calentadas y se embriagan aspirando el humo, como los griegos bebiendo el vino, no está claro si se trataba de fines religiosos o festivos. Ni los griegos ni los romanos cultivaron sistemáticamente esta planta. La obtenían de los celtas desde el siglo VII a. C., existen pipas que indican que las utilizaban para fumar cannabis (García Huerta, 2019).

i) La marihuana en América

Los españoles introducen el cáñamo (marihuana) en Latinoamérica, aunque según algunos estudios plantean que es probable que entrara en tiempos prehistóricos por algunas de las hordas nómadas que pasaron por el estrecho de Bering: o que algún comerciante fenicio hubiese cruzado y hubiese introducido esta planta. Esta era utilizada para fumarla, comerla o utilizarla en tejido de cuerdas, redes, etc. (García Huerta, 2019).

En 1545 se introduce en Chile, los ingleses introducen cáñamo en 1606 en Canadá, en 1611 llega a Virginia, en 1631 el cannabis es utilizado como moneda de cambio entre las colonias americanas, en 1632 los colonizadores llevan cannabis a Nueva Inglaterra, en 1619 se decretó la primera ley sobre la marihuana en América, en la colonia de Virginia, por la que ordenaba a todos los granjeros a cultivar semillas de cáñamo, otras leyes similares fueron decretadas sobre el cultivo obligatorio de cáñamo, en Massachusetts en 1631; en Connecticut en 1632 (García Huerta, 2019).

El cáñamo fue moneda de curso legal en la mayoría de las colonias americanas de los ingleses desde 1631 hasta principios del 1800: para animar a los granjeros a cultivar más, incluso se llegaba a encarcelar a aquellas personas que se negaban a cultivar el cáñamo

durante los periodos de escasez: por ejemplo, en Virginia entre 1763 y 1767. En 1776 la Declaración de Independencia Americana es redactada en papel de cáñamo holandés. Se hicieron copias en pergamino (cuero tratado): este fue el documento que finalmente firmaron los delegados el 2 de agosto de 1776. Sus redactores, los padres de la patria americana, son en su mayoría conocidos consumidores de cannabis. En 1776 una camiseta de algodón costaba de irnos 100 a 200 dólares, mientras que una camiseta de fibra de cáñamo costaba un dólar, la fibra de cáñamo era mucho más barata (Escohotado, 2005)

j) La marihuana en el siglo XX

El cannabis continuó siendo el segundo medicamento más utilizado hasta 1901 cuando es sustituido por la aspirina. En los EEUU es utilizada a comienzos de siglo en los clubes de jazz de Nueva Orleans, pero también comienza una campaña de persecución en el que el cannabis dejará de ser legal.

En este siglo se crea la DEA (Agencia Estadounidense contra el Narcotráfico) que se encargará del control y represión a esta y otras drogas en la década de los noventa la DEA emplea aproximadamente 2000 millones de dólares en programas estatales para erradicar la marihuana.

En 1909, trece naciones del mundo se reunieron en Shangai y constituyeron una Comisión, firmando luego en 1912 el primer tratado de fiscalización de drogas conocido como "Convenio Internacional del Opio de La Haya". Ese mismo año en Italia se publica un Vademecum en el que el cannabis se recomienda para la angina de pecho, asma bronquial y urémica, atonías gastrointestinales, catarro bronquial senil y catarro crónico, cólera, glaucoma, delirium tremens, insomnio, disentería, hemicránea, epilepsia, histeria, impotencia, meningitis, prostatitis, rinitis, tétanos traumático, tos obstinada, úlcera gástrica y hasta hidrofobia, bajo este y para no depender de proveedores egipcios, turcos e iraníes Italia cultivó cannabis especialmente en Nápoles (García Huerta, 2019).

Campanas sensacionalistas de *Journal Mourning* de New York influyeron hacia la prohibición del cáñamo, los periódicos de Hearst (de 1910 a 1920) afirmaban que la mayoría de los violadores negros estaban bajo los efectos de la marihuana, esto siguió así hasta que, en la década de los años 20, se afirmaba indiscriminadamente que los negros enloquecían con la marihuana. También en 1937 un accidente de coche donde se hubiera encontrado algún cigarrillo de cannabis ocupaba todos los titulares durante semanas, de ahí que se comenzó la idea formal de la prohibición, siempre asociando el consumo de la marihuana con las características étnicas y raciales de sus consumidores, que según los medios de prensa eran en su mayoría latinos y afroamericanos (García Huerta, 2019).

En 1911 era prohibido el cáñamo por Sudamérica, como forma de detener a los "insolentes" negros, castigaban y obligaban a los "negros" a dejar de practicar sus cultos y religiones basados en el consumo de marihuana, este mismo año la prestigiosa enciclopedia *Espasa-Calpe*, al comentar el término "cáñamo", mencionaba "la embriaguez especial del hachís", cuya secuela final no va más allá de "un sueño tranquilo sin consecuencias secundarias desagradables", de hecho, hasta bien entrado el siglo XX en cualquier farmacia española podía comprarse extracto de cannabis de forma barata y accesible (García Huerta, 2019).

De 1920 a 1935 se fijó la Ley seca en Estados Unidos lo que propició que se iniciara la etapa del contrabando en medio de mafias, en 1925 en la segunda Conferencia Internacional del Opio en Ginebra se declara el cannabis como un narcótico y se recomienda un estricto control, esto debido a que Turquía y Egipto no firmaban el acuerdo de restricción del opio si el cáñamo no se encontraba tampoco en dicha prohibición, estos dos países alegaban que tenían serios problemas asociados al uso del cannabis. En 1927 se celebró en Valencia el primer congreso nacional sobre el cáñamo, donde se ponía de manifiesto el peligro que corría esta fibra natural por culpa de importaciones de fibras más baratas pero de peor calidad, y se pedía protección por parte del estado español, esto en términos de uso industrial no como agente adictivo ni farmacológico (García Huerta, 2019).

En 1928 el 28 de septiembre, el Acta de drogas peligrosas de 1925 llega a ser ley y el cannabis es ilegal en Gran Bretaña, pese a que por aquel entonces no había ningún problema social con relación al cannabis y su consumo. En España, el tráfico de estupefacientes se regula por el Real Decreto de 30 de abril de 1928, que inspirado en el Convenio Internacional de Ginebra de 1925, fue completado el 13 de noviembre de 1928, en el que se estima como delito agravado contra la salud pública el tráfico de drogas o estupefacientes, se incluye como droga a la marihuana. En la década de los 30, tuvo lugar en esta década la prohibición total de la venta y consumo de marihuana por parte de los EEUU y determina su inclusión en la lista de sustancias meritorias del control internacional, estas determinaciones se centran en estudios tales como una investigación realizada por el fiscal del distrito de Nueva Orleans que afirma, que de 450 condenados por delitos graves, 115 eran fumadores regulares de marihuana, la quinta parte de los condenados por asalto, hurto y robo eran consumidores habituales de esta planta, pese a que este estudio no determina que la marihuana originara o facilitara esos delitos, muestra que la gente que comete delitos graves se inclina también a fumar marihuana, estableciendo así la relación entre el cannabis y la delincuencia, que años anteriores se relacionaba con el tema racial (García Huerta, 2019).

Así se fueron sucediendo un sin número de prohibiciones al consumo de marihuana, a la vez y paralelamente no se dejó de estudiar sus propiedades curativas y farmacológicas, pese a que no se consideraban serios estos estudios, empezaban a ser notados, luego de muchos años de insistencia por parte de científicos y diversas Universidades se tiene que en 1975 la DEA y otras agencias federales de Estados Unidos habían ordenado llevar a cabo investigaciones sobre problemas inmunológicos (cáncer) asociados al consumo de marihuana. En este año tuvo lugar un descubrimiento médico importante y era que el uso del cannabis reducía considerablemente el tamaño de los tumores y no producía problemas de salud. La DEA y el instituto Nacional de la Salud, concedores de este descubrimiento, dejaron de financiar posteriores investigaciones sobre el cannabis y sus usos terapéuticos para curar los tumores. Posteriormente los investigadores de Harvard quisieron evaluar el

papel de la marihuana en el tratamiento de los efectos secundarios de la quimioterapia, pero el gobierno americano prohibió el desarrollo del estudio con marihuana autentica, permitiéndoles hacer el estudio en base a una mezcla sintética parecida a la marihuana, que no logro los resultados esperados.

Luego de muchos estudios realizados, el Tribunal Supremo de Alaska declara que el derecho a la intimidad protege la posesión de cannabis en el hogar, el límite legal para la posesión se fijó en una onza. En ese tiempo ya Estados Unidos se estaba convirtiendo en uno de los mayores productores mundiales de cannabis, lo que explica que el gobierno Americano se mostrase favorable con respecto al cannabis, de ahí que el asesor en temas de drogas del presidente Ford, declara que el cannabis es menos dañino que el alcohol o el tabaco y pide su legalización, pero el presidente Ford bajo presión política y social prohíbe la financiación oficial de investigaciones médicas del cannabis, así la administración Ford, el Instituto Nacional de Estupefacientes (NIDA) y la Administración para el Control de Narcóticos (DEA) anunciaron que no se volvería a permitir a ningún organismo independiente americano llevar a cabo investigaciones sobre derivados naturales de la marihuana o cannabis con fines medicinales (Los científicos y las universidades dejaron de estudiarla). A las compañías farmacéuticas privadas sólo les estaba permitido estudiar el THC (principal constituyente psicoactivo de la marihuana, que fue aislado de la planta bajo un proceso químico y luego se pudo producir en laboratorio), el resto de sustancias del cannabis estaba prohibido. Desde este año el gobierno federal americano, las organizaciones financiadas por la policía y grupos que persiguen intereses particulares no han cesado de afirmar al público, prensa y organizaciones de padres que les consta que hay "clara evidencia" de que fumar marihuana ocasiona graves daños. Aunque todos los estudios que el gobierno americano financió indicaban todo lo contrario. Las estadísticas en ese entonces, descubrieron que no había un solo muerto por sobredosis de marihuana, mientras que 2530 murieron por sobredosis de alcohol, 2700 por sobredosis de barbitúricos y 390 por sobredosis de aspirina (García Huerta, 2019).

El primer americano en recibir cannabis del gobierno dentro del programa Investigational New Drug (IND) fue Robert Randall, enfermo de glaucoma, que había sido arrestado por cultivar la marihuana que usaba para tratarse de su enfermedad. Se defendió alegando "necesidad médica" y ganó, forzando al gobierno de los EE.UU. a encontrar un sistema legal de conseguir marihuana.

En los años 90 seguían las prohibiciones al consumo indiscriminado de marihuana y son muy pocos los Estados que reconocen el uso terapéutico del cannabis, nace en Barcelona la Asociación Ramón Santos de Estudios sobre el Cannabis (ARSEC); esta organización busca la despenalización de este cultivo para poderlo usar en el tratamiento médico (Escohotado, 2005).

Ya en los años 2000, el informe de la ONU sobre la droga destacó que la producción de hoja de coca y la manufacturación de cocaína cayó 20 por ciento entre 1992 y 1999, mientras la producción de opio descendió el 17 %, siendo los mayores productores Afganistán, Myamnar (ex Birmania) y Colombia, este mismo informe manifiesta que, alrededor de 180 millones de personas consumen algún tipo de droga en el mundo, es decir 3% de la población total, proporción que se eleva a 4.2 cuando se toma en cuenta a los menores de 15 años, la marihuana según este mismo informe es consumida por 144 millones de usuarios, seguida de las anfetaminas (29 millones), cocaína (14 millones) y opiáceos (13.5 millones) (Escohotado, 2005).

2. LA EVOLUCIÓN DEL NARCOTRÁFICO EN EL MUNDO

La mayoría de las drogas que actualmente se consideran ilegales no lo eran originalmente, la prohibición de su uso se dictaminó después de que se hicieron evidentes los efectos y daños a la salud de los consumidores. La cocaína, la heroína, la marihuana, son ejemplos de lo anterior, y por tanto las barreras a la producción, venta y consumo que recaen sobre estas sustancias, sientan el fundamento principal del comercio ilegal considerado narcotráfico. El establecimiento y crecimiento de los grupos que iniciaron el comercio

ilegal puede tener raíces diferentes, pero el objetivo siempre es el mismo, ganar dinero, lo que continúa aumentando y la necesidad de abrir más mercados ilegales, que genera la consecutiva persecución legal que prohíbe esta comercialización y el uso de sustancias consideradas nocivas para la salud.

En tal sentido, el trabajo desplegado para prevenir el consumo de drogas ilegales se ha realizado por diferentes países y organizaciones, lo que derivó en políticas de prohibición. A pesar de que este es un problema de orden mundial, cada Estado se responsabiliza del derecho a la salud de acuerdo con la estructura de sus normas jurídicas, su potencial para el cuidado de la salud, idiosincrasia de su gente, etc., siguiendo una política propia de prevención y lucha contra el narcotráfico, por lo que el nivel de consumo de los distintos tipos y formas de drogas en los diferentes países mostró notorias diferencias así como el comportamiento de los traficantes y productores de este tipo psicotrópicos.

En la sociedad actual, la percepción sobre el consumo de drogas cambió y el problema de la drogadicción se hizo cada vez más importante. Este tema parece relevante en relación con el consumo de morfina, heroína, así como la cocaína, que fue muy utilizada en los hospitales de campaña durante la Primera Guerra Mundial para mitigar el dolor, es decir algo que antes ayudaba a sobrellevar el dolor, paso a ser una sustancia que generaba deterioro de la salud, lo que desembocó en que el consumidor se convirtió en una carga para la sociedad por su estrecha vinculación con la delincuencia que era consecuencia de la necesidad de adquirir la sustancia (Casas, 2011)

Así, los Estados liberales europeos no desarrollaron una legislación sobre el consumo de drogas hasta 1868 que, en Inglaterra se dispone que el opio únicamente se podía expender en farmacias y ninguna otra droga de esa naturaleza tenía este privilegio (Casas, 2011)

El incremento mundial del consumo de drogas desde la década de 1970 y especialmente desde la década de 1980 ha permitido que América Latina ingrese a este gran negocio. Cuando estalló la crisis de la deuda externa y la economía latinoamericana entró en una marcada recesión, los gobiernos regionales buscaron soluciones para superar el problema.

Una de las principales estrategias fue aumentar las exportaciones, en la década de 1980 ningún producto de exportación ofrecía mejores perspectivas que las drogas ilícitas como la cocaína, impulsadas por una demanda externa muy fuerte. Ya en septiembre de 1985 el entonces presidente de Perú Alan García, en un documento que leyó ante las Naciones Unidas, afirmó: “La única materia prima que ha aumentado su valor es la cocaína. La única empresa transnacional exitosa creada en nuestros países es el narcotráfico. El esfuerzo más logrado de integración andina lo han hecho los narcotraficantes. Pero, esto, señores representantes ¿a qué se debe? Según la economía liberal, la producción se regula por la demanda, y es un hecho que, en el tema de la droga, el principal mercado de consumo es el de Estados Unidos”, de ahí el impacto económico que causaba la venta ilegal de drogas (Del Olmo, 2011)

Desde que se convirtió en un problema el consumo, los diagnósticos de distintos administradores y organismos oficiales norteamericanos fueron el considerar que el problema no sólo se presentaba como una cuestión de salud pública sino de seguridad nacional, de ahí que Casas (2011), manifiesta que: “El especialista Ethan A Nadelman, académico, miembro fundador de la Drug Policy Foundation, sintetizó los objetivos principales de esta guerra y la política de drogas de Estados Unidos, en los siguientes términos :

1. Eliminación de las drogas antes de que alcancen la frontera de Estados Unidos, lo cual incluye la reducción de la producción de opio, coca y marihuana por medio de una combinación de incentivos y sanciones, destrucción de las siembras antes de ser cosechadas, captura de las drogas en los diferentes puntos del proceso de refinamiento e interdicción de las drogas antes o a medida que ingresan a Estados Unidos (Casas, 2011).
2. Detención, enjuiciamiento, encarcelamiento de los traficantes de drogas y confiscación de sus bienes. La producción de drogas en el exterior y su comercialización en territorio norteamericano serían un factor desestabilizador del sistema político, de ahí que durante la administración de Ronald Reagan y sobre

todo desde 1985 se venía desarrollando una política agresiva en la región andina, con el apoyo económico y en equipos, material técnico y militar norteamericano. Esta política consistía en la eliminación de cultivos, supresión de laboratorios, etc., con varias operaciones en Bolivia y Perú fundamentalmente en cuanto a coca se refiere (Casas, 2011).

Con el presidente George Bush y más precisamente desde septiembre de 1989 es cuando se anuncia oficialmente el “Plan Bennet” y se diseña una nueva política de interdicción, represión y militarización en el proceso de la “guerra contra las drogas” dentro del territorio latinoamericano. La justificación de esta política es el considerar que la responsabilidad por el aumento del consumo lo tienen los países productores, y pensar que los orígenes del problema están en el lado de la oferta. Por tal motivo la estrategia norteamericana ha sido la supresión en la fuente; lo que ha ocasionado la intensificación de la intervención militar en la región andina (Casas, 2001).

En el caso concreto de Bolivia, a partir de los años 80 se marcó un acontecimiento de dramática y decisiva trascendencia histórica para la realidad social, económica y moral del país; se inició el crecimiento del narcotráfico como un negocio de expansión inesperada. Si bien este fenómeno comenzó a darse a principios de la década de 1970, período en el que comenzaron a crecer los grupos dedicados a este negocio ilícito, fue en realidad en la década de 1980 y particularmente durante el gobierno militar de Luis García Meza, cuando se produjo la verdadera expansión del narcotráfico. Varios organismos internacionales y miembros del propio Congreso de los Estados Unidos han acusado oficialmente al ministro de García Meza, Luis Arce Gómez, de estar involucrado en operaciones de narcotráfico (Robles, 2018).

El cultivo tradicional de coca en la zona de Yungas de La Paz para el consumo tradicional de campesinos y mineros, comenzó a expandirse en esos años al norte de Santa Cruz, al departamento del Beni y, finalmente (a mediados de la década de 1980), a la zona del Chapare de Cochabamba. Se estima que en Bolivia se produjeron más de 103.000

toneladas de coca en 1985, más del 80% se destinó a la fabricación de cocaína. Cerca de 200.000 personas están involucradas en el tráfico de drogas, ya sea cultivando, pisoteando para obtener la pasta base o comerciando directamente con las drogas. Se estima que cerca del 10% de la población está directa o indirectamente ligada al narcotráfico económico, el cual, según estimaciones variables, se movía entre 600 y 3.000 dólares al año en 1985 (Robles, 2018).

El problema del narcotráfico es sin duda uno de los más preocupantes y graves que enfrenta el país y en ese tiempo era el más complejo, pues socavaba su tejido moral y la corrupción aumentaba considerablemente. También tiene un gran impacto en la economía. Se estimó que la coca representaba el 12% del PIB en 1980, pero este porcentaje cayó al 2,7% del PIB en 1993, lo que indica una disminución progresiva del impacto económico de la coca ilícita en la economía del país en general. Un problema adicional que llena el círculo negativo es el espacio abierto para el autoconsumo, que se tornó peligroso en las décadas de 1980 y 1990, lo que generó no solo el consumo de cocaína sino también de otras sustancias tales como la marihuana que era comercializadas en el medio (Robles, 2018). Este problema debe ser manejado multilateralmente porque el ciclo del narcotráfico tiene dos extremos, producción y consumo. En cualquier economía, mientras haya alguien dispuesto a pagar por un producto en alguna parte, siempre habrá alguien dispuesto a fabricarlo. En el camino hay redes de arbitraje que enriquecen a la mafia y generan crimen y violencia sin límites, aspecto que perjudica el uso racional de algunas sustancias que pueden beneficiar la salud y bienestar de personas enfermas que necesitan aliviar sus dolores.

**CAPITULO III:
FUNDAMENTO
TEÓRICO Y
CONCEPTUAL**

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1. EL FUNCIONALISMO COMO ELEMENTO DE ANÁLISIS TEÓRICO

El funcionalismo es una corriente metodológica que se desarrolla básicamente en la segunda mitad del siglo XX y que se extiende por los ámbitos de la antropología, la sociología, la psicología, la política, la filosofía, el derecho, etc., El método funcionalista se propone como objetivo la comprensión y explicación de las estructuras sociales, no a partir de su origen histórico y de sus peculiaridades espaciales (geografía) y temporales, sino tomando como punto de partida la observación, análisis y estudio de las funciones que realizan las estructuras sociales dentro de la sociedad o en parte de ella (MEEHAN, 1973).

En primer lugar, explican la persistencia de las prácticas sociales haciendo referencia a efectos (con frecuencia no deseados) que son beneficiosos para el equilibrio o la integración del sistema social en el que se encuadran dichas prácticas. En segundo lugar, el funcionalismo reconstruye el concepto de racionalidad: presupone que en ciertas prácticas aparentemente irracionales pueden ser inteligibles cuando se captan sus funciones sociales. En tercer lugar, el funcionalismo utiliza el concepto de requisitos funcionales. El argumento suele ser que tales requisitos han de cumplirse para que sobreviva una sociedad determinada o, de forma alternativa, que ésta funcione de manera que esas necesidades tiendan a satisfacerse.

1.1.1. LAS ESCUELAS DEL FUNCIONALISMO

Se puede mencionar las siguientes:

a) El primer funcionalismo

El funcionalismo como escuela independiente no aparece sino hasta el siglo XX, pero el desarrollo funcionalista, en sí, es mucho más antiguo. Muchos de los llamados

“padres de la sociología” intentaron explicar los fenómenos sociales mediante analogías con el ámbito biológico. Spencer y Durkheim funcionalistas, consideraban que la sociedad era un todo orgánico en el que los diferentes subsistemas o prácticas tienen la función de manejar la entidad mayor en la que están inmersos. Este concepto de sociedad como entidad orgánica se convirtió en un rasgo crucial del argumento funcionalista en el siglo XX. Así mismo, las teorías funcionalistas del siglo XX reconstruyen la historia a partir de la intensificación de la complejidad, la compartimentación y diferenciación entre sistemas (CALDERON HERNÁNDEZ, 2001).

b) Corriente funcionalista de Emile Durkheim

Esta corriente señala que existe una serie de funciones indispensables para la supervivencia de una determinada sociedad, entre ellas la producción de bienes la distribución, la reproducción cultural, entre otras. Ha sido considerada por algunos críticos “una corriente de la burguesía” (ESTRUCTURAL FUNCIONALISMO BLOGSPOT, 2009), cuya finalidad es sostener el sistema capitalista, o por lo menos de la clase media alta.

Los orígenes de esta corriente se deben a Emile Durkheim, el funcionalismo plantea que el propósito de la sociedad es el mantenimiento del orden y la estabilidad social, y que la función de las partes de una sociedad y el modo en que estas están organizadas, la estructura social, serviría para mantener ese orden y esa estabilidad.

c) La Escuela de Talcott Parsons

La teoría funcionalista de Parsons no simpatizaba con una concepción positivista de las ciencias sociales. Hizo hincapié en lo erróneo de esta postura, porque no creía que recogiera el carácter intencionado de la acción humana, lo que se necesita es una teoría que tenga en cuenta el hecho de que las personas tienden a un objetivo y que, al mismo tiempo, están condicionadas. Parsons desarrolló su “teoría general de la acción” cuyo objetivo era aportar un marco teórico que conjugara diversas disciplinas de las ciencias

sociales: sociología, política, psicología y economía. En esta teoría es esencial el concepto de “sistema”; para él un “sistema de acción” tiene que ver con una organización duradera de la interacción entre lo que dominaba un “actor” y una “situación”. El actor puede ser un individuo o un grupo y la situación pueden o no incorporar a otros “actores”. Señaló que todo sistema tiene tres características. La primera es su relativa estructuración. Parsons sostenía que en el ámbito social las pautas relativas a los valores y lo que él denominaba “las variables patrón” contribuyen a la naturaleza estructurada del sistema. La segunda se basa en que la pervivencia de ese sistema precisa del cumplimiento de ciertas funciones (CALDERON HERNÁNDEZ, 2001).

d) La escuela de Robert Merton

La propuesta funcionalista de Merton se basaba en sus críticas a esta trinidad de postulados funcionales. En primer lugar, él abandona la idea del primer funcionalismo según la cual vivimos en el mejor de los mundos posibles. Merton hizo hincapié en que la función de una práctica es un efecto observable y que, por tanto, hay que distinguirla de la motivación que subyace en dicha práctica. Es evidente que algunas prácticas tienen funciones que son las que pretenden y reconocen los individuos afectados. Merton las denominó “funciones manifiestas”. Sin embargo, hay otras que no son ni intencionadas ni reconocidas por los individuos que las realizan y Merton las llamó “funciones latentes”.

e) El neofuncionalismo de Niklas Luhmann

El neofuncionalismo presta atención a las interconexiones que existen entre los diversos componentes del sistema social. Se basa en una gran variedad de fuentes que van desde la teoría general de sistemas hasta el estructural funcionalismo de Parsons, pasando por la antropología filosófica de Gehlen y la fenomenología. Luhmann también establece analogías entre el mundo social y otros ámbitos; de ahí su interés en la teoría de los sistemas autoorganizativos. Su punto de partida es el sistema, cuyo funcionamiento sólo puede entenderse del todo, para este autor, si se considera la

relación que mantienen con su medio. La principal afirmación de Luhmann es que los sistemas suelen reducir la complejidad del medio en el que están inmersos (CALDERON HERNÁNDEZ, 2001).

1.2. LA MARIHUANA

La marihuana es una planta herbácea, angiosperma. dicotiledónea del orden de las urticales y de la familia de las canabáceas. El nombre científico de la planta es "cannabis sativa", de la familia de los canabinoides, su nombre significa cannabis (cáñamo).

Respecto al campo de estudio que se está abordando, se puede determinar que el cáñamo o marihuana es cultivada por su tallo, que proporciona una excelente fibra textil, y por sus semillas; y principalmente el cáñamo índico o indio, variedad de *cannabis sativa*, de la que se obtiene el hachís que es una sustancia preparada con las hojas y las flores, que se fuma mezclada con tabaco y produce efectos alucinógenos (Molina, 2008).

El cáñamo, es una planta que alcanza varios metros de altura, el que esta variedad de cáñamo sea narcótica, parece que se debe a simples condiciones climatológicas, puesto que sólo en regiones de África y Asia, de clima parecido, se da libremente.

El cáñamo indio, es más pequeño que el cáñamo común –*cannabis sativa*–, crece en casi todas las latitudes, pero, en ciertas regiones, es una planta muy resistente; se ha visto florecer en Nueva York, en París y Berlín, sembrada clandestinamente por los usuarios del hachís.

En realidad lo que se conoce como marihuana no es tanto la planta como tal sino son las hojas del cáñamo y flores secas de la planta que tiene un contenido de THC, tetrahidrocannabinol, que es el principal producto activo que actúa sobre el cerebro y que, por tanto, es el motivo por el cual algunas personas lo consumen, que va desde el 4% hasta el 20% dependiendo de la planta, o bien la resina que se adquiere en forma sólida como tabletas o bolas que es lo que denominamos hachís (cuyo contenido va del

15 al 30% de THC) o bien aceite de hachís (más del 50% de THC) que es una forma poco habitual de conseguirlo, estos dos últimos son ya productos que se elaboran de forma artificial y en función a procesos químicos (Calafat, 2011).

En 1964 que los bioquímicos israelíes R. Mechoulan y Y. Gaoni aislaron al principal ingrediente psicoactivo de la planta de la marihuana: delta-9 THC. o delta-9-tetrahydro-cannabinol. El THC se concentra en un orden decreciente en la resina, flores y hojas y prácticamente no se encuentra droga en el tallo, raíces o semillas. La resina además del THC también contiene otras sustancias muy similares, pero no psicoactivas que son el Cannabidiol (CBD) y el Cannabinol (CBN). Estas sustancias parecen ser las que determinan el olor y el sabor de la resina. La planta de marihuana contiene más de 400 compuestos químicos, de los cuales 60 son cannabinoides que on los compuestos psicoactivos que se extraen de la planta cannabis. o producido; en el organismo después de la ingestión y metabolizado del cannabis. La cantidad de THC varía entre 1 y 4% en los cultivos americanos y de 5 a 15% en las plantas asiáticas más resinosas. En las variedades genéticamente desarrolladas por lo general se busca que los valores sean los más altos posibles, en términos generales, esta es la droga menos expuesta a sufrir adulteraciones (García Huerta, 2019).

1.2.1. DERIVADOS DE LA MARIHUANA

El cannabis puede encontrarse en tres formatos (FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD, 2012):

HACHÍS: Se elabora prensando la resina de las flores de la planta hembra, la resina tiene un color marrón y se presenta en bloques, formando una bola o placa. Tradicionalmente el hachís contenía proporciones mucho más altas de THC que la marihuana, aunque hoy en día debido al autocultivo y a la poca calidad del hachís, es común encontrar marihuana más psicoactiva. Suelen contener entre un 10% y un 20% de THC. Los adulterantes más comúnmente utilizados son henna, goma arábiga, leche condensada o clara de huevo

MARIHUANA: Flores y hojas de la parte superior de la planta Cannabis Sativa. La cantidad de THC puede oscilar entre un 6% y un 14%.

ACEITE: Concentrado líquido que resulta de la mezcla de resina con disolvente (acetona, alcohol o gasolina) el cual se evapora en parte. Tiene un color marrón oscuro. Los índices de THC son los más elevados oscilando entre un 15% y un 60%.

1.2.2. EFECTOS DEL CONSUMO DE LA MARIHUANA

a) Efectos psicológicos

La forma de administración más habitual entre los usuarios recreativos de cannabis es fumar distintas cantidades de hachís o marihuana mezclados con tabaco. Con esta vía, los primeros efectos tardan unos pocos segundos en manifestarse y se mantienen durante 1 a 2 horas. La naturaleza y la intensidad de los efectos están en relación con la dosis administrada y la riqueza en cannabinoides del hachís o la marihuana utilizados. Suele afirmarse que el hachís es más potente que la marihuana, a la hora de valorar los efectos, es importante tener en cuenta otros factores, como la frecuencia de uso (ya que el cannabis induce tolerancia farmacológica con el uso habitual, lo que obliga a incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) (Maldonado, 2002), la personalidad del usuario y el entorno y las circunstancias en las que se realiza el consumo. La vía de administración oral produce un inicio más gradual de los efectos, que se mantienen durante 3 y 4 horas.

Los efectos agudos psicológicos del cannabis incluyen una modificación general del estado de consciencia, caracterizado por hilaridad, relajación, mayor fluidez de ideas que produce un pensamiento creativo, filosófico y profundo, sensación corporal agradable, con un incremento de la conexión entre la mente y el cuerpo, e incremento de la percepción sensorial visual, auditiva y gustativa. Con algunas variedades es posible experimentar alucinaciones visuales (habitualmente patrones visuales de tipo geométrico con los ojos cerrados). También puede aparecer un retardo psicomotor y una interrupción de la memoria lineal (dificultad para seguir el hilo del pensamiento).

Orgánicamente, es frecuente la aparición de taquicardia, hipotonía muscular, sequedad bucal, disminución de la presión intraocular e hiperemia conjuntival (Caudevilla Gállico, 2018).

Tabla 1: EFECTOS DEL CANNABIS

AGRADABLES	NEUTROS	DESAGRADABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Elevación del humor, euforia • Hilaridad • Relajación, disminución del estrés • Pensamiento creativo, filosófico o profundo • Incremento de la percepción a través de los sentidos • Sensación corporal agradable, incremento de la conexión cuerpo/mente • Alivio del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio general en el estado de conciencia • Lentitud • Alucinaciones visuales con los ojos cerrados • Interrupción en la memoria lineal • Pensamiento acelerado • Alteración en la percepción del tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, agitación • Pensamientos paranoicos u obsesivos • Mareo • Confusión

Fuente: Caudevilla Gállico, F. (2018). Efectos psicológicos del cannabis. España: IMSALUD.

b) Efectos Físicos de la Marihuana

El THC que contiene la marihuana en sus diversos niveles y concentraciones, presenta básicamente los siguientes síntomas más comunes:

- Sequedad de garganta, que desemboca en sed.
- Enrojecimiento del blanco de los ojos, o conjuntiva, debido a la dilatación de los capilares oculares.
- Dilatación de pupilas. En consumidores empedernidos, los ojos sufren un amarilleamiento remanente (debido a esta dilatación capilar casi constante) que puede alargarse mucho tiempo después de dejar de consumir.
- Aceleración del pulso, o taquicardia.
- Reducción de la presión intraocular, benéfica para los enfermos de glaucoma.

- Dilatación bronquial y de los bronquiolos.

Estudios en Australia durante el 2008, han asociado el uso frecuente y prolongado de marihuana con anormalidades en el cerebro. Esto está respaldado por una investigación anterior sobre los efectos a largo plazo de la marihuana, lo cual indica que hay cambios en el cerebro, similares a aquellos causados por el consumo prolongado de otras drogas más importantes. Y varios estudios han mostrado la conexión entre el uso continuo de la marihuana y la psicosis (Fundación por un Mundo Libre de Drogas, 2006).

La marihuana cambia la estructura de las células del esperma, deformándolas. Además, pequeñas cantidades de marihuana pueden causar esterilidad temporal en el hombre, el uso de la marihuana puede alterar el ciclo de la menstruación en la mujer. Por otro lado, algunos estudios demuestran que las funciones mentales de personas que han fumado gran cantidad de marihuana tienden a disminuir, el THC del cannabis afecta las células nerviosas del cerebro, lo que a su vez afecta a la memoria; el cannabis es una de las pocas drogas que causan la división anormal de la célula, lo cual conduce a graves defectos hereditarios. Una mujer embarazada que fuma regularmente marihuana o hachís puede dar a luz prematuramente un bebé de menor tamaño y con menos peso de lo normal. En los pasados 10 años, muchos hijos de adictos a la marihuana han nacido con una iniciativa reducida y capacidades disminuidas en cuanto a concentrarse y dedicarse al logro de las metas en la vida. Los estudios también sugieren que el consumo prenatal de la droga puede resultar en defectos de nacimiento, anormalidades mentales y un mayor riesgo de leucemia 1 en los niños (Fundación por un Mundo Libre de Drogas, 2006).

c) Consecuencias producidas por el consumo de Marihuana

Aumento en el riesgo de afecciones respiratorias, náuseas, insomnio, irritabilidad, ansiedad, síndrome amotivacional, dependencia psicológica. Según datos del doctor Donald Tashkin de la Universidad de California, puede haber riesgo para la salud de los pulmones si se fuman 16 o más cigarrillos de marihuana al día, a causa de una

posible hipoxia debido al exceso de humo y defecto de oxígeno, no se conoce ningún caso de cáncer pulmonar provocado por la marihuana (García Huerta, 2019)

Sin embargo, la Marihuana puede producir distintos efectos en los usuarios, alguno se puede sentir relajado, otro alocado, tal vez un tercero desorientado lleno de sensaciones fluctuantes y pensamientos desagradables, un cuarto puede quedar como un zombi, todo esto depende, en gran parte, de características específicas de las personas como peso, alimentación, estado de salud, tolerancia, etc. por mencionar algunas que no involucren el aspecto social (AZUELA & VIDAL, 1995).

1.2.3. USO TERAPÉUTICO O MÉDICO DE LA MARIHUANA

La marihuana se ha utilizado como medicamento en algunas sociedades en tiempos pasados para curar las más diversas enfermedades, en Europa, su uso terapéutico se reduce a un período del siglo XIX en Inglaterra, debido al contacto que tienen los médicos ingleses con la India, en la actualidad algunos países europeos que están investigando sobre aspectos terapéuticos de los cannabinoides –que son los derivados sintéticos del THC–, se están enfocando a su uso como antiemético (en tratamientos a cancerosos con quimioterapia), en esclerosis múltiple y como analgésico (Calafat, 2011).

De acuerdo a Dörr Álamos (2013), un estudio denominado Los cannabinoides en la medicina: una revisión de su potencial terapéutico, se analizó los ensayos clínicos hechos con el uso terapéutico de marihuana por investigadores de todo el mundo hasta Julio de 2005, y se encontró que en 72 de los ensayos clínicos se podía ver que los cannabinoides, (principio activo de la marihuana), tenía efectos beneficiosos en la salud de las personas en condiciones que fuesen controladas, dichos beneficios apuntaban a lo siguiente: aumento del apetito, analgésico, tratamiento para la esclerosis múltiple, tratamiento del Síndrome de Tourette, epilepsia, glaucoma y también como antiemético, es decir evita náuseas por quimioterapia (Dörr Álamos, 2018).

Ahora en función a una recopilación de la información referente a los beneficios del uso de la marihuana se puede establecer que, estudios realizados en Estados Unidos desde 1971 hasta 2009, con 33 ensayos clínicos controlados científicamente, muestran que la marihuana podía tener efectos beneficiosos en condiciones médicas específicas. En esta investigación, en que participó un equipo de la Universidad de Washington, se planteó que la marihuana, como analgésico, era una droga segura y de poco riesgo, el estudio también concluye que la marihuana sigue siendo ignorada por la comunidad médica, a pesar de que muchos doctores la recetan a sus pacientes (Calafat, 2011).

Estos efectos pueden ser mejor catalogados si se los estudia de manera separada, por tanto, se puede hacer la siguiente descomposición del estudio (García Huerta, 2019):

a) Glaucoma

La medicina moderna ha experimentado con la marihuana para aplicarla en el tratamiento del glaucoma. El ojo bajo estas circunstancias de anomalía, tiene demasiada presión, causando un dolor fortísimo. La planta reduce la presión sobre el ojo, dilatando los vasos sanguíneos, y disminuyendo así el dolor causado por la presión, frenando el proceso degenerativo. En el glaucoma, una enfermedad causada por una elevada presión ocular que puede conducir a la ceguera, el THC facilitaría el flujo de los fluidos oculares, ayudando a disminuir la presión (García Huerta, 2019).

b) Cáncer

En los pacientes de cáncer se utiliza la THC para disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia, específicamente los vómitos, pérdida de apetito y las náuseas, esto debido a que, la marihuana anula la actividad del centro cerebral responsable de los vómitos, alivia las náuseas que padecen estos pacientes durante la terapia. Los médicos del centro de tratamiento de cancer de Sidney Faber en Boston, descubrieron que, entre sus pacientes jóvenes, los que fumaban marihuana sufrían menos nauseas después del tratamiento químico (García Huerta, 2019).

c) Sida

También para pacientes de SIDA el uso de la marihuana es un apoyo, evita las náuseas, vómitos y pérdida de apetito provocados por esta enfermedad y su tratamiento con AZT y otras sustancias, así la marihuana podría ayudar a conocer un verdadero desarrollo en los tratamientos de cáncer (Quimioterapia) y del Sida (AZT) porque permite que los enfermos estén fuertes y vigorosos gracias a su alimentación que no rechazarían sin cesar (García Huerta, 2019).

d) Epilepsia

La marihuana previene ataques epilépticos en algunos pacientes, pero es un porcentaje reducido de personas que tiene esta reacción ante el consumo de marihuana (García Huerta, 2019).

e) Dolor

Unas sustancias del sistema nervioso similares a los cannabinoides están implicadas en el mecanismo natural de transmisión del dolor, actuando como filtros que deciden si se debe disparar o no una señal de dolor, cuando una zona del organismo resulta dañada, los tejidos que la rodean liberan de modo natural compuestos cannabinoides y de ellos depende que la sensación se emita o no hacia el cerebro, según un estudio que Daniele Piomelli. del Instituto de Neurociencias de San Diego (EE UU) ha publicado en la revista Nature News Service explica que el hachís y la marihuana poseen propiedades analgésicas y abren el camino a la síntesis de fármacos contra el dolor derivados de los cannabinoides que carezcan, de sus propiedades psicotrópicas (García Huerta, 2019).

f) Esclerosis

Se podría concluir que el argumento más fuerte a favor de la legalización de la marihuana, tiene relación con los efectos beneficiosos que produce en sujetos con esclerosis múltiple, ya que algunos estudios muestran que cinco, de los seis procesos controlados de pacientes con esclerosis múltiple, mostraban una reducción de la espasticidad o rigidez muscular y una mejoría en sus movimientos. Al respecto, cabe

agregar que fueron los investigadores de Los Ángeles quienes demostraron como el THC componente de la marihuana, en combinación con el CBD (cannabidiol) puede proporcionar una ventaja terapéutica para los síntomas de la esclerosis. En dicho estudio se abordaron también los efectos secundarios como la intoxicación y la angustia, por lo cual ellos alertan que se debe tener cuidado y administrarse bajo estricta observación.

1.3. EL TRÁFICO DE MARIHUANA

Si bien calcular el volumen del mercado de las drogas a nivel mundial es demasiado complejo, las últimas estimaciones de la ONU indican que las ventas minoristas pueden llegar a unos 320.000 millones de dólares americanos, de ahí que se calcula que en los países de sud Américas, los ingresos anuales provenientes de las drogas ascienden a alrededor de 150.000 millones de dólares (Organización de los Estado Americanos, 2012), así se puede observar que el narcotráfico es una de las actividades delictivas más lucrativa y que mayor movimiento económico genera.

en función a la marihuana y su tráfico, el informe de la OEA (2012), plantea que el valor del mercado minorista de cannabis están contenidas en el Informe Mundial sobre las Drogas de 2005y alcanza a 141.000 millones de dólares americanos, siendo el mercado de los Estados Unidos quien genera un poco menos de la mitad de este monto (\$64.000 millones) (Organización de los Estado Americanos, 2012).

Se estimó que el mercado sudamericano es pequeño en cuanto a su valor y alcanza 4.200 millones de dólares. En general, las estimaciones en base a la oferta son probablemente menos útiles cuando se trata de un producto como la marihuana, que se puede producir casi en cualquier lugar, incluso bajo techo, que, a diferencia de la coca y la amapola, que se producen al aire libre, en áreas limitadas y en condiciones geográficas específicas.

Mediante el uso del enfoque basado en la demanda, un informe de la Oficina Nacional de Políticas para el Control de las Drogas, de Estados Unidos, calculó que el valor del

mercado de marihuana minorista en los Estados Unidos, en el año 2000, ascendió a aproximadamente \$11.000 millones, aunque otros estudios que utilizan el enfoque basado en la demanda han estimado que el valor del mercado minorista de marihuana en Estados Unidos fue de aproximadamente 20.000 millones de dólares para el 2012

Estos datos numéricos y económicos que representan el tráfico de marihuana en el mundo, están relacionados a un importante crecimiento de su consumo el mismo que se incrementó durante los años 60 y 70 que afectó sobre todo a estudiantes y a jóvenes con medios económicos altos. Pero durante los años 80 vuelve a bajar su uso de forma muy significativa, aunque posteriormente, desde principios de los 90, incremento su consumo nuevamente (Calafat, 2011), lo que lleva a pensar que se trata de un fenómeno muy cambiante y sensible a las cuestiones culturales y al entorno en el que se desarrolla.

el estudio de Calafat (2000), muestra que bajo la cuestionante de que si se ha probado alguna vez en la vida marihuana la población en general en Europa, responde que si entre un 10% y un 30%, en España este porcentaje es del 24,4% según el estudio, y respecto a las frecuencias de consumo referidas a los adultos jóvenes (de 16 a 34 años) un 17,3% lo habrían consumido durante el último año, lo que muestra su incidencia en la población, es decir la facilidad de consumo y su frecuencia, si bien es cierto el estudio referido esta realizado en Europa y fundamentalmente en España, la realidad de otras regiones del mundo no es diferente.

Otro aspecto importante desde la perspectiva de la salud pública no es tanto que lo haya probado tanta gente sino que se empieza a consumir a temprana edad, en la adolescencia (la media de inicio en la población escolar de secundaria de 14 a 18 años es de 14,5 años) y que el consumo siga, cada vez más, patrones de uso frecuente (desde una vez al mes a varias veces al día) puesto que esto es lo que se ha demostrado que puede tener más consecuencias a corto y largo plazo (Calafat, 2011).

En esta perspectiva es posible afirmar que, el tráfico de marihuana está mucho más extendido que el de la heroína y cocaína, es así que si se recurre a datos históricos, se

tiene que, en 1996 se decomisaron mil 376 toneladas de plantas de cannabis 2547 toneladas de hierba de cannabis (marihuana) y 813 toneladas de resina de cannabis (hachís), en total más de 4700 toneladas de productos de cannabis mucho más que las 315 toneladas de cocaína o las 28 toneladas de heroína decomisadas ese año (García Huerta, 2019).

De los decomisos mundiales de marihuana, el 69% se hicieron en América, de los cuales el 52% se decomisó en América del Norte: el 13% en África. 11% en Europa y el 7% en la región de Asia y el Pacífico.

En este contexto se puede señalar que de acuerdo a la clasificación realizada por la Organización Mundial de la salud el año 2000, la relación entre los consumidores de diversos tipos de drogas, es la siguiente:

Tabla 2: CONSUMIDORES DE DIVERSOS TIPOS DE DROGAS

DROGA	CANTIDAD DE CONSUMIDORES
Heroína	8.000.000
Cocaína	13.300.000
Alucinógenos	25.500.000
Anfetaminas	30.200.000
Marihuana	141.200.000
Sedantes	227.400.000

Fuente: OMS informe 2013

En este contexto y para poder diferenciar las “cualidades y características “ de las diferentes drogas que circulan en el medio, y relacionar estas con el tráfico de la marihuana, se tiene el siguiente dato:

Tabla 3: COMPARACIÓN ENTE LAS DISTINTAS DROGAS EXISTENTES

TIPO DE DROGA	EFFECTOS A CORTO PLAZO	EFFECTOS A LARGO PLAZO	DEPENDENCIA Y TOLERANCIA	USOS MÉDICOS	CATEGORÍA Y EFECTOS SOCIALES
Alcohol	Relajamiento, pérdida de inhibiciones, euforia, habla irregular, y reflejos psicomotores.	Daños a los tejidos del cuerpo, especialmente Hígado y cerebro; úlceras, obesidad, impotencia, delirium tremens, etc. Muerte.	Física y Psicológica. Sí hay tolerancia.	Ninguno	Legal y es droga de conflicto social y clínico
Nicotina	Actúa como estimulante y relajante.	Enfisema, enfermedades del corazón, cáncer a los pulmones, garganta y boca.	Física y Psicológica. Sí hay tolerancia.	Ninguno	Legal y es droga de conflicto clínico y social
Marihuana	Relajamiento, alteración de percepciones	Problemas similares a los del tabaco por uso crónico, alteraciones cognitivas.	Psicológica. Sí hay tolerancia.	Uso experimental contra el cáncer, glaucoma, SIDA, esclerosis, asma, etc.	Ilegal y es droga de conflicto social

Sedantes. incluyendo Barbitúricos	Relajamiento, somnia, falta de coordinación, perdida de juicio y autocontrol.	Pereza e irritabilidad, de mucho peligro si se combinan con otras drogas. Muerte	Física y Psicológica Si hay tolerancia	Para insomnio, tensión, presión arterial alta.	Legal, sólo con receta. Droga de conflicto clínico
Narcóticos (derivados del Opio)	Anestesia, ansiedad, somnia, euforia	Letargo, estreñimiento, males severos de retiro. Muerte	Física y psíquica. Si hay tolerancia	Anestesia, combate a la tos	La heroína es ilegal, los demás Narcóticos están bajo control estricto
Tranquilizantes	Liberación de tensión, somnia	Estupor y daño al hígado y a la médula ósea . Muerte	Ambas dependencias ligeras sin tolerancia	Ansiedad, presión arterial alta y desórdenes emocionales	Sólo con receta médica y son de conflicto clínico
Alucinógenos	Estímulos, alteración de sensaciones y percepciones	Efectos impredecibles y posible psicosis. Muerte	Dependencia psicológica ligera y sí hay tolerancia	Sólo uso experimental	Ilegal De conflicto clínico

Cocaína	Regocijo, estado de alerta	Depresión psicótica, muerte	Dependencia física y psicológica y sí hay tolerancia	Anestesia local	Illegal, sólo de uso médico
Cafeína	Estímulos, aumento de la actividad mental	Irritabilidad. Daño al estómago	Psicológica y ligera física y si hay tolerancia	Contra dolor de cabeza	Legal,
Solventes inhalables	Depresores, liberadores de la ansiedad, pérdida del control y del sentido, falta de coordinación y apetito, reducen el ritmo cardíaco.	Pérdida de peso desequilibrio electrolítico, daño permanente al sistema nervioso, hígado, riñones, sangre y médula de los huesos y cerebro. Muerte.	Psicológica y física sí hay tolerancia	Sólo industrial y doméstico	Legal, pero prohibida la venta a menores de 18 años. Por supuesto a los mayores tampoco se les permite utilizarla para drogarse. Conflicto social

Fuente: Elaboración Propia en base a García Huerta, R. M. (2003). La legalización de la Marihuana en México. México: Universidad de las Américas Puebla.

1.4. LA MARIHUANA EN BOLIVIA

Diversos estudios epidemiológicos han analizado la creciente expansión del consumo de drogas en la población boliviana. Así lo demuestra un estudio realizado en el año 2009 en conjunto por los Ministerios de Educación y Salud, con la UNICEF y el Centro Latinoamericano de Investigaciones Científicas (CELIN), que señalan que aproximadamente un 60% de la población en Bolivia entre grupos etarios de 12 a 50 años, han consumido alcohol durante el último mes; tabaco un 25%; 3.3% consumió marihuana; clorhidrato de cocaína 1 %, inhalables un 1.8 % y el 2.6% pasta base. Desde esta perspectiva "El consumo de drogas es definido como un problema de salud mental, por lo tanto, las explicaciones son del orden epidemiológico. El origen del consumo es atribuible a una multitud de factores que giran en torno a la droga, a la persona y al medio" (Copa Uyuni, 2009)

En su último informe sobre Bolivia, las Naciones Unidas muestran un éxito de la política antidroga del Gobierno Plurinacional, de corresponsabilidad, control social y respeto a los derechos humanos y a la biodiversidad. El gobierno además apoya los procesos de desarrollo integral, Bolivia ha reducido de 27.000 hectáreas de cultivo de hoja de coca en 2011 a 25.300 hectáreas en 2012 en las tres zonas en las que se realiza el monitoreo de sembrado de hojas de coca: Yungas de La Paz, Trópico de Cochabamba y provincias del Norte de La Paz.

En ese contexto actualmente, Bolivia realiza estudios comparativos de producción coca-cocaína para determinar, en un futuro, la cantidad de hoja de coca en estado natural para uso tradicional y la hoja de coca desviada al narcotráfico, esto en función a que de acuerdo a los programas de lucha contra el narcotráfico, Bolivia hace incidencia en el tema de la cocaína fundamentalmente, debido a su condición de productor de la hoja de coca.

Ahora, si se considera que, la marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las drogas ilícitas de mayor consumo en América Latina,

generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social, se debe considerar el tema de palear este flagelo que en el caso del presente apartado se trata de una verificación del accionar del gobierno o del Estado respecto a la reducción de estos índices citados.

Según un estudio de consumo de drogas ilegales en el país, en La Paz el 15,2% de la población fumó marihuana al menos una vez al año, mientras que en Santa Cruz el 1,5% consumió cocaína. Ambos porcentajes son los más altos en el ámbito nacional (Echave, 2014).

En este contexto se debe afirmar que La Paz es la ciudad donde se registra la mayoría de los casos de experimentación de consumo de marihuana, en comparación con El Alto y Santa Cruz, según revela el estudio Consumo de Drogas en Bolivia: Una mirada al periodo 2012-2013. En La Paz, el 5,5 por ciento de los encuestados admitió que alguna vez probó marihuana y aunque en Santa Cruz también es alta la cifra de personas que la consumieron (4,4 por ciento), es importante la cantidad de gente que experimentó con cocaína, (2,1 por ciento), la más alta del país, para esta droga. En El Alto, sólo en 1,3 por ciento de la población consultada admitió haber probado drogas, alguna vez en su vida (Echave, 2014)

Lo más preocupante está en que algunos estudios muestran no solo el hecho del consumo esporádico de marihuana, sino que se muestra también la dependencia que se genera a este tipo de drogas y otras pudiendo observar que: la dependencia en adolescentes que han consumido drogas alguna vez tiene la siguiente relación, el 50,4% de los adolescentes presenta signos de dependencia al alcohol, 27,4% a marihuana, 13,3% a pasta base o cocaína y 16,8% a sustancias inhalables. Pero en cuanto a lo que refiere a su consumo de marihuana en función de tratamiento médico, o de manera legal, existe en Bolivia una línea gubernamental que no admite tal extremo es así que, el ex ministro de Gobierno, Carlos Romero, ratificó que Bolivia rechaza toda posibilidad de despenalizar el consumo de drogas y se alinea al criterio de muchos países que también negaron esa propuesta

durante las sesiones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en Viena el 13 y 14 de marzo de 20014.

Es así que, el ministro de Salud, Juan Carlos Calvimontes, afirmó en fechas pasadas que Bolivia no estaría preparada para la legalización de la marihuana para fines medicinales o de rehabilitación, esta afirmación responde a el planteamiento que hace el secretario general de la Organización de Estados Americanos (OEA), José Miguel Insulza, que en su informe sobre drogas, hizo énfasis en la despenalización del consumo de drogas, específicamente de la marihuana para fines de rehabilitación y medicinales y que fue presentado el 12 al 14 de junio de 2014 en Guatemala. De ahí que el ministro Calvimontes afirmó que para Bolivia sería imposible aplicar esta determinación por cuatro razones fundamentales (Rojas, 2015):

- Primera, los países donde se legalizó la marihuana con fines medicinales ya cuentan con una tecnología y son los principales productores de medicamentos, Bolivia no tiene empresas farmacéuticas ni la tecnología para transformar la marihuana en productos medicinales o producir la hoja para que se use con fines medicinales.
- Segunda, se debe considerar el problema social que ocasiona el consumo de droga, incluyendo la marihuana, y los problemas físicos que ocasiona en los consumidores.
- Tercero, a decir de las autoridades de gobierno, el pueblo boliviano carece de conciencia para que no se rompa el equilibrio entre el consumo medicinal, de rehabilitación y el adictivo
- Cuarto, se carece de una legislación específica sobre el tema

1.5. LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA

La legalización de las drogas es uno de los modelos propuestos por activistas e instituciones pro-derechos humanos y pro-derechos individuales para la modificación de las leyes que prohíben la tenencia, el consumo, suministro y producción de drogas., en esa línea su argumento central está basado en el derecho fundamental de que cada persona tiene el derecho a elegir como quiere llevar su vida, lo que incluye la obligación del Estado de respetar la decisión del ciudadano sobre las sustancias que decida utilizar, más aún si esto puede beneficiar a su salud o bienestar (Palenque Reyes, 2017).

Ahora bien, entendiendo el contexto de las investigaciones realizadas para determinar el uso terapéutico de ciertas drogas, se debe considerar que la legalización del consumo, fabricación y/o comercialización de drogas no solo implicaría cambios en la legislación sino también la necesidad de tomar en cuenta que el Estado debe intervenir a través de la regulación del mercado, puesto que están son adictivas y su consumo tiene externalidades negativas para la sociedad. Así, la legalización puede ser enfocada desde varias perspectivas teóricas, de las cuales se pueden mencionar las siguientes (Palenque Reyes, 2017).

- **Legalización Total**

Esta posición pide el fin de la prohibición de la distribución o venta y el uso personal de drogas actualmente prohibidas. Los sistemas varían desde la legalización total, que eliminaría completamente todas las formas de control gubernamental, a diversas formas de legalización regulada donde las drogas estarían legalmente disponibles bajo un sistema de control del gobierno lo que implica (Palenque Reyes, 2017):

- Etiquetado legal sobre dosis y advertencias médicas.
- Restricciones a la publicidad.
- Limitaciones de edad.
- Restricciones en la cantidad comprada en un tiempo.
- Requisitos sobre la forma en que ciertas drogas que se deban suministrar,

- Prohibición de venta a personas ebrias.
- Licencias de usuario especial para comprar drogas en particular.

- **Legalización Regulada**

Plantea la necesidad de existencia de una serie de restricciones para las diferentes drogas, según la percepción de su riesgo, así que mientras algunos medicamentos se venden sin receta en las farmacias u otros establecimientos autorizados, las drogas con mayor riesgo de daño sólo podrían estar disponibles para la venta en instalaciones autorizadas donde su uso pueda ser controlado y cuidado por un médico de emergencia siempre disponible. Ejemplos de fármacos con diferentes niveles de distribución regulada en la mayoría de países son: la cafeína (café, té), la nicotina (tabaco), el alcohol etanol (cerveza, vino, licores) y los antibióticos.

En este contexto la legalización completa se propone a menudo por grupos liberales, mientras que la legalización regulada la sugieren grupos que piensan que la aplicación de las leyes contra la prohibición no alcanzan sus objetivos y empeoran los problemas asociados con el uso de drogas prohibidas, pero que reconocen que hay daños asociados con las drogas actualmente prohibidas que deben reducirse al mínimo (Palenque Reyes, 2017).

1.5.1. PLATAFORMAS LEGALIZADORAS

Existen varias plataformas para la legalización de las drogas (Palenque Reyes, 2017):

Espiral: La legalización de las drogas reconoce el derecho de las personas a consumir cualquier sustancia y, acompañada con educación, es posiblemente la mejor estrategia para luchar contra el consumo abusivo y la drogodependencia, causas de la degradación humana del consumidor y de múltiples daños a su entorno.

La ilegalización de las drogas no está resolviendo los problemas que el consumo de drogas genera en la salud pública y está fomentado otros problemas igualmente graves como el

narcotráfico y las dudosas políticas gubernamentales de guerra contra el narcotráfico. La lucha legal contra las drogas se ha centrado, a nivel mundial, en la prohibición, la represión y la sanción de su uso (a excepción del tabaco y el alcohol).

La ilegalización de las drogas vulnera derechos como la autodeterminación individual y el libre desarrollo de la personalidad, tan publicitados por los actuales sistemas de gobierno.

Liberalismo: Expone 10 razones para la legalización:

1. La legalización pondría fin a la parte exageradamente lucrativa del negocio del narcotráfico.
2. La legalización reduciría dramáticamente el precio de las drogas, al acabar con los altísimos costos de producción e intermediación que implica la prohibición.
3. Legalizar las drogas haría que la fabricación de dichas sustancias se encuentre dentro del alcance de las regulaciones propias de un mercado legal.
4. El narcotráfico ha extendido sus tentáculos en la vida política de los países.
5. Legalizar las drogas acabaría con un foco importante de corrupción, la cual aumenta en todos los niveles del gobierno debido a que una substancial cantidad de policías, oficiales de aduana, jueces y toda clase de autoridades han sido comprados, sobornados o extorsionados por narcotraficantes, creando un gran ambiente de desconfianza por parte de la población hacia el sector público en general.
6. Los gobiernos dejarían de malgastar miles de millones de dólares en el combate de las drogas, recursos que serían destinados a combatir a los verdaderos criminales.
7. Con la legalización se acaba el pretexto del Estado de socavar nuestras libertades con el fin de llevar a cabo esta guerra contra las drogas.
8. Legalizar las drogas desactivará la bomba de tiempo en la que se ha convertido Latinoamérica, especialmente países como Perú, Bolivia y Colombia.

9. En una sociedad en donde las drogas son legales, el número de víctimas inocentes producto del consumo y la venta de estupefacientes se vería reducido substancialmente.
10. La legalización conducirá a que la sociedad aprenda a convivir con las drogas, tal y como lo ha hecho con otras sustancias como el alcohol y el tabaco.

Descriminalización: La descriminalización de las drogas aboga por una reducción del control y las multas respecto a la situación legal actual, sus proponentes apoyan el uso de multas y otros castigos que reemplacen a la prisión y siempre que los usuarios no recibieran un fichaje penal como resultado. Un tema central de la descriminalización de las drogas es la Reducción del daño. La descriminalización de las drogas es, en cierto modo, una medida intermedia entre la prohibición y la legalización y ha sido criticada también como la peor de las opciones al mantener la venta ilegal y por tanto perpetuando los problemas asociados a la clandestinidad de la distribución y producción de drogas (Palenque Reyes, 2017).

2. FUNDAMENTO CONCEPTUAL

2.1. ADICCIÓN

La palabra adicción proviene de la Antigua Roma, época en la que si un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir, como esclavo. De este modo, salía de su condición de deudor entregando su libertad como pago. Las adicciones no empiezan ni terminan solamente en el consumo de drogas: pueden ampliarse a cualquier objeto, persona o conducta. Toda situación que provoque en la persona un tipo de vínculo estereotipado y excluyente corre el riesgo de convertirse en una adicción, entre ellas, el trabajo, la comida, el sexo, la televisión, la obsesión por el orden, la limpieza, el afán excesivo de imponerse o de conseguir éxito profesional a toda costa.

Surge entonces la drogadicción o drogodependencia, a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación.

En ese mismo contexto el adicto, se puede definir como la persona que consume sustancias psicoactivas, esta afectación depende de:

- patrón de consumo (frecuencia, intensidad),
- tipo de sustancia,
- características idiosincráticas individuales,
- de contexto (familiar, social y cultural).

2.2. TIPOS DE CONSUMO DE DROGAS

a) Consumo experimental

Corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede acompañarse de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras. Indicadores de este tipo de consumo suelen ser el desconocimiento que el individuo tiene de los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y, generalmente, no se compra la sustancia, sino se comparte.

b) Consumo habitual

Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que denotan consumo habitual:

- La persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas;
- Usa drogas tanto en grupo como solo;
- El usuario conoce sus efectos y los busca;
- Suele comprar la sustancia;
- Como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

c) Consumo ocasional

Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales están facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características del consumo ocasional:

- El individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas;
- Conoce la acción de la/s droga/s en su organismo y por eso la/s consume. No hay hábito y, generalmente, no compra la sustancia; también la comparte.

d) Consumo perjudicial

Se refiere a la forma de uso de una sustancia psicoactiva está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

e) Consumo precoz de drogas

En general se refiere al consumo antes de los 18 años de edad, en donde los riesgos son mucho mayores, haciendo más probable el desarrollo del policonsumo (uso de más de una droga) y de la dependencia. Según los datos establecidos en Bolivia sobre consumo de drogas, en promedio, la edad de inicio en el uso de drogas ilícitas es alrededor de los 20 años, sin embargo, existe un porcentaje mínimo de la población que se inicia a los 15 años o antes. Este último grupo es el considerado de inicio precoz.

2.3. SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

a) Dependencia a sustancias psicotrópicas

La dependencia de drogas es la situación fisiológica en la que el consumidor ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de drogas, cuya suspensión brusca puede generar una enfermedad denominada abstinencia.

Dicho de otro modo “Es el conjunto de comportamientos y de reacciones que comprenden el impulso y la necesidad imperiosa de tomar la sustancia en forma continua o regular, ya sea para sentir sus efectos o para evitar el malestar que produce la privación de su consumo” (SENDA, 2018).

La dependencia puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.) denominándose dependencia psíquica. Los dos tipos de dependencia tienen sustratos biológicos y son estrictamente hablando dependencias físicas.

2.4. TIPOS DE DROGAS

a) Cocaína

Es la Droga estimulante, se extrae químicamente de las hojas de la coca (*Erythroxylon coca*), planta que se cultiva en el altiplano andino. Se presenta de variadas formas, siendo la más habitual como clorhidrato, que a la vista es un polvo muy blanco y fino, similar al cristal molido. La cocaína tiene efectos analgésicos, su uso médico no es reconocido en la actualidad, especialmente por sus efectos secundarios, pasando a ser una droga de abuso. Suele inhalarse y también puede disolverse e inyectarse, sus efectos son similares a los de las anfetaminas. Mezclada químicamente con bicarbonato de sodio se obtiene el crack, y puede consumirse fumándola.

b) Crack

Crack es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína, en concreto el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse (por la ebullición del agua que contienen).

Dado que el crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte; este efecto es conocido vulgarmente como “El mal del pollo” y se puede presentar en menos de diez segundos a partir de haber consumido la droga.

c) Cristal

Se le denomina así al clorhidrato de metanfetamina, esto consiste en pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos.

Los adictos a esta sustancia, pueden permanecer despiertos por varios días. Esto genera un creciente agotamiento físico, psicológico y cognitivo. Sin embargo, la droga bloquea las señales somáticas (como fatiga, sueño, hambre) que advierten sobre el deterioro funcional progresivo. En estos casos, una vez que la droga abandona el organismo, estos sujetos pueden experimentar estados de gran agitación psicomotriz, a veces asociados con comportamientos violentos y delirios persecutorios, llegando a cuadros de disociación psíquica apenas diferenciables de los que caracterizan a una esquizofrenia de tipo paranoide.

d) Heroína

Derivado que se obtiene de la morfina. Es un polvo blanco y amargo con propiedades narcóticas y analgésicas. Crea adicción.

e) Morfina

Alcaloide principal del opio. Se emplea en medicina como anestésico, analgésico y narcótico.

f) Opio

Producto de la desecación al aire del jugo que se extrae de las cápsulas verdes de la adormidera (*Papaver Somniferum*) Se obtienen de él diversos alcaloides como la morfina, codeína.

g) Pasta base de Cocaína

Homogenizado de hojas de coca sometidos a desecación y maceración, tratados posteriormente con solventes orgánicos como keroseno o gasolina y combinado con ácido

sulfúrico. El resultado es una pasta de color pardo/negro que se fuma en pipa o a veces, mezclada con tabaco o cannabis.

h) Peyote

Es el nombre de varias clases de cactus muy abundantes en México. La infusión de su flor tiene efectos narcóticos o alucinógenos

2.5. USO DE DROGAS

Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. No obstante que el uso de drogas siempre contribuye en el aumento del riesgo de la salud de la persona.

2.6. USO INDEBIDO DE DROGAS

El término Uso Indebido de Drogas ha sido cuestionado debido a que involucra juicios de valor e inserta un componente moral a la conducta que para efectos de los estudios epidemiológicos resulta problemático. Sin perjuicio de lo anterior, es una expresión ampliamente usada que sirve para designar un conjunto de conductas relacionadas con el uso de drogas que puede ser útil distinguir para analizar el problema desde otras perspectivas. De acuerdo a lo anterior, se distinguen las siguientes categorías de uso indebido:

- **Uso excesivo:** se refiere a la ingesta de cantidades grandes de droga en un momento dado (consumo frecuente o intoxicaciones).
- **Uso inoportuno:** tiene relación con el contexto de la ingestión: lugar de trabajo, lugares públicos, escuelas y actos sociales.

- **Uso por Personas no Autorizadas Socialmente:** por ejemplo, niños, mujeres, grupos religiosos y étnicos.
- **Uso por Personas Especialmente Vulnerables:** es decir, por personas propensas a sufrir consecuencias adversas, por ejemplo, personas con predisposición genética, con trastornos de la personalidad, o enfermedades mentales propiamente tales. **Uso Regular:** por personas que hayan sufrido consecuencias adversas, físicas, sociales o psicológicas.

2.7. TRÁFICO DE DROGAS

El tráfico de drogas es un delito tipificado y sancionado en la Ley 20.000, a través del cual se prohíbe el comercio ilícito de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas. En un sentido estricto, el tráfico implica el desplazamiento de la droga de una mano a otra, a cualquier título, esto es, a través de una venta, donación, préstamo, etc. En un sentido amplio, se entiende que trafica todo aquel que importa, exporta, transporta, adquiere, transfiere, posee, suministra, guarda o porta consigo tales sustancias o las materias primas que sirven para obtenerlas, sin la debida autorización.

2.8. MICROTRÁFICO

El microtráfico no es una figura penal distinta del tráfico de drogas o de lo que suele llamarse narcotráfico, es un término acuñado en Chile para una modalidad de comisión delictiva y se refiere a la venta de drogas a pequeña escala, utilizada como una práctica de mercado para la transacción de sustancias a nivel local y constituye el último eslabón de las redes de tráfico.

2.9. PRECURSORES

Son sustancias que pueden utilizarse en la producción, fabricación y/o preparación de estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de sustancias de efectos semejantes y que

incorporan su estructura molecular al producto final, por lo que resultan fundamentales para dichos procesos. Ej. el Ácido Clorhídrico aporta la molécula de Cloro al alcaloide, el que forma el Clorhidrato de Cocaína.

2.10. DESPENALIZACIÓN

Dejar de tipificar como delito o falta una conducta anteriormente sancionada por la legislación penal. En referencia a la despenalización del consumo de drogas, existe una corriente de personas que propone despenalizar cualquier tipo de consumo. En la legislación actual se castiga como falta el uso de drogas en lugares públicos o abiertos al público y el consumo en lugares privados cuando haya concertación previa para ello, considerando el hecho que la sociedad como un todo debe dar señales de reproche sobre ciertas conductas que tiene un potencial de daño para los demás.

2.11. REGULACIÓN

Se puede definir como un conjunto de leyes que determinan las circunstancias bajo las cuales un agente puede ejercer ciertas actuaciones. En ese sentido, la regulación busca proteger al público de agentes económicos inescrupulosos y de prácticas que atenten contra su bienestar económico. Existen instancias estatales que se encargan de vigilar que dicha normatividad se cumpla, sin embargo, existe un incentivo para que los agentes acaten las normas: la permanencia en el mercado. Generalmente la sanción más drástica para aquel que incumple, es su retiro del mercado.

2.12. LEGALIZACIÓN

Implica la libertad total, va atada a una total modificación jurídica, y en todos los casos es necesario adicionar la regulación por parte de Estado de la producción, comercialización y distribución del bien en cuestión.

CAPITULO IV:
BASES JURÍDICAS Y
NORMATIVAS

1. MARCO NORMATIVO NACIONAL

1.1. LEY DEL RÉGIMEN DE LA COCA Y SUSTANCIAS CONTROLADAS LEY 1008 (19 DE JULIO DE 1988)

Artículo 35. Prohibición de posesión o depósito: “Ninguna persona natural o jurídica podrá tener o poseer en forma, cantidad o sitio alguno, fármacos o drogas que contengan o sean sustancias controladas, sin previa autorización del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, consultada al Consejo Nacional contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas”.

El presente artículo señala expresamente la prohibición de la posesión de fármacos, drogas o sustancias controladas negando el uso de la marihuana en cualquiera de sus formas, elemento fundamental que regula la no comercialización ni tenencia de marihuana

Artículo 37. Tráfico y consumo: “Queda prohibido el tráfico, fraccionamiento y consumo de sustancias controladas consignadas en las Listas del anexo a la presente Ley”.

De la misma forma se prohíbe su tráfico, puesto que este está catalogado como tal con fines adictivos y elementalmente otorga un beneficio económico para los vendedores, asimismo porque la venta se realiza de manera indiscriminada

Artículo 48. Tráfico: “El que traficare con sustancias controladas será sancionado con presidio de diez a veinticinco años y diez mil a veinte mil días multa”.

Las sanciones al tráfico no controlado deben mantenerse sin embargo se debe abrir un espacio para la importación legal de la marihuana y su comercialización en función del uso terapéutico y despenalizado que se pretende dar

Artículo 49. Consumo y tenencia para el consumo: “El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

El presente Artículo debe especificar que la persona sancionada sería a aquel que utilice la marihuana con fines médicos y de acuerdo a lo especificado en la norma respecto del uso terapéutico de la misma.

La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previa prescripción médica lógicamente en este caso si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48 de esta Ley”.

En tal contexto, se debe afirmar que la regulación en cuanto a tráfico y consumo de drogas en Bolivia se centra en la normativa dada por esta ley, la misma que consta en su estructura de 8 Títulos: el primero está referido al Régimen de la Coca, el 2º al de Sustancias Controladas, el 3º de los Delitos y Penas, el 4º a la Aplicación y Juzgamiento, el 5º De las Diligencias de la Policía Judicial, Debates y Sentencias, el 6º de los Organismos Competentes, los mismos que fueron derogados por la Ley 1970 de 25 de Marzo de 1999, el 7º del Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social y por último el 8º referido al Régimen Internacional.

En la actualidad esta norma menciona respecto a tráfico y consumo de sustancias controladas (categoría en el que se encuentra el Cannabis, la marihuana y sus derivados, que son objeto de la presente investigación), lo siguiente:

- **EL CONSUMO.**

En Bolivia no está penalizado siempre y cuando el acusado demuestre que es adicto a las drogas y que al momento de ser detenido no tenía una cantidad mayor

a la del consumo inmediato. Existe como jurisprudencia una sentencia constitucional que habla de 4 gramos para abajo.

- **TRÁFICO.**

Es el delito principal que en la Ley 1008 establece penas de hasta 25 años cuando se trata de comercialización en gran escala, de 8 a 12 cuando se trata de transporte de sustancias controladas, de 8 a 12 para el suministro de alcaloides y 5 a 15 años para el delito de fabricación.

Más allá de estas especificidades no se tiene ninguna otra relación con la norma respecto al tratamiento específico de la marihuana, por ejemplo.

Ahora existe la pretensión dentro de las estructuras gubernamentales de modificar este cuerpo legal, que será abrogada después de varias modificaciones realizadas anteriormente que disminuyeron su carácter violatorio de derechos a juicio de algunos juristas, el actual proyecto de nueva ley de sustancias controladas, que sustituirá a la Ley 1008, precisará más los tipos penales es decir hará mayor énfasis en la definición de los delitos para evitar que éstos no sean demasiado abiertos como sucede en la actual ley 1008.

Teniendo en cuenta que no existe normativa previa a la legalización de la marihuana en Bolivia, es necesario recurrir en la legislación reciente de legalización de la marihuana que pertenece a la República del Uruguay, que se constituye en base del análisis jurídico comparado.

1.2 REGLAMENTO DE OPERACIONES CON SUSTANCIAS CONTROLADAS Y PRECURSORES DE USO INDUSTRIAL - DECRETO SUPREMO N° 25846 (14-JULIO-2000)

Según el **artículo 1°** se aprueba el REGLAMENTO DE OPERACIONES CON SUSTANCIAS CONTROLADAS Y PRECURSORES DE USO INDUSTRIAL de la Dirección General de Sustancias Controladas, en sus once capítulos y sesenta artículos. Este Reglamento tiene por objeto establecer las normas de procedimiento administrativo para controlar y vigilar la producción, fabricación, preparación, transformación, almacenamiento, importación, exportación, comercialización, transporte y cualquier otro tipo de transacción con sustancias químicas controladas que se utilizan con frecuencia en la producción, fabricación, preparación o extracción ilícitas de estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras de efecto semejante.

En el **Art. 5°** (Control y fiscalización).- menciona que las sustancias químicas controladas y precursores, están sujetas al control y fiscalización del Estado a través de los organismos técnicos del Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico ilícito de Drogas (CONALTID) que es el máximo organismo nacional para el control del uso indebido y el tráfico ilícito de drogas.

En el **Art. 6°** (Del Organismo Técnico del CONALTID). Indica que la Dirección General de Sustancias Controladas (DGSC) dependiente del Viceministerio de Defensa Social del Ministerio de Gobierno, es el organismo técnico especializado, que en representación del Consejo Nacional Contra el Tráfico ilícito de Drogas (CONALTID), efectúa el control y fiscalización sobre el manejo de las sustancias químicas controladas y precursores, insertas en la Lista V del Anexo de la Ley 1008.

Esta es la aproximación más cercana a una norma que pueda regular de manera específica la utilización de la marihuana, el cannabis o sus derivados para fines de carácter médico o terapéutico.

2. LEGISLACIÓN COMPARADA

Como mencionamos en el anteriormente, no existe en Bolivia más legislación que se pueda citar para tomar en cuenta en función a lo que significa la legalización o tratamiento de la Marihuana, en tal sentido podemos analizar algunas normas de carácter internacional que se ocupan del tema de la marihuana y las drogas como tales que se enmarcan en lo siguiente:

- Las obligaciones internacionales respecto a la lucha contra la producción y el tráfico ilícito de drogas están estipuladas principalmente en las Convenciones y Protocolos internacionales de Naciones Unidas que responden a la siguiente cronología:

Tabla 4: CRONOLOGÍA DE LA LUCHA CONTRA EL TRÁFICO DE DROGAS

1961	Convención Única sobre Estupefaciente
1971	Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas
1972	Protocolo de Enmienda a la Convención Única
1987	Conferencia Internacional sobre Abuso de Drogas y Tráfico Ilícito
1988	Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas
1998	Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Erradicación de Cultivos Ilícitos y Desarrollo Alternativo de la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas (UNGASS)
2002	Comisión de Estupefacientes de la ONU. Resolución 45/14

El actual régimen internacional de control de drogas se sustenta en tres convenciones de las Naciones Unidas fundamentalmente, que establecen las bases de Derecho Internacional sobre el control de drogas ilícitas.

Estos eventos, fueron formulados bajo una directriz básica: todas las drogas definidas por las Convenciones como ilícitas sólo pueden tener fines medicinales y de investigación, lo que implica calificar como crimen la producción para todos los demás objetivos.

Las políticas derivadas de las Convenciones pretenden la eliminación de cualquier uso recreativo, ritual, experimental o de automedicación de la coca, cocaína, opio, heroína, marihuana y otras diversas drogas. El sistema de control que de ellas emerge se basa esencialmente en políticas de represión, sanción y punición. La primera Convención realizada en 1961, estableció como objetivo la eliminación del consumo de Opio en 15 años y de la Coca y marihuana en 25.

En cuanto al consumo, los principios adoptados dejan espacio para iniciativas de despenalización o descriminalización de los usuarios, aunque ellas continúen siendo ilegales. Los países signatarios de la Convención pueden, de esta forma, ser flexibles en el tratamiento de los consumidores, aunque deban combatir la producción y la comercialización de drogas ilegales.

Las tres convenciones más importantes de las Naciones Unidas sobre el tema de las drogas son:

- a) **Convención Única Sobre Estupefacientes, de 1961:** creó la estructura del Régimen Internacional de Control de Drogas, o sea, las prácticas, las instituciones y los criterios orientadores que los países deben seguir en relación a la política internacional de drogas, que determinó:
 - Qué sustancias y sus consumos deben ser fiscalizadas (opio, cocaína, marihuana);
 - Cómo añadir nuevas sustancias a la lista de control de este tratado;

- Las atribuciones de la ONU en el sistema de control internacional de drogas.
- b) **Convención sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971:** creada para lidiar con la creciente variedad de drogas que surgieran en los años 60 y 70, como los estimulantes, las anfetaminas y el LSD (Dietilamida del ácido lisérgico). La convención definió medidas de control de la preparación, del uso y del comercio de estas nuevas sustancias.
- c) **Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas, de 1988:** se enfoca en cuestiones específicas directamente relacionadas al tráfico de drogas, tales como el control de precursores (sustancias que en sí no son peligrosas, pero que sirven para la producción de drogas ilícitas) o el combate al lavado de dinero. Ella representa el ápice de la expectativa de que la represión puede llevar a un “mundo libre de drogas”, o por lo menos reducir significativamente la producción y consumo de drogas ilícitas.

2.1. LEY DE DESPENALIZACIÓN DE LA MARIGUANA EN URUGUAY LEY DE 10 DE DICIEMBRE DE 2013

El 10 de diciembre de 2013, el Senado de Uruguay ratificó una ley por la que el país se convierte en el primero del mundo en regular plenamente el cultivo, el comercio y el consumo de cannabis con fines médicos, industriales y recreativos.

Esta ley expresa en sus partes notables e importantes como aporte al presente estudio, lo siguiente:

Artículo 1º.- Declárense de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el

tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

Artículo 2º.- *Sin perjuicio de lo dispuesto por el Decreto-Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974 y sus leyes modificativas, el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados, o cáñamo cuando correspondiere, a través de las instituciones a las cuales otorgue mandato legal, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en los términos y condiciones que al respecto fije la reglamentación.*

Se establece que la puesta en vigencia de la norma responde a la intención de proteger la salud mediante los medios de control que el estado asume para si en función del consumo de Cannabis y sus derivados.

Artículo 3º.- *Todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, al disfrute de los espacios públicos en condiciones seguras y a las mejores condiciones de convivencia, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, de conformidad con lo dispuesto en diversos convenios, pactos, declaraciones, protocolos y convenciones internacionales ratificados por ley, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos y libertades consagradas en la Constitución de la República, con sujeción a las limitaciones emergentes del artículo 10 de la misma.*

Artículo 4º.- *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.*

Estos artículos manifiestan los principios en que se funda para la aprobación de la ley. La salud es el pilar fundamental para esta, puesto que como mencionamos, el uso medicinal favorece la recuperación y los tratamientos médicos, pero también establece la prevención del comercio ilegal como marco de un principio básico para regular la actividad de producción y consumo de la marihuana.

Artículo 5°.- Sustituyese el artículo 3° del Decreto-Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 1° de la Ley N° 17.016, de 22 de octubre de 1998, por el siguiente:

"ARTÍCULO 3°.- Quedan prohibidos la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse estupefacientes y otras sustancias que determinen dependencia física o psíquica, con las siguientes excepciones:

A. Cuando se realicen con exclusivos fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos de utilización médica. Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Salud Pública y quedarán bajo su control directo.

Tratándose específicamente de cannabis, las plantaciones o cultivos deberán ser autorizados previamente por el Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA), y quedarán bajo su control directo, sin perjuicio de los contralores que la legislación vigente otorga a los organismos correspondientes en el ámbito de sus respectivas competencias.

B. La plantación, el cultivo y la cosecha, así como la industrialización y expendio de cannabis psicoactivo con otros fines, siempre que se realice en el marco de la legislación vigente y con autorización previa del IRCCA, quedando bajo su control directo.

Se entiende por cannabis psicoactivo a las sumidades floridas con o sin fruto de la planta hembra del cannabis, exceptuando las semillas y las hojas separadas del tallo, incluidos sus aceites, extractos, preparaciones de potencial uso farmacéutico, jarabes y similares, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) natural, sea igual o superior al 1% (uno por ciento) de su volumen.

- C.** *La plantación, el cultivo y la cosecha, así como la industrialización y comercialización de cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo). Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y quedarán bajo su control directo.*

Se entiende por cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo) a las plantas o piezas de la planta de los géneros cannabis, las hojas y las puntas floridas, que no contengan más de 1% (uno por ciento) de THC, incluyendo los derivados de tales plantas y piezas de las plantas.

Las semillas de variedades de cáñamo no psicoactivo a utilizar no podrán superar el 0,5% (cero con cinco por ciento) de THC.

- D.** *La plantación, el cultivo, la cosecha, el acopio para fines de investigación, así como la industrialización para uso farmacéutico, siempre que se realice en el marco de la legislación vigente y acorde a lo que establezca la reglamentación, debiendo contar con autorización previa del IRCCA quedando bajo su control directo.*

- E.** *La plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de plantas de cannabis de efecto psicoactivo destinados para consumo personal o compartido en el hogar. Sin perjuicio de ello se entiende destinados al consumo personal o compartido en el hogar, la plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo y el producto de la recolección*

de la plantación precedente hasta un máximo de 480 gramos anuales.

F. *La plantación, el cultivo y la cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo realizados por clubes de membresía, los que serán controlados por el IRCCA. Dichos clubes deberán ser autorizados por el Poder Ejecutivo de acuerdo a la legislación vigente, y en la forma y condiciones que establecerá la reglamentación que se dicte al respecto.*

Los clubes de membresía deberán tener un mínimo de quince y un máximo de cuarenta y cinco socios. Podrán plantar hasta noventa y nueve plantas de cannabis de uso psicoactivo y obtener como producto de la recolección de la plantación un máximo de acopio anual proporcional al número de socios y conforme a la cantidad que se estableciere para el uso no medicinal de cannabis psicoactivo.

G. *El IRCCA otorgará licencias de expendio de cannabis psicoactivo a las farmacias (de acuerdo con el Decreto-Ley N° 15.703, de 11 de enero de 1985 y sus leyes modificativas) conforme las condiciones establecidas en la legislación vigente y el procedimiento y requisitos que estableciere la reglamentación.*

El expendio de cannabis psicoactivo para consumo personal requerirá que se acredite en el registro correspondiente según lo establecido en el artículo 8o de la presente ley, conforme a las estipulaciones legales, en tanto el expendio para uso medicinal requerirá receta médica.

El expendio de cannabis psicoactivo para uso no medicinal no podrá superar los 40 gramos mensuales por usuario.

Toda plantación no autorizada deberá ser destruida con intervención del Juez competente. El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de los literales precedentes, inclusive los mecanismos de acceso a las semillas, el que, siendo destinado a plantaciones de cannabis psicoactivo para consumo personal en el marco de la legislación vigente, se considerará en todos los casos como actividad lícita. Dicha reglamentación es sin perjuicio de los contralores que la legislación vigente establece para toda plantación o cultivo que se realice en territorio nacional, en lo que resultare aplicable. Asimismo, la reglamentación establecerá los estándares de seguridad y las condiciones de uso de las licencias de cultivos para los fines previstos en los literales precedentes.

La marihuana resultante de la cosecha y el cultivo de las plantaciones referidas en los literales B), D) y E) del presente artículo no podrá estar prensada".

En este contexto este artículo establece que se modifica la normativa anterior de regulación de sustancias controladas en el Uruguay de la manera siguiente:

- Se prohíbe la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta con las siguientes excepciones:
 - a) Cuando se realicen con exclusivos fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos de utilización médica. Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Salud Pública y quedarán bajo su control directo, en el caso de cannabis, las plantaciones o cultivos deberán ser autorizados previamente por el Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA), y quedarán bajo su control directo,
 - b) La plantación, el cultivo y la cosecha, así como la industrialización y expendio de cannabis psicoactivo con otros fines, siempre que se realice

en el marco de la legislación vigente y con autorización previa del IRCCA, quedando bajo su control directo.

- c) La plantación, el cultivo y la cosecha, así como la industrialización y comercialización de cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo) que deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y quedarán bajo su control directo.
- d) La plantación, el cultivo, la cosecha, el acopio para fines de investigación, así como la industrialización para uso farmacéutico, siempre que se realice en el marco de la legislación vigente y acorde a lo que establezca la reglamentación, debiendo contar con autorización previa del IRCCA quedando bajo su control directo.
- e) La plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de plantas de cannabis de efecto psicoactivo destinados para consumo personal o compartido en el hogar. Sin perjuicio de ello se entiende destinados al consumo personal o compartido en el hogar, la plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo y el producto de la recolección de la plantación precedente hasta un máximo de 480 gramos anuales.
- f) La plantación, el cultivo y la cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo realizados por clubes de membresía, los que serán controlados por el IRCCA. Dichos clubes deberán ser autorizados por el Poder Ejecutivo de acuerdo a la legislación vigente, y en la forma y condiciones que establecerá la reglamentación que se dicte al respecto.

Siendo estas las principales modificaciones a la norma uruguaya que da el contexto y la base legal del consumo ahora lícito de cannabis y sus derivados en Uruguay, bajo una legalización controlada o regulada.

Especifica la prohibición de la plantación, producción y comercialización de la marihuana en todas sus formas, los que tengan exclusivos fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos de utilización médica, así como toda plantación que tenga fin positivo que no cuente con la autorización del ente rector de la actividad en ese país.

La legalización de la mariguana no plantea el uso indiscriminado de la marihuana, al contrario, plantea el correcto asesoramiento para su uso en caso de ser necesario, es así que el uso indebido continuara prohibido.

***Artículo 9º.-** El Sistema Nacional Integrado de Salud deberá disponer de las políticas y dispositivos pertinentes para la promoción de la salud, la prevención del uso problemático de cannabis, así como disponer de los dispositivos de atención adecuados para el asesoramiento, orientación y tratamiento de los usuarios problemáticos de cannabis que así lo requieran.*

***Artículo 10.-** El Sistema Nacional de Educación Pública deberá disponer de políticas educativas para la promoción de la salud, la prevención del uso problemático de cannabis desde la perspectiva del desarrollo de habilidades para la vida y en el marco de las políticas de gestión de riesgos y reducción de daños del uso problemático de sustancias psicoactivas.*

***Artículo 11.-** Prohíbese toda forma de publicidad, directa o indirecta, promoción, auspicio o patrocinio de los productos de cannabis psicoactivo y por cualesquiera de los diversos medios de comunicación: prensa escrita, radio, televisión, cine, revistas, filmaciones en general, carteles, vallas en vía pública, folletos, estandartes, correo electrónico, tecnologías de Internet, así como por cualquier otro medio idóneo.*

Estos artículos determinan el carácter de política integral que enmarca la presente norma, de ahí que se plantea políticas tanto de salud y de educación como salvaguarda de la publicidad como elementos de prevención para evitar el consumo problemático del cannabis.

***Artículo 14.-** Los menores de 18 años de edad e incapaces no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo. La violación de lo dispuesto precedentemente aparejará las responsabilidades penales previstas por el Decreto-ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por la Ley N° 17.016, de 22 de octubre de 1988, y por la presente ley.*

***Artículo 15.-** Conforme con lo dispuesto por el artículo 46 de la Ley N° 18.191, de 14 de noviembre de 2007, todo conductor estará inhabilitado para conducir vehículos en zonas urbanas, suburbanas o rurales del territorio nacional, cuando la concentración de tetrahidrocannabinol (THC) en el organismo sea superior a la permitida conforme con la reglamentación que se dictará al respecto.*

La norma prevé la protección tanto de los menores, así como la prevención de mayores conflictos regulando el consumo de marihuana respecto otras actividades tales como la conducción vehicular.

***Artículo 17.-** Créase el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), como persona jurídica de derecho público no estatal.*

La norma crea una entidad gubernamental que regule todo ,o dispuesto por la norma de manera específica para haci garantizar un correcto ordenamiento y aplicación de la legislación, en los artículos siguientes determina los aspectos funcionales y administrativos de esa entidad.

***Artículo 39.-** La Junta Directiva del Instituto de Regulación y Control del Cannabis será el órgano encargado de aplicar las sanciones por infracciones*

a las normas vigentes en materia de licencias, sin perjuicio de las responsabilidades penales que pudieren corresponder. El procedimiento aplicable en estos casos será materia de la reglamentación.

Así como determina los aspectos institucionales y administrativos de la entidad específica creada a efecto de regulación de la aplicación normativa, delega potestad sancionatoria a la misma en función de poder darle los medios para hacer cumplir la norma.

Artículo 43.- El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley en un plazo de ciento veinte días desde su promulgación.

Como toda norma macro y de orden general, esta está sujeta a una reglamentación que definirá los aspectos operativos más puntuales que hacen a su aplicabilidad.

En esta óptica la innovadora norma se convierte en un parámetro que permite establecer algunas líneas de entendimiento en función de comprender el interés de los legisladores al sancionar la misma, en este entendido y en función de analizar jurídicamente esta norma, se apela al siguiente contexto inicial, Julio Calzada, secretario general de la agencia antinarcóticos de Uruguay, manifiesta que existen cinco elementos que hacen factible la legalización de la marihuana y se constituyen en el sostén de la norma, estas son (El ciudadano, 2016):

- 1. El impuesto a la marihuana está relacionado con el precio en el mercado negro,** Las empresas encargadas de la producción de marihuana pagarán un impuesto especial que variará según el precio de la marihuana en el mercado negro. El objetivo central de esta tasa variable de impuestos es competir con el mercado negro, por lo que, si la marihuana se vende en la calle a 25 pesos, la comisión (como porcentaje) debería permitirle a la empresa vender marihuana legal a 25 pesos. En otras palabras, el precio de la marihuana en el mercado ilícito determina el precio en el mercado legal.

- 2. Las compañías privadas compiten por la posibilidad de cultivar cannabis como en licitaciones de cualquier otro tipo,** el gobierno uruguayo recibe propuestas de compañías para acceder a una de tres licencias para cultivar marihuana legal. Según datos recientes del gobierno uruguayo, 22 compañías han solicitado dicha licencia, y aunque la mayoría son uruguayas, 20% son internacionales. A pesar del tope de 1 dólar el gramo que el gobierno ha impuesto al producto final, el interés mostrado por las compañías es señal de que cultivar marihuana legal puede ser buen negocio.
- 3. El gobierno puede demostrar la factibilidad de cultivar marihuana a 1 dólar el gramo,** muchos expertos afirman que no sería viable, pero según la Agencia Antinarcóticos de Uruguay, el gobierno financió un estudio no sólo para probar su viabilidad, sino para llevarlo a cabo, este documento es clasificado y se hará público una vez que las compañías sean elegidas.
- 4. Estados Unidos no ha presionado negativamente a Uruguay, históricamente,** EE.UU. presiona a los países en desarrollo para mantener sus políticas más respecto a temas de narcotráfico, sin embargo, Uruguay no ha recibido presión directamente del gobierno de Estados Unidos, pero sí del Comité Internacional de Control de Narcóticos de las Naciones Unidas (INCB), que manifiesta que Uruguay contraviene la Convención Internacional de Control de Narcóticos, la posición uruguaya y que sustenta la aplicación de la norma esta dado por que, “el cambio de una posición punitiva, donde el consumo de drogas se penaliza y se considera criminal, a una posición donde las drogas se piensan como un asunto de salud pública, es un cambio radical de beneficio social.

CAPITULO V:
ANÁLISIS PRÁCTICO Y
CONTEXTUAL

1. TRABAJO DE CAMPO

El análisis respecto de la regulación del uso del cannabis sativa en Bolivia para fines terapéuticos medicinales que garanticen el derecho a la salud de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal, ha permitido la realización de un trabajo de campo que acerque el estudio a la realidad contextual de nuestra sociedad.

1.1. INSTRUMENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Para el desarrollo del trabajo de campo se ha recurrido a las siguientes técnicas de recolección de información:

- **Entrevista**

Esta entrevista que se ha aplicado a expertos en el ámbito jurídico, psicológico y médico para recoger criterios que hacen a la necesidad o no de del uso del cannabis sativa para fines terapéuticos medicinales en Bolivia.

- **Encuesta**

La encuesta en este estudio se desarrolló a ciudadanas y ciudadanos que tienen la experiencia de vivir con algún familiar cuyo diagnóstico de enfermedad terminal les causa dolor cotidiano, asimismo, se aplicó a la población en general a fin de brindar información en cuanto a la perspectiva de nuestro sistema normativo y de políticas de salud para mejorar la calidad de vida y el derecho a la salud de pacientes diagnosticados con algun tipo de enfermedad terminal.

1.2. SELECCIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

1.2.1. UNIVERSO

El universo de estudio es, el total de la población que es sujeta una determinada investigación, así, para el desarrollo del trabajo de campo se ha definido como universo de estudio a la población mayor de edad que se encuentra en el rango de Población Económicamente Activa (personas entre 18 y 65 años de edad) y residen en la ciudad de La Paz que de acuerdo a datos del Boletín La Paz en Cifras del Instituto Nacional de Estadística publicado en 2020, llega a un total de 950.565 personas, entre las que están aquellas personas que cuentan con alguna experiencia respecto a la convivencia con ciudadanos que han sido diagnosticados con enfermedades terminales y/o requieren por situaciones de salud de cannabis sativa para mejorar su condición de vida.

Se considera a esta población como universo de estudio en la perspectiva de que al ser mayores de edad (18 años) cuentan con capacidad suficiente para emitir un determinado criterio respecto del tema

1.2.2. MUESTRA

En este contexto, la muestra de estudio se ha dividido en dos tipos de selección muestra, una referida a la aplicación de la entrevista y otra destinada a la aplicación de la encuesta, de donde se tiene el siguiente detalle:

a) Muestra para la aplicación de la entrevista de tipo No Probabilístico

Para la aplicación de las entrevistas se ha recurrido a una muestra de tipo no probabilístico intencional denominado selección de expertos, que es una forma de segmentación del universo en la que el investigador elige a personas expertas en el tema central de investigación para conocer sus criterios respecto del mismo (Hernandez Sampieri, 2014), de ahí se tiene la siguiente selección de participantes:

Nº	Nombre	Formación profesional	Cargo y/o Institución a la que pertenece
1	Mayori Araceli Condori Quispe	Licenciada en derecho, especialista en el área Penal	Ex funcionaria de la fiscalía de distrito Actualmente ejerce la profesión libre

2	Rodrigo Hernán Loma Loma	Licenciado en derecho Especialista en Medicina Legal	Ex funcionario del Ministerio Público
3	Jheny Alison Chávez Calderón	Médico Paliativista	Médico responsable del área de oncología Hospital de Clínicas ciudad de La Paz Docente Universitaria
4	Miriam García Burgoa	Médico Paliativista	Presidenta de la Asociación Boliviana de Cuidados Paliativos en Salud
5	María Teresa Milton Coronel	Médico Especialista en Oncología	Responsable del área de oncología del Hospital Arco Iris ciudad de La Paz
6	Marybel Martínez Barrera	Psicóloga	Consultora de Visión Mundial
7	María Elena Reque	Psicóloga	Diputada Nacional

Fuente: Elaboración propia

b) Muestra para la aplicación de la encuesta

En el caso de la aplicación de la encuesta como instrumento de recolección de datos, se ha recurrido a un muestreo probabilístico de población finita o conocida, para lo cual se ha tomado en cuenta el número de ciudadanos comprendidos entre la población económicamente activa de la ciudad de La paz, que según datos del INE corresponden a un total de 950.565 personas, esta selección muestral se la ha realizado a partir de la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la Población = 950.565 personas en edad económicamente activa

Z_{α} = Nivel de confianza del estudio = 90 % de confianza= 1,65

e= Margen de error máximo aceptado = 5%= 0,05

p= probabilidad de éxito = 50% = 0,5

q= Probabilidad de fracaso = 50% = 0,5

Sustituyendo los datos se tiene:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{950.565 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (950.565 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = \frac{9129226,26}{2377,3704}$$

$$n = 384,005$$

De donde se tiene que la muestra de trabajo es de 384 mujeres y hombres que se encuentren en el rango de edad de la población económicamente activa (18 a 65 años), los mismos que serán incluidos bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Ser ciudadano o ciudadana boliviana
- Tener disponibilidad voluntaria de participar
- Conocer o tener relación con alguna persona que este diagnosticada con enfermedad terminal y viva con dolor permanente
- Ser residente de la ciudad de La Paz

2. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

2.1. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA

La entrevista realizada fue de carácter personal y en base a la guía de entrevistas preparada anticipadamente, de esta manera se han logrado recolectar los siguientes resultados que se han sistematizado considerando familias de estudio y categorías de análisis, así se tiene lo siguiente:

Tabla 5: FAMILIA DE ESTUDIO: CONTEXTO DE ESTUDIO

FAMILIA 1	CONTEXTO DE ESTUDIO
CATEGORÍA 1	1. Determinación de lo que es la Cannabis Sativa
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 2, 6, 7	Droga adictiva, que es de consumo ilegal, altera las funciones cerebrales, que actualmente se usa para fines lúdicos y su consumo y comercialización son penalmente sancionado
Participante 3, 5	Es una planta medicinal que es más conocida por sus usos ilícitos, puede ser usada en el tratamiento del dolor
Participantes 4,	Es una planta que tiene muchos usos desde lo psicotrópico hasta lo medicinal
CATEGORÍA 2	2. Razón que motiva el consumo de cannabis sativa en la actualidad
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 3	En los jóvenes predomina la curiosidad por experimentar. Es una droga de bajo costo
Participante 2, 6, 7	Búsqueda de aceptación en su entorno social. Búsqueda de escapar de la realidad
Participantes 4 y 5	Mitigar el dolor producido por su condición de salud y para el tratamiento de otras enfermedades no necesariamente terminales
CATEGORÍA 3	3. ¿La marihuana puede llegar a ser adictiva?
Nº De Participante	Elementos Textuales

Participantes 1, 3, 6	Cualquier sustancia consumida en exceso produce efectos nocivos. Es la puerta de entrada a otro tipo de drogas, es peligrosa
Participante 5,4	En los pacientes que consumen marihuana no se ha detectado niveles de adicción. El consumo terapéutico mejora el estado de ánimo del paciente
Participantes 2, 7	Su consumo reducido y controlado no produce dificultades de salud o adicción. Depende de la personalidad de quien lo consuma
CATEGORÍA 4	4. Posibilidad de usar la marihuana como parte de un tratamiento médico
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 2, 3, 4, 6, 7	Si, por que existen investigaciones internacionales que determinan su factibilidad. Se usa para tratar varias enfermedades. Es una necesidad de las familias y de los pacientes por que les genera tranquilidad
Participante 5	La legislación y la idiosincrasia boliviana no lo permiten
CATEGORÍA 5	5. Efectos que produce la marihuana cuando se usa como parte de un tratamiento médico
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 3, 4, 5, 7	Es una droga que genera tranquilidad y mitiga el dolor. Debe suministrarse bajo estricto control
Participante 6	Tiene los mismos efectos en un paciente enfermo que en una persona “normal” le ayuda a escapar de su realidad y genera tranquilidad
Participantes 2	Debería ser paliativo del dolor

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Tabla 6: FAMILIA DE ESTUDIO: CONTEXTO JURÍDICO

FAMILIA 2	CONTEXTO JURÍDICO
CATEGORÍA 1	1. Razón por la que actualmente la marihuana es considerada una sustancia psicotrópica de uso prohibido en Bolivia

Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 2, 6	Porque ha sido catalogada como tal en la normativa actual, pero no tiene ningún otro respaldo investigativo que la muestre como tal.
Participante 3, 7	Porque nunca se ha estudiado su potencialidad medicinal y alternativo
Participantes 4, 5	Por que la gente lo usa de manera ilegal, ha sido satanizada como sustancia ilícita
CATEGORÍA 2	2. Criterios relevantes que se plantean para la posible legalización del uso de la marihuana como parte de tratamientos médicos
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 6	La ley actualmente solo te permite el uso de esta planta para fines investigativos que no se realizan
Participante 7	Los estudios realizados en el exterior que demuestran que es útil para temas de tratamiento médico
Participantes 2, 3, 4, 5	Se debe hacer énfasis en el impacto en la salud y bienestar que produce en pacientes con diagnostico terminal o que sufren mucho dolor. Cuidados paliativos y la muerte digna
CATEGORÍA 3	3. Principal conflicto jurídico que impediría la legalización de la marihuana para su uso en el ámbito médico
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1	Prohibición generada por ley sin razón científica documentada
Participante 3, 5, 6, 7	Inexistencia de un procedimiento claro de como operar la comercialización y regular el consumo en el ámbito terapéutico. Falta de normas específicas. Extrema burocracia
Participantes 2	Falta de voluntad política para tratar la modificación de la ley que abra el tratamiento alternativo de sustancias como la marihuana
Participantes 4	Inexistencia de estudios científicos que respalden la propuesta
CATEGORÍA 4	4. Instancias llamadas por ley e institucionalidad que deberían encargarse del control de la producción, venta y consumo de la marihuana legal
Nº De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 2, 6	Ministerio de salud. Participación efectiva de la policía en el control de expendio y uso
Participantes 3, 4, 5	La Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED) dependiente del Ministerio de Salud

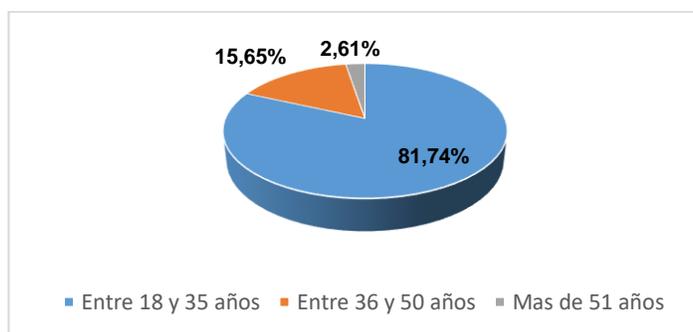
Participante 7	Fuerza de tarea conjunta, en lo referido a producción, el Ministerio de Salud en cuanto a comercialización y consumo médico
CATEGORÍA 5	5. Procedimiento para establecer en Bolivia una normativa que legalice el uso de la marihuana como tratamiento medicinal en pacientes con enfermedad terminal
N° De Participante	Elementos Textuales
Participantes 1, 2, 5	Se debe modificar la ley 1008 y generar un reglamento que especifique cantidades y formas de compra y consumo de la marihuana para uso médico.
Participante 3, 6	Se debe generar una norma con la participación de entes colegiados que dispongan la forma de comprar y consumir según las necesidades del paciente
Participantes 4, 7	Debe existir una iniciativa de la sociedad civil

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

2.2. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

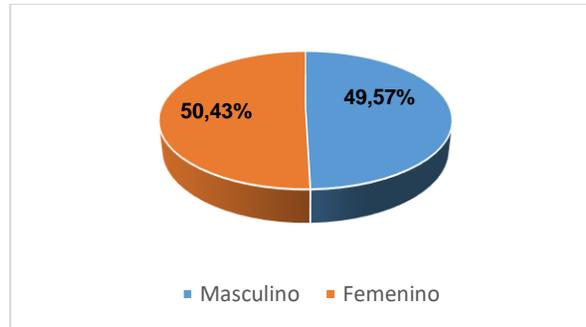
Se han obtenido los siguientes resultados:

a) Edad de los encuestados



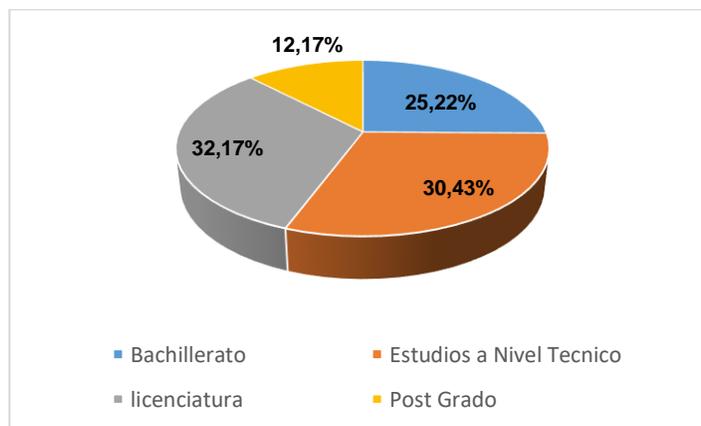
Considerando que las personas que han participado de la encuesta son ciudadanos que forman parte del segmento de Población Económicamente activa (18 a 65 años), en el estudio han participado en un 81% personas de entre 18 y 35 años de edad, así mismo se tiene que el 15 % de los encuestados está entre los 36 y 55 años de edad, finalmente las personas participantes que tienen más de 55 años representan el 3% de los encuestados.

b) Género de los encuestados



Los resultados de las encuestas muestran una participación casi similar entre hombre y mujeres, el 50,43 % de personas encuestadas fueron mujeres y un 49,57 % fueron hombres, todos residentes de la ciudad de La Paz

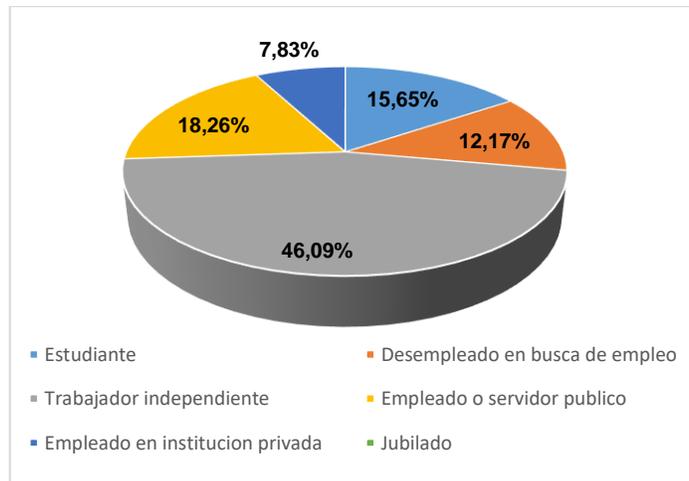
c) Grado de formación alcanzada



Considerando que, para la emisión de un criterio adecuado respecto de la temática abordada, es necesario contar con la experiencia de vida relacionada, también es importante conocer el nivel educativo de los participantes para entender los criterios emitidos respecto a una posible normativa que regule el consumo de marihuana en términos de tratamiento médico requerido. Así el 32,17% de los encuestados tiene un grado de formación académica de licenciatura, el 30,43 % tiene una formación a nivel

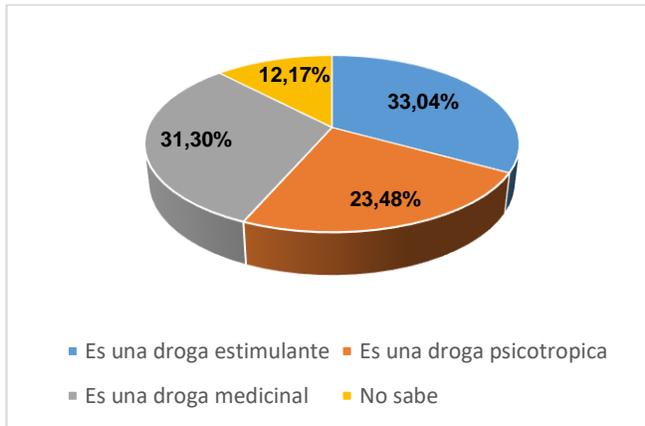
técnico, el 25, 2 % de los participantes tiene un nivel formativo de post grado y solo el 12,17 % ha alcanzado solamente el bachillerato.

d) Condición laboral del encuestado



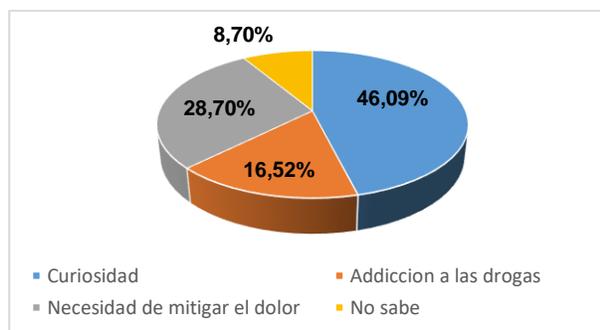
En cuanto a la condición laboral que presentaban los encuestados al momento de realizar la consulta, se ha logrado la participación de 46,09% de personas dedicadas al trabajo independiente, entre ellas, médicos, abogados, comerciantes, etc. el 18, 26 % reportan ser empleados en alguna repartición pública, el 15,65 % son estudiantes universitarios o de institutos de formación técnica y el restante 12, 17 % son personas sin empleo remunerado o están en busca de empleo

e) Conocimiento de lo que es la marihuana



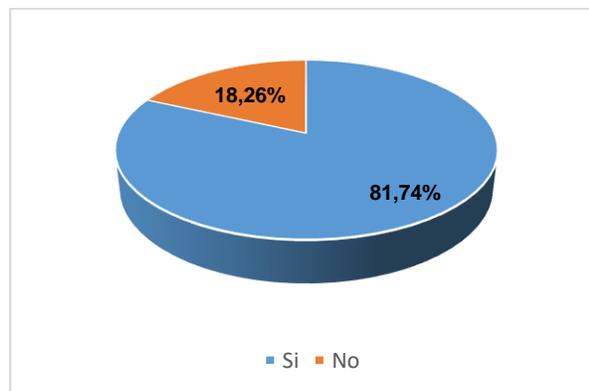
En la consulta específica a la temática de la investigación, se ha consultado ¿Qué es la marihuana?, esto para conocer cuál es el grado de conceptualización que tiene la población respecto de esta sustancia, de ahí que se tiene que, el 33,04 % considera que la marihuana es una droga estimulante, que es un tipo de droga que acelera el ritmo cardiaco y acelera las reacciones del cuerpo, el 31,30 % considera que es una droga medicinal que puede ayudar en el tratamiento de algunas afecciones médicas, el 23,48% manifiesta que es una droga psicotrópica, la misma que se refiere a ser una droga que provoca cambios en el estado de ánimo, la percepción, los pensamientos, los sentimientos o el comportamiento. El 12,17 % manifiesta que no sabe que es la marihuana o no tiene una definición clara de lo que representa.

f) Razón por la que se consume marihuana actualmente



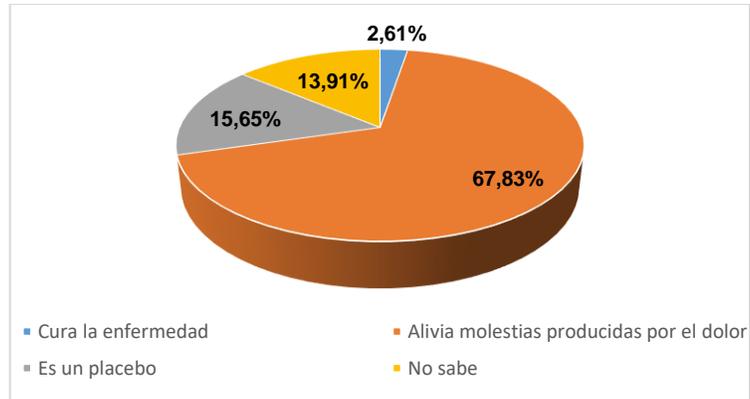
Considerando que el reporte del periodo Opinión del 18 de julio del 2020 da cuenta que la marihuana es la droga ilícita más consumida por los jóvenes en Bolivia, de ahí que según los encuestados en el presente estudio, este consumo se debe fundamentalmente a la curiosidad de la juventud respecto de experimentar algo nuevo, así lo afirma el 46,09% de los participantes, el 28,70% manifiesta que el consumo se debe a mitigar el dolor en caso de enfermedad o necesidad médica, el 16,52% refiere que el consumo de esta sustancia se debe a la adicción que ha generado está en sus consumidores. Finalmente, solo el 8% manifiesta desconocer la razón principal de consumo de marihuana en la sociedad actual.

g) Capacidad de la marihuana para convertirse en sustancia adictiva



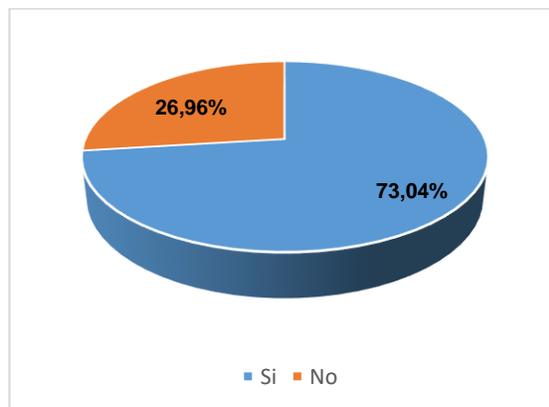
La composición que hace al cannabis sativa, tiende a que su consumo prolongado o desmedido pueda desembocar en una adicción, razón por la que en muchos países es considerada una sustancia prohibida de comercializar y consumir. En tal sentido, en criterio de los encuestados, el 81,7 % de los encuestados considera que sin control de consumo, esta sustancia puede fácilmente convertirse en una sustancia adictiva y nociva para la salud del consumidor, el 18,26 % manifiesta que el consumo de esta sustancia puede ser controlado y medido lo que evita que se convierta en una adicción.

h) Efectos que genera la marihuana cuando se usa como tratamiento médico



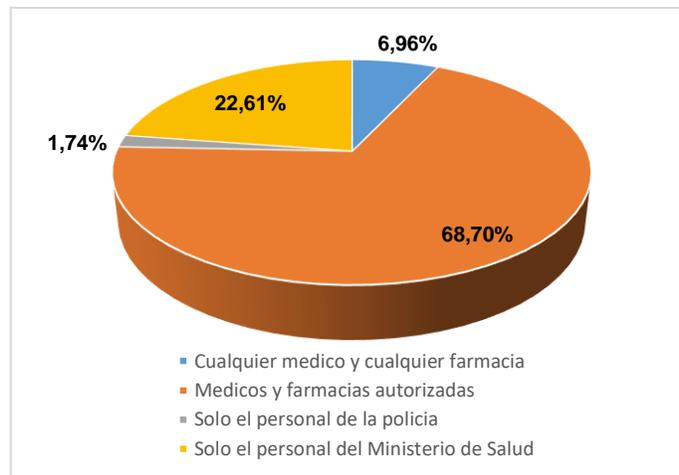
Sabiendo que la información referida al uso que se le da a la marihuana en otros países y los estudios realizados al respecto, los encuestados en este estudio, manifiestan en un 67,8% que el efecto medicinal de esta sustancia es fundamentalmente el de aliviar las molestias producidas por el dolor, para el 15,6% su uso no es relevante porque consideran que es un placebo, el 2,6 % considera que puede llegar a curar una enfermedad, aspecto que es poco probable. Finalmente, el 13,9 manifiesta desconocer que efectos específicos puede generar la marihuana si se la utiliza en tratamiento médico.

i) Consideración respecto de que si el uso de marihuana en tratamientos médicos puede mejorar el bienestar de los pacientes que lo necesitan



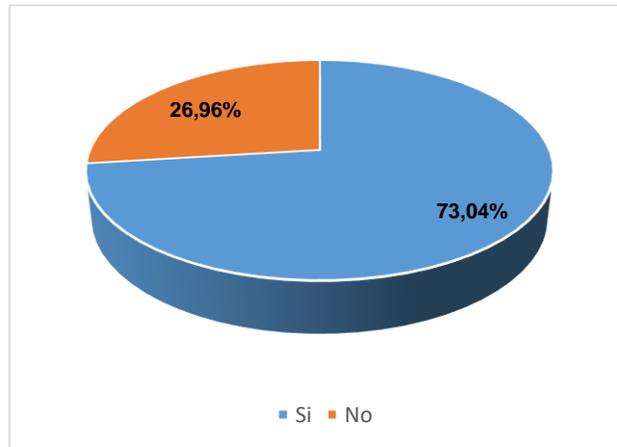
El 73% de las personas encuestadas considera que el uso de la marihuana beneficiaría a las personas que necesitan paliar el dolor y las molestias generadas por una enfermedad, más si esta es de diagnóstico terminal y permite una permanencia digna que evite el sufrimiento del paciente y de la familia del mismo. El 26,9 % considera que no es relevante.

j) Consulta referida a quién debería tener a su cargo el control del consumo de marihuana de uso medicinal



Ante la posibilidad manifiesta de logra modificar la normativa para que se permita el consumo legal de marihuana con fines de tratamiento médico, la población encuestada manifiesta en un 68,7% que el control de expendio de esta sustancia debería estar encargada a médicos y farmacias autorizadas, para que así se evite un consumo desmedido e ilícito, el 22,6 % refiere que este control debe ser encargado al personal del Ministerio de Salud, el 6,9% manifiesta que el control debe recaer en cualquier médico y cualquier farmacia para hacer libre este consumo, el 1,7% manifiesta que el control debe ser administrado por la Policía Boliviana

k) Necesidad de legalizar el consumo de marihuana con fines terapéuticos médicos



Por todos los antecedentes rescatados en el trabajo de campo realizado, se ha podido percibir que en la población participante existe una tendencia mayoritaria de aceptar la posibilidad de legalizar el consumo de marihuana cuando esta tiene fines terapéuticos y es bajo receta médica, así el 73 % de los encuestados lo manifiesta. El 26,9 % manifiesta que no existe una necesidad, que la justifica a partir de plantear que se puede abrir un precedente para luego tratar de legalizar otro tipo de sustancias nocivas para el consumo humano que perjudicaría el desarrollo de la sociedad, fundamentalmente de la juventud.

3. CRITERIO REFERIDOS A LA REGULACIÓN DEL USO DEL CANNABIS SATIVA PARA FINES MÉDICOS

En la línea investigativa planteada en el presente estudio, se puede establecer básicamente algunos parámetros de análisis que permitan entender algunos criterios que hacen a la necesidad de regular el uso del cannabis sativa para fines médicos. Más allá de los criterios recogidos en el trabajo de campo, se deben considerar algunos otros aspectos los mismos que se pueden detallar de la siguiente manera:

a) Beneficios de la legalización de la marihuana con fines médicos

El establecimiento de una legalidad en el consumo para fines terapéuticos y medicinales de la marihuana puede establecer algunos parámetros a favor que se pueden describir de la siguiente manera (Hernández González & Sotelo Morales, 2018):

- 1) Regulación del comercio de la marihuana para garantizar calidad, canales de distribución, establecimientos adecuados para su comercialización, lugares de consumo, precio de la sustancia, etc., por medio de una reglamentación de la norma a proponerse.
- 2) La marihuana posee menor nivel de toxicidad al compararla con otras drogas como LSD, y socialmente es mejor aceptada.
- 3) Uso medicinal y terapéutico: existen alrededor de 60 tipos de compuestos contenidos en el cannabis sativa que entre algunos de sus efectos se encuentran: antiinflamatorio, analgésico, antipsicótico, ansiolítico y antiepiléptico.
- 4) Su regulación induciría disminución de tasas de narcotráfico.
- 5) En la ley se puede establecer dosis máximas legales de consumo personal e inmediato, así mismo debe regular la forma de adquirir la marihuana de manera regulada y legal.
- 6) Si bien es cierto que, a dosis mayores de cannabis, mayores alteraciones psicomotoras que interfieren con manejo vehicular seguro, se deberían regular que su tratamiento sea similar al del consumo de alcohol, si bebe no conduce, si consume marihuana por prescripción médica, no conduce.
- 7) Se puede plantear un principio de Jurisprudencia: Aunque la marihuana es una sustancia potencialmente tóxica y adictiva su legalización obedecería al principio del “mal menor” que implicaría una sustancial disminución del mal mayor (violencia, crimen, ignorancia de muchos aspectos del proceso sociocultural de la adicción) y estaría acorde con libertades individuales de elección que representa el mal menor.

Ahora, de la misma manera a fin de considerar claramente los criterios que hacen a la necesidad de regulación planteada en el presente estudio, se debe analizar algunos aspectos que serían contraproducentes si se hace efectiva la propuesta, así en función a lo planteado por Hernández González y Sotelo Morales (2018), se puede expresar lo siguiente:

- 1) La regulación del comercio de cualquier sustancia adictiva facilitaría el acceso de los consumidores a ellas y por consiguiente se incrementaría el consumo ilícito, si no se regula adecuadamente y se controla su expendio.
- 2) La legalización de la marihuana transmitiría a la población un mensaje de menor riesgo ante el consumo (relación inversamente proporcional entre el riesgo percibido hacia la marihuana y su uso), muchas más personas tratarían de consumirla.
- 3) Pese a tener un relativamente bajo nivel de toxicidad, produce uso, abuso y dependencia en un porcentaje relevante de la población consumidora (alrededor de 7%).
- 4) Limitaciones para la utilización de derivados de cannabis como opción terapéutica ante la existencia de otros fármacos como opción segura.
- 5) Su uso constante produce efectos de variable magnitud en el sistema nervioso central generando alteración de la memoria a corto plazo, atención, juicio, planeación, toma de decisiones, abstracción, resolución de problemas; además de alteraciones psicomotoras y cardiovasculares.
- 6) La marihuana puede ser “puerta de entrada” para el consumo de otras sustancias.
- 7) El consumo de cannabis se ha asociado a un aumento significativo del riesgo de ocasionar accidentes automovilísticos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio se plantean en función a los objetivos de investigación que se han establecido como guía del presente trabajo, así se puede mencionar lo siguiente:

- Al determinar el fundamento teórico y jurídico que regula la producción, el uso y la comercialización de sustancias controladas en Bolivia, se ha podido determinar que, tanto el consumo de drogas como la política de tratamiento del tráfico de sustancias controladas o narcotráfico, son espacios de gran dinamismo y de diferenciación propia entre ellos, si bien el Estado en Bolivia está construido sobre los cimientos fundados en años anteriores, tiene también la necesidad de adaptarse rápidamente a los nuevos cambios en la configuración social nacional e internacional, por lo que debe acomodar su legislación a nuevas necesidades. Las leyes sobre drogas y sustancias controladas, afirman algunos conceptos que no se implementan en la normativa, así se menciona la investigación tanto científica como en otras áreas, pero esta no se efectiviza, lo que impide que se pueda abrir esta normatividad a alternativas de regulación que se refiera a temas específicos como el uso controlado de la marihuana.

Bolivia no cuenta con una regulación específica respecto del cannabis y sus derivados, y mucho menos de otras sustancias que se consumen dentro del territorio nacional y por lo tanto su comercialización es ilegal

Por otro lado se debe mencionar que el acto de consumir estupefacientes es voluntario, por lo que no se puede imputar a otra persona por el daño a la salud que se ocasione con su uso y esta conducta debe llevar consigo la única pena que se deba pagar como responsabilidad propia del consumidor y no de otra persona, por lo que se coincide con algunos autores respecto de la idea de que el Estado al asumir el carácter de rector de la vida del ciudadano en cuanto a vigencia de derechos, debe trabajar en dotar de condiciones adecuadas para la vida más si este

ciudadano sufre de una enfermedad terminal o es agobiado por el dolor que le quitan la dignidad de vida al individuo.

- Para establecer el criterio jurídico y social que sustente la necesidad de regular el uso del cannabis sativa para fines médicos, se ha asumido el análisis considerando solo los extremos establecidos en la presente investigación que se orientan a la realidad nacional, por lo que se considera solo la modificación de la norma en función a lograr la despenalización del consumo de cannabis sativa solo con fines medicinales y no así recreativos, porque de ser así se estaría atentando contra la política general del Estado de lucha contra el narcotráfico.

En ese entendido, la norma propuesta, permitirá abrir el debate a fin de establecer la pertinencia o no de una modificación en lo que respecta a la política nacional de las sustancias controladas, de ahí que se debe considerar que existen algunas políticas en esta materia que están orientadas hacia la integración social de los consumidores de drogas, mientras que se pone límite al lavado de dinero y otros fenómenos, por lo que la propuesta planteada en este estudio, carece de un ámbito integral ya que ataca solo una parte del problema de las drogas (consumo con fines terapéuticos) y no el conjunto total del problema que pasa por el consumo, la producción, el tráfico, la venta, la demanda y la oferta, esta tarea debe recaer en manos de los organismos estatales que tiene a su disposición los medios para analizar con mayor objetividad estos parámetros a fin de estar acordes con las necesidades de la población.

- Finalmente, al definir los aspectos jurídicos y legislativos que debe contener la propuesta legislativa de regulación del cannabis sativa para su uso médico, se debe considerar que, cuando se habla de la legalización de la Marihuana se piensa en las normas jurídicas que debieran regular las actividades relacionadas con la producción, comercialización y consumo de la misma, se debe entender que es complejo para una sociedad como la boliviana entrar a ese debate, debido a que las políticas estatales respecto al tema no son lo suficientemente desarrolladas para poder cubrir tal demanda, es decir que no existen normas específicas y mucho

menos estudios serios que puedan sustentar una política de esta naturaleza, de ahí que solo se busca, por el momento, regular el consumo de cannabis en función a su uso médico o terapéutico.

CAPITULO VII:

PROPUESTA

1. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta por el carácter de cobertura que tiene, debe ser de carácter nacional y aplicable en todo el territorio que comprende la jurisdicción del estado Plurinacional de Bolivia.

2. COMPONENTES DE LA PROPUESTA

2.1. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la implementación de la norma, se pueden considerar de la siguiente manera:

- **Beneficiarios Directos.**

Los beneficiarios directos de la implementación de esta propuesta son los ciudadanos bolivianos que a consecuencia de alguna enfermedad o como resultado de un tratamiento médico, tienen la necesidad de consumir cannabis sativa o sus derivados para restablecer su salud o paliar sus afecciones.

- **Beneficiarios Indirectos.**

La propuesta beneficia también a la sociedad boliviana en su conjunto debido que, se pretende a partir de la misma, reducir los niveles de criminalidad generados por el consumo ilícito y su venta ilegal de la marihuana y sus derivados.

2.2. METAS

La propuesta tiene como meta constituirse en un incentivo estatal para lograr reducir los niveles de criminalidad respecto del consumo y venta ilegal de marihuana y sus derivados en el territorio nacional.

3. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA

TÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA NORMA:

Artículo 1. (OBJETO)

La presente ley tiene por objeto proteger a los habitantes del estado Plurinacional de Bolivia de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, reducir las consecuencias sanitarias, sociales y económicas que se dan por la necesidad de consumir cannabis, marihuana o alguno de sus derivados, en razón de tratamiento médico debido a enfermedad diagnosticada o por consecuencias del propio tratamiento terapéutico.

Artículo 2. (Finalidad)

La presente ley tiene la finalidad de garantizar el bienestar, y la protección de los derechos fundamentales a la vida y a la salud de las personas que necesitan consumir cannabis, marihuana o alguno de sus derivados, en razón de tratamiento médico debido a enfermedad diagnosticada o por consecuencias del propio tratamiento, en cumplimiento a los principios, valores, derechos y deberes reconocidos y consagrados en la Constitución Política del Estado

Artículo 3. (Alcance de la ley) La presente Ley no reconoce inmunidad, fuero o privilegio alguno, y es aplicable a todos los bolivianos y bolivianas de origen o nacionalizados y a todo estante y habitante en territorio nacional que se encuentre bajo la jurisdicción del Estado.

TITULO II

DEL CONSUMO DE CANNABIS, MARIHUANA O DE CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS CON FINES MÉDICOS EN EL TERRITORIO NACIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

Artículo 4. Se autoriza el consumo de Cannabis, marihuana o alguno de sus derivados destinados a tratamiento médico debido a enfermedad diagnosticada o por consecuencias del propio tratamiento, siempre y cuando esté debidamente justificado por presentación y valoración de prescripción médica original y sea autorizado por la instancia competente de acuerdo a reglamentación de la presente norma.

Artículo 5. Se autoriza a las farmacias especializadas y autorizadas por el Ministerio de salud y la entidad competente, el expendio de Cannabis, marihuana o alguno de sus derivados destinados a tratamiento médico debido a enfermedad diagnosticada o por consecuencias del propio tratamiento, debidamente acreditadas bajo prescripción médica

Artículo 6. Modifíquese la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas de 19 de Julio de 1988 en su artículo N° 35 de la siguiente manera:

Artículo 35. Prohibición de posesión o depósito: “Ninguna persona natural o jurídica podrá tener o poseer en forma, cantidad o sitio alguno, fármacos o drogas que contengan o sean sustancias controladas, sin previa autorización del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, consultada al Consejo Nacional contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, a no ser que sea este Cannabis, marihuana o alguno de sus derivados, que sean utilizados o estén destinados a tratamiento médico debido a enfermedad diagnosticada o por consecuencias del propio tratamiento. En el caso de que el portador o depositario comercialice Cannabis, marihuana o alguno de sus derivados, deberá acreditar autorización expresa emitida por órgano competente de acuerdo a reglamentación de la presente norma. En caso de que el portador o depositario sea consumidor con fin terapéutico, debe acreditar autorización de consumo, cantidad de consumo y razón del mismo, certificada y

documentada por prescripción médica original expresa y registro como consumidor ante instancia competente de acuerdo a reglamentación de la presente norma”.

Artículo 7. Modifíquese la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas de 19 de Julio de 1988 en su artículo N° 375 de la siguiente manera:

***Artículo 37** “Queda prohibido el tráfico, fraccionamiento y consumo de sustancias controladas consignadas en las Listas del anexo a la presente Ley, exceptuando el cannabis, la marihuana o alguno de sus derivados, siempre que estén sujetos a las consideraciones del artículo 35 de esta misma ley”*

Artículo 8 Las modificaciones realizadas por mérito de la presente ley, deben ser reglamentadas para su puesta en vigencia, en un plazo no mayor a los 90 días de la promulgación de esta, para el efecto, se deben considerar las particularidades de consumo y tráfico de cannabis, marihuana y sus derivados en el territorio nacional.

Es dado en Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los.....días del mes de del año.....

BIBLIOGRAFÍA

- ANF. (2018). *Cuidados paliativos, un derecho humano ausente del sistema de salud*.
Obtenido de Noticias FIDES:
<https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/cuidados-paliativos-un-derecho-humano-que-no-considera-el-sistema-de-salud-de-bolivia-388444>
- ANMAT. (2018). *¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?* Obtenido de Admistracion Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica Argentina:
http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf
- Avalos, F. (2012). *Efectos económicos y sociales de la legalización de cocaína en Bolivia*.
La Paz : UMSA.
- AZUELA, R., & VIDAL, A. (1995). *Análisis psicológico y social del Cannabis, Tesis de licenciatura en psicología*. México: UNAM.
- Calafat, A. (2011). *Cannabis*. España: Ministerio del Interior, Delegacion del Gobierno de España.
- Calderón, J. C. (2014). *El funcionalismo*. Obtenido de Ciencias políticas UNAM:
<https://www2.politicas.unam.mx/sae/wp-content/uploads/2014/09/ElFuncionalismoSoc.pdf>
- Carbonell, M. (3 de diciembre de 2020). *Regulación Jurídica*. Obtenido de Ejercicio profesional: <https://miguelcarbonell.me/2020/12/03/como-lograr-una-buena-regulacion-juridica/>
- Casas, S. (2011). *América Latina: Coca, Cocaína y Narcotráfico*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata.

- Castañares Céspedes, J. (15 de diciembre de 2020). *¿Marihuana medicinal en Bolivia?* Obtenido de *Guardiana*, periodismo digital: <https://guardiana.com.bo/opinion/marihuana-medicinal-en-bolivia/>
- Caudevilla Gállico, F. (2018). *Efectos psicológicos del cannabis*. España: IMSALUD.
- Del Olmo, R. (. (2011). *¿Un nuevo orden económico de la droga ?* En S. Casas, *América Latina: Coca, Cocaína y Narcotráfico*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata.
- Dörr Álamos, A. (2018). *Adolescentes consumidores habituales de marihuana y su vivencia de la temporalidad*. Chile: Universidad de Chile.
- Echave, M. (30 de agosto de 2014). En La Paz es donde más se prueba marihuana. *La Prensa*.
- El ciudadano. (30 de septiembre de 2016). *Despenalización de la marihuana*. Obtenido de El ciudadano: <http://www.elciudadano.cl/2014/09/23/115948/de-uruguay-para-el-mundo-5-lecciones-sobre-la-legalizacion-de-la-marihuana/>
- Fundación por un Mundo Libre de Drogas. (2006). *Los Efectos Dañinos de la Marihuana*. Recuperado el 12 de Agosto de 2014, de drugfreeworld: <http://mx.drugfreeworld.org/drugfacts/marijuana/the-harmful-effects.html>
- FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD. (2012). *Cannabis y sus derivados*. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de En plenas facultades: <http://www.enplenasfacultades.org/cannabis-y-derivados>
- Gaceta Oficial de Bolivia. (2017). *Ley N° 913, Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas*. La Paz : Gaceta Oficial de Bolivia.
- García Huerta, R. M. (2019). *La legalización de la Marihuana en México*. México: Universidad de las Américas Puebla.

- Hernández González, S., & Sotelo Morales, J. (2018). *Argumentos poro el debote sobre lo legalización de lo marihuana en México*. México: Entreciencias.
- Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodologia de la Investigación*. México: McGRAW HILL.
- Kairuz, M. (2016). *Revisión sistemática de estudios clínicos sobre el consumo de cannabis con fines terapéuticos entre los años 2005 – 2015*. Colombia: Universidad Javeriana.
- Maldonado, R. (2002). *Tolerancia y dependencia de cannabinoides*. Madrid: Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas.
- Meehan, E. J. (1973). Pensamiento político contemporáneo, Estudio crítico. En A. Montoro Ballesteros, *El funcionalismo en el Derecho* (págs. 365 - 366). España: Anuario de Derechos Humanos.
- Merino, P. (2010). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*, 275-280.
- Ministerio Público de Venezuela . (2 de marzo de 2016). *Glosario Farmaco y Drogodependencia*. Obtenido de Criminalística: <http://criminalistica.mp.gob.ve/drogo-y-farmacodependencia/>
- Molina, M. (2008). *El cannabis en la historia: pasado y presente*. México: CIJ.
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la Investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis*. Colombia: Editorial Universitaria.
- Ossorio, M. (2011). *Diiccionario de Ciencias Jurídicas y sociales*. Recuperado el 02 de septiembre de 2012, de Escuela de Jueces del estado Plurinacional de Bolivia: http://www.ijb.gob.bo/diccionario_juridico/diccionario_juridico.aspx

- Palenque Reyes, H. (2017). *Efectos económicos y sociales de la legalización de la cocaína en Bolivia*. Bolivia: Universidad mayor de San Andrés.
- Reyes Calderón, J. (2017). *Descriminalización y Despenalización*. Obtenido de La Hora : <https://lahora.gt/hemeroteca-lh/descriminalizacion-y-despenalizacion/>
- Robles, R. (3 de junio de 2018). *Narcotráfico en Bolivia*. Obtenido de EDUCA: <https://www.educa.com.bo/la-nacion-sin-rumbo-1978-1982/el-narcotrafico>
- Rojas, F. (5 de noviembre de 2015). El uso de la marihuana con fines médicos. *La Razón* .
- SENDA. (2018). *Las drogas y sus efectos*. Obtenido de Ministerio del Interior y seguridad Pública Chile: <https://www.senda.gob.cl/informacion-sobre-drogas/conoce-mas-sobre-las-drogas/glosario/terminos-a-a-la-f/>
- Steven, W. (2005). *El Libro de la marihuana*. Argentina: Oniro. S.A. .
- Vargas Flores, A. (2007). *Guía teórico práctico, para la elaboración de Tesis*. La Paz Bolivia: Edit. Juventud.

ANEXO I

GUÍA DE ENCUESTAS

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

Encuesta N°

ENCUESTAS

OBJETIVO

Establecer la pertinencia de una regulación normativa que permita el uso del cannabis sativa para garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal en Bolivia

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

La presente entrevista es de carácter informativo para elaborar un estudio titulado “LA REGULACIÓN DEL USO DEL CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL”, la información recabada a partir de esta entrevista tiene fines enteramente académicos y será manejada con la más estricta confidencialidad y de forma anónima, razón por el cual se le ruega colaborar con la veracidad de la información.

En este contexto, solicitamos a ustedes llenar el formulario con la mayor claridad y objetividad posible

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

1. Edad
 - a) Entre 18 y 35 años.....
 - b) Entre 35 y 50 años.....
 - c) Más de 50 años

2. Genero
 - a) Masculino.....
 - b) Femenino.....

3. Máximo grado de formación educativa alcanzada
 - a) Bachillerato.....
 - b) Estudios a nivel técnico.....
 - c) Licenciatura.....
 - d) Post grado.....

4. Condición laboral
 - a) Actual estudiante.....
 - b) Desempleado en busca de empleo.....
 - c) Trabajador independiente.....
 - d) Empleado público.....
 - e) Empleado en institución privada.....
 - f) Jubilado.....

DATOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

5. ¿Qué es la marihuana (cannabis sativo)?
 - a) Es una droga estimulante.....
 - b) Es una droga psicotrópica.....
 - c) Es una droga medicinal.....
 - d) No sabe.....

6. En tu experiencia personal, ¿Cuál crees la razón fundamental que motiva su consumo?
 - a) Curiosidad.....
 - b) Adicción a las drogas.....
 - c) Necesidad de mitigar el dolor.....
 - d) No sabe.....

7. ¿Consideras que la marihuana puede llegar a ser adictiva?
 - a) Si
 - b) No.....

¿Por qué?

.....

.....

8. En base a la información que tienes, ¿Cuáles son los efectos que produce la marihuana cuando se usa como tratamiento medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?
 - c) Cura la enfermedad
 - d) Alivia las molestias producidas por el dolor.....
 - e) Es solo un placebo.....

¿Por qué?

.....

.....

9. ¿Regular el uso de la marihuana medicinal aumentará el la posibilidad de bienestar y el derecho a la salud de los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal?
 - a) Si
 - b) No.....

¿Por qué?

.....

.....

10. ¿El uso de la marihuana en la medicinal puede ser la puerta de entrada para el uso de otras drogas en este ámbito?

a) Si

b) No.....

¿Por

qué?

.....
.....

11. Considera usted que, ¿El uso de la marihuana medicinal puede derivar en el aumento del uso de esta sustancia por parte de la población “sana” que la podrían percibir como un producto “inofensivo”?

a) Si

b) No.....

¿Por

qué?

.....
.....

12. ¿Quién debería tener a su cargo la posibilidad de recetar y vender marihuana destinada al uso medicinal?

a) Cualquier médico y cualquier farmacia

b) Médicos y farmacias autorizadas.....

c) Solo el personal de la policía.....

d) Solo el personal del ministerio de Salud.....

¿Por

qué?

.....
.....
.....

13. ¿Quién debería encargarse de regular y controlar la producción, el expendio y el consumo de marihuana medicinal?

a) Personal médico especializado

b) La policía

c) Solo el personal del Ministerio de Salud.....

¿Por

qué?

.....
.....
.....

14. ¿Considera usted que, en Bolivia existe la necesidad de legalizar el consumo de marihuana medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales?

a) Si

b) No.....

¿Por

qué?

.....
.....

Lugar y fecha.....

ANEXO II

GUÍA DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

Entrevista N°....

ENTREVISTAS

OBJETIVO

Establecer la pertinencia de una regulación normativa que permita el uso del cannabis sativa para garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal en Bolivia

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

La presente entrevista es de carácter informativo para elaborar un estudio titulado “LA REGULACIÓN DEL USO DEL CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL”, la información recabada a partir de esta entrevista tiene fines enteramente académicos y será manejada con la más estricta confidencialidad y de forma anónima, razón por el cual se le ruega colaborar con la veracidad de la información.

DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO

Nombre y apellido:

Profesión:

Institución en la que desarrolla funciones:

Cargo que actualmente ocupa:

ASPECTOS GENERALES DEL CONTEXTO DE ESTUDIO:

1. Desde su experiencia ¿Qué es la marihuana (cannabis sativa)?
2. ¿Cuál considera la razón fundamental que motiva su consumo en la actualidad?
3. ¿Consideras que la marihuana puede llegar a ser adictiva? ¿Por qué?
4. ¿Considera usted posible usar la marihuana como parte de un tratamiento medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?

5. ¿Cuáles son los efectos que produce la marihuana cuando se usa como parte de un tratamiento médico?

ASPECTOS JURÍDICOS DEL CONTEXTO DE ESTUDIO:

6. ¿Cuál es la razón por la que actualmente la marihuana es considerada una sustancia psicotrópica de uso prohibido en Bolivia?
7. ¿Cuáles son los criterios más relevantes que se plantean en la actualidad para la posible legalización del uso de la marihuana como parte de tratamientos médicos?
8. En su criterio, ¿Cuál es el principal conflicto jurídico que impediría la legalización de la marihuana para su uso en el ámbito médico?
9. En el caso de considerarse la legalización de la marihuana en el ámbito médico ¿Cuáles serían las instancias llamadas por ley e institucionalidad que deberían encargarse del control de la producción, venta y consumo de este elemento?
10. ¿Cuál debería ser el procedimiento para lograr establecer en Bolivia una normativa que legalice el uso de la marihuana como parte de un tratamiento medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?? como se debería asumir la decisión? ¿qué normas se deberían de modificar? ¿Qué instituciones o mecanismos de control se deberían de crear?

Lugar y fecha.....

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

Entrevista N°....

ENTREVISTAS

OBJETIVO

Establecer la pertinencia de una regulación normativa que permita el uso del cannabis sativa para garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal en Bolivia

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

La presente entrevista es de carácter informativo para elaborar un estudio titulado “LA REGULACIÓN DEL USO DEL CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL”, la información recabada a partir de esta entrevista tiene fines enteramente académicos y será manejada con la más estricta confidencialidad y de forma anónima, razón por el cual se le ruega colaborar con la veracidad de la información.

DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO

Nombre y apellido:.....

Profesión:.....

Institución en la que desarrolla funciones:.....

Cargo que actualmente ocupa:.....

ASPECTOS GENERALES DEL CONTEXTO DE ESTUDIO:

1. Desde su experiencia ¿Qué es la marihuana (cannabis sativa)?
2. ¿Desde la perspectiva de la psicología, cuál considera la razón fundamental que motiva su consumo en la actualidad?
3. ¿Consideras que la marihuana puede llegar a ser adictiva? ¿Qué factores motivan esta adicción?
4. ¿Considera usted posible usar la marihuana como parte de un tratamiento medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?

5. ¿Cuáles son los efectos que produce la marihuana cuando se usa como parte de un tratamiento médico, en el paciente y en el entorno familiar?
6. ¿Cuál considera que es la razón por la que actualmente la marihuana es considerada una sustancia psicotrópica que no puede ser usada con fines médicos?
7. En su criterio, ¿Cuál es el principal conflicto emocional, psicológico o de salud que impediría la legalización de la marihuana para su uso en el ámbito médico?
8. En el caso de considerarse la legalización de la marihuana en el ámbito médico ¿Cuáles serían las instancias y acciones necesarias que verifiquen el correcto uso medicinal de esta planta?
9. ¿Cómo se puede determinar la necesidad del uso médico de esta planta en nuestro medio?
10. ¿Cuál debería ser el procedimiento para lograr establecer en Bolivia una normativa que legalice el uso de la marihuana como parte de un tratamiento medicinal en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal?, ¿Debería considerarse la participación y valoración psicológica como parte de esta normativa? ¿El entorno familiar es importante y debe ser considerado dentro de la normativa? ¿Qué instituciones o mecanismos de control se deberían de crear?

Lugar.... Fecha.....

ANEXO III

IMÁGENES DE

ENTREVISTAS

TRABAJO DE CAMPO – ENTREVISTAS



Ilustración 1: Entrevista con Médico Especialista en Oncología Maria Teresa Milton Coronel, Hospital Arco Iris ciudad de La Paz, Fuente Propia.



Ilustración 2: Entrevista Abg. Mayori Araceli Condori Quispe, Especialista en Derecho Penal, actualmente trabaja en la profesión Libre, Fuente Propia.

TRABAJO DE CAMPO – ENTREVISTAS



Ilustración 3: Entrevista con Abg. Rodrigo Hernan Loma Loma, Especialista en Materia Penal, actualmente trabaja en la Profesión Libre, Fuente propia.



Ilustración 4: Entrevista a Medico Paliativista Jheny Alison Chavez Calderon, Médico responsable del Área de oncología del Hospital de Clínicas de La Paz, Fuente Propia

TRABAJO DE CAMPO – ENTREVISTAS



Ilustración 5: Entrevista a Docente Universitaria presidente de la Asociación Boliviana de Cuidados Paliativos en Salud, Medico Meriam Garcia Burgoa, Fuente Propia



Ilustración 6: Entrevista a Diputada Nacional Maria Elena Reque, Asamblea Legislativa, Fuente Propia

TRABAJO DE CAMPO – ENTREVISTAS

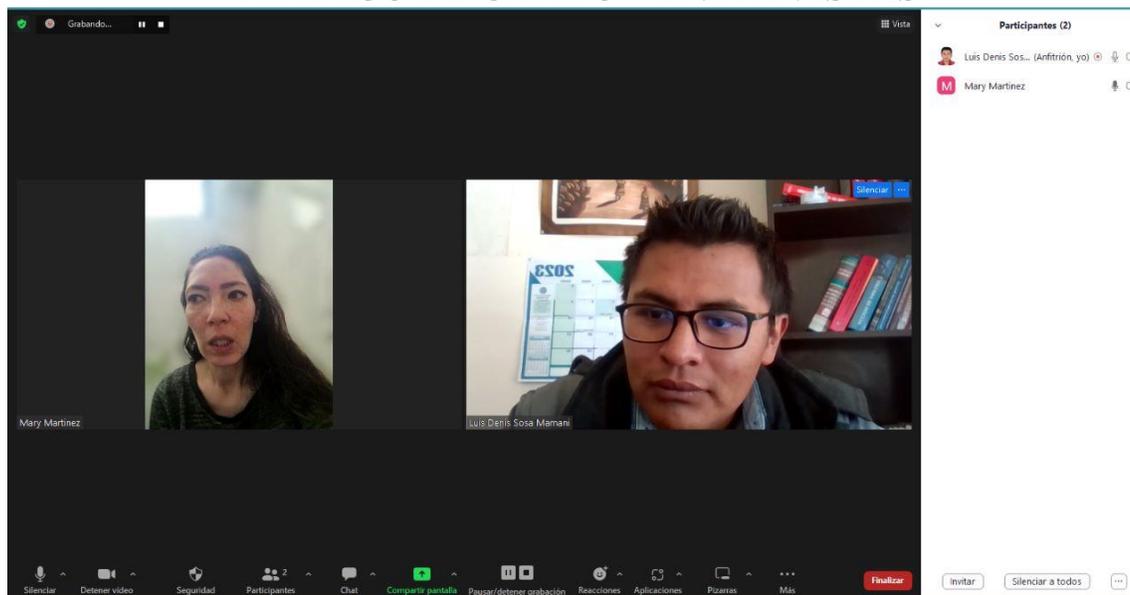


Ilustración 7: Entrevista virtual a la licenciada Marybel Martínez Barrera especialista en psicología, Fuente Propia

ANEXO IV

LEY N° 19.172

MARIGUANA Y SUS DERIVADOS

LEGISLACIÓN URUGUAYA

Ley N° 19.172

MARIHUANA Y SUS DERIVADOS

**CONTROL Y REGULACIÓN DEL ESTADO DE LA IMPORTACIÓN, PRODUCCIÓN,
ADQUISICIÓN, ALMACENAMIENTO, COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN**

**El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en
Asamblea General,**

DECRETAN:

TÍTULO I

DE LOS FINES DE LA PRESENTE LEY

Artículo 1°.- Decláranse de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

Artículo 2°.- Sin perjuicio de lo dispuesto por el [Decreto-Ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974 y sus leyes modificativas, el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados, o cáñamo cuando correspondiere, a través de las instituciones a las cuales otorgue mandato legal, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en los términos y condiciones que al respecto fije la reglamentación.

TÍTULO II

PRINCIPIOS GENERALES

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 3°.- Todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, al disfrute de los espacios públicos en condiciones seguras y a las mejores condiciones de convivencia, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, de conformidad con lo dispuesto en diversos convenios, pactos, declaraciones, protocolos y convenciones internacionales ratificados por ley, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos y libertades consagradas en la [Constitución de la República](#), con sujeción a las limitaciones emergentes del artículo 10 de la misma.

Artículo 4°.- 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.

A tales efectos, se disponen las medidas tendientes al control y regulación del cannabis psicoactivo y sus derivados, así como aquellas que buscan educar, concientizar y prevenir a la sociedad de los riesgos para la salud del uso del cannabis, particularmente en lo que tiene que ver con el desarrollo de las adicciones. Se priorizarán la promoción de actitudes vitales, los hábitos saludables y el bienestar de la comunidad, teniendo en cuenta las pautas de la Organización Mundial de la Salud respecto al consumo de los distintos tipos de sustancias psicoactivas.

TÍTULO III

DEL CANNABIS

CAPÍTULO I

DE LAS MODIFICACIONES A LA NORMATIVA DE ESTUPEFACIENTES

Artículo 5°.- Sustitúyese el artículo 3° del [Decreto-Ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 1° de la [Ley N° 17.016](#), de 22 de octubre de 1998, por el siguiente:

"ARTÍCULO 3°.- Quedan prohibidos la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse estupefacientes y otras sustancias que determinen dependencia física o psíquica, con las siguientes excepciones:

- A) Cuando se realicen con exclusivos fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos de utilización médica. Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Salud Pública y quedarán bajo su control directo.

Tratándose específicamente de cannabis, las plantaciones o cultivos deberán ser autorizados previamente por el Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA), y quedarán bajo su control directo, sin perjuicio de los controles que la legislación vigente otorga a los organismos correspondientes en el ámbito de sus respectivas competencias.

- B) La plantación, el cultivo y la cosecha así como la industrialización y expendio de cannabis psicoactivo con otros fines, siempre que se realice en el marco de la legislación vigente y con autorización previa del IRCCA, quedando bajo su control directo.

Se entiende por cannabis psicoactivo a las sumidades floridas con o sin fruto de la planta hembra del cannabis, exceptuando las semillas y las hojas separadas del tallo, incluidos sus aceites, extractos, preparaciones de potencial uso farmacéutico, jarabes y similares, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) natural, sea igual o superior al 1% (uno por ciento) de su volumen.

- C) La plantación, el cultivo y la cosecha así como la industrialización y comercialización de cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo). Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deberán ser autorizados previamente por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y quedarán bajo su control directo.

Se entiende por cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo) a las plantas o piezas de la planta de los géneros cannabis, las hojas y las puntas floridas, que no contengan más de 1% (uno por ciento) de THC, incluyendo los derivados de tales plantas y piezas de las plantas.

Las semillas de variedades de cáñamo no psicoactivo a utilizar no podrán superar el 0,5% (cero con cinco por ciento) de THC.

- D) La plantación, el cultivo, la cosecha, el acopio para fines de investigación así como la industrialización para uso farmacéutico, siempre que se realice en el marco de la legislación vigente y acorde a lo que establezca la reglamentación, debiendo contar con autorización previa del IRCCA quedando bajo su control directo.
- E) La plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de plantas de cannabis de efecto psicoactivo destinados para consumo personal o compartido en el hogar. Sin perjuicio de ello se entiende destinados al consumo personal o compartido en el hogar, la plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo y el producto de la recolección de la plantación precedente hasta un máximo de 480 gramos anuales.
- F) La plantación, el cultivo y la cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo realizados por clubes de membresía, los que serán controlados por el IRCCA. Dichos clubes deberán ser autorizados por el Poder Ejecutivo de acuerdo a la legislación vigente, y en la forma y condiciones que establecerá la reglamentación que se dicte al respecto.

Los clubes de membresía deberán tener un mínimo de quince y un máximo de cuarenta y cinco socios. Podrán plantar hasta noventa y nueve plantas de cannabis de uso psicoactivo y obtener como producto de la recolección de la plantación un máximo de acopio anual proporcional al número de socios y conforme a la cantidad que se estableciere para el uso no medicinal de cannabis psicoactivo.

- G) El IRCCA otorgará licencias de expendio de cannabis psicoactivo a las farmacias (de acuerdo con el [Decreto-Ley N° 15.703](#), de 11 de enero de 1985 y sus leyes modificativas) conforme las condiciones establecidas en la legislación vigente y el procedimiento y requisitos que estableciere la reglamentación.

El expendio de cannabis psicoactivo para consumo personal requerirá que se acredite en el registro correspondiente según lo establecido en el artículo 8° de la presente ley, conforme a las estipulaciones legales, en tanto el expendio para uso medicinal requerirá receta médica.

El expendio de cannabis psicoactivo para uso no medicinal no podrá superar los 40 gramos mensuales por usuario.

Toda plantación no autorizada deberá ser destruida con intervención del Juez competente. El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de los literales precedentes, inclusive los mecanismos de acceso a las semillas, el que siendo destinado a plantaciones de cannabis psicoactivo para consumo personal en el marco de la legislación vigente, se considerará en todos los casos como actividad lícita. Dicha reglamentación es sin perjuicio de los contralores que la legislación vigente establece para toda plantación o cultivo que se realice en territorio nacional, en lo que resultare aplicable. Asimismo, la

reglamentación establecerá los estándares de seguridad y las condiciones de uso de las licencias de cultivos para los fines previstos en los literales precedentes.

La marihuana resultante de la cosecha y el cultivo de las plantaciones referidas en los literales B), D) y E) del presente artículo no podrá estar prensada".

Artículo 6°.- Sustitúyese el artículo 30 del [Decreto-Ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 3° de la [Ley N° 17.016](#), de 22 de octubre de 1998, por el siguiente:

"ARTÍCULO 30.- El que, sin autorización legal, produjere de cualquier manera las materias primas o las sustancias, según los casos, capaces de producir dependencia psíquica o física, contenidas en las listas a que refiere el artículo 1°, precursores químicos y otros productos químicos, contenidos en las Tablas 1 y 2 de la presente ley, así como los que determine el Poder Ejecutivo según la facultad contenida en el artículo 15 de la presente ley, será castigado con pena de veinte meses de prisión a diez años de penitenciaría.

Quedará exento de responsabilidad el que produjere marihuana mediante la plantación, el cultivo y la cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo en los términos de lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley. El destino a que refiere el literal E) del artículo 3° será valorado, en su caso, por el Juez competente y con arreglo a las reglas de la sana crítica, en caso que se superaren las cantidades allí referidas".

Artículo 7°.- Sustitúyese el artículo 31 del [Decreto-Ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 3° de la [Ley N° 17.016](#), de 22 de octubre de 1998, por el siguiente:

"ARTÍCULO 31.- El que sin autorización legal, importare, exportare, introdujere en tránsito, distribuyere, transportare, tuviere en su poder no para su consumo, fuere depositario, almacenare, poseyere, ofreciere en venta o negociare de cualquier modo, alguna de las materias primas, sustancias, precursores químicos y otros productos químicos mencionados en el artículo anterior y de acuerdo con lo dispuesto en éste, será castigado con la misma pena prevista en dicho artículo.

Quedará exento de responsabilidad el que transportare, tuviere en su poder, fuere depositario, almacenare o poseyere una cantidad destinada a su consumo personal, lo que será valorado por el Juez conforme a las reglas de la sana crítica.

Sin perjuicio de ello, se entenderá como cantidad destinada al consumo personal hasta 40 gramos de marihuana. Asimismo, tampoco se verá alcanzado por lo dispuesto en el primer inciso del presente artículo el que en su hogar tuviere en su poder, fuere depositario, almacenare o poseyere la cosecha de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo obtenidas de acuerdo con lo dispuesto en el literal E) del artículo 3° de la presente ley, o se tratare de la cosecha correspondiente a los integrantes de un club de membresía conforme con lo previsto por el literal F) del artículo 3° de la presente ley y la reglamentación respectiva".

Artículo 8°.- Tratándose de cannabis, el Instituto de Regulación y Control del Cannabis llevará sendos registros para las excepciones previstas en los literales A), B), C), D), E), F) y G) del artículo 3° del [Decreto-Ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 5° de la presente ley.

Las características de dichos registros serán objeto de reglamentación por parte del Poder Ejecutivo.

La información relativa a la identidad de los titulares de los actos de registro tendrá carácter de dato sensible para lo establecido en los literales E) y F) del artículo 5° de la presente ley, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 18 de la [Ley N° 18.331](#), de 11 de agosto de 2008.

El registro del cultivo, según la legislación vigente, será requisito indispensable para poder ampararse en las disposiciones de la presente ley. Cumplidos ciento ochenta días desde la puesta en funcionamiento del referido registro, el que no tendrá costo para los usuarios y se hará para asegurar la trazabilidad y control de los cultivos, solo se admitirán registros de plantíos a efectuarse.

CAPÍTULO II

DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN Y LOS USUARIOS

Artículo 9°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud deberá disponer de las políticas y dispositivos pertinentes para la promoción de la salud, la prevención del uso problemático de cannabis, así como disponer de los dispositivos de atención adecuados para el asesoramiento, orientación y tratamiento de los usuarios problemáticos de cannabis que así lo requieran.

En las ciudades con población superior a diez mil habitantes se instalarán dispositivos de información, asesoramiento, diagnóstico, derivación, atención, rehabilitación y tratamiento e inserción de usuarios problemáticos de drogas, cuya gestión, administración y funcionamiento estará a cargo de la Junta Nacional de Drogas, pudiendo suscribirse a tales efectos convenios con la Administración de los Servicios de Salud del Estado y las instituciones prestadoras de salud privadas, Gobiernos Departamentales, Municipios y organizaciones de la sociedad civil.

Artículo 10.- El Sistema Nacional de Educación Pública deberá disponer de políticas educativas para la promoción de la salud, la prevención del uso problemático de cannabis desde la perspectiva del desarrollo de habilidades para la vida y en el marco de las políticas de gestión de riesgos y reducción de daños del uso problemático de sustancias psicoactivas.

Dichas políticas educativas comprenderán su inclusión curricular en educación primaria, en educación secundaria y en educación técnico-profesional, con el fin de prevenir sobre el daño que produce el consumo de drogas, incluido el cannabis. La Administración Nacional de Educación Pública resolverá sobre la forma de instrumentar esta disposición.

Será obligatoria la inclusión de la disciplina "Prevención del Uso Problemático de Drogas", en las propuestas programáticas y planes de estudio para educación inicial, primaria, secundaria, y técnico-profesional, formación docente y en la Universidad Tecnológica.

Dentro de dicha disciplina se incluirán espacios especialmente destinados a la educación vial y a la incidencia del consumo de las sustancias psicoactivas en los siniestros de tránsito.

Artículo 11.- Prohíbese toda forma de publicidad, directa o indirecta, promoción, auspicio o patrocinio de los productos de cannabis psicoactivo y por cualesquiera de los diversos medios de comunicación: prensa escrita, radio, televisión, cine, revistas, filmaciones en general, carteles, vallas en vía pública, folletos, estandartes, correo electrónico, tecnologías de Internet, así como por cualquier otro medio idóneo.

Artículo 12.- La Junta Nacional de Drogas estará obligada a realizar campañas educativas, publicitarias y de difusión y concientización para la población en general respecto a los riesgos, efectos y potenciales daños del uso de drogas, para cuyo financiamiento podrá realizar convenios y acuerdos con las empresas del Estado y el sector privado.

Artículo 13.- Serán de aplicación al consumo de cannabis psicoactivo las medidas de protección de espacios establecidas por el artículo 3° de la [Ley N° 18.256](#), de 6 de marzo de 2008.

Artículo 14.- Los menores de 18 años de edad e incapaces no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo. La violación de lo dispuesto precedentemente aparejará las responsabilidades penales previstas por el [Decreto-ley N° 14.294](#), de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por la [Ley N° 17.016](#), de 22 de octubre de 1988, y por la presente ley.

Artículo 15.- Conforme con lo dispuesto por el artículo 46 de la [Ley N° 18.191](#), de 14 de noviembre de 2007, todo conductor estará inhabilitado para conducir vehículos en zonas urbanas, suburbanas o rurales del territorio nacional, cuando la concentración de tetrahidrocannabinol (THC) en el organismo sea superior a la permitida conforme con la reglamentación que se dictará al respecto.

La Junta Nacional de Drogas brindará capacitación, asesoramiento y los insumos necesarios a los funcionarios especialmente designados a tales efectos, del Ministerio del Interior, del Ministerio de Transporte y Obras Públicas, de las Intendencias, de los Municipios y de la Prefectura Nacional Naval, con la finalidad de realizar los procedimientos y métodos de contralor expresamente establecidos por las autoridades competentes a los fines previstos en el inciso anterior, en sus jurisdicciones y conforme a sus respectivas competencias. Dichos exámenes y pruebas podrán ser ratificados a través de exámenes de sangre, u otros exámenes clínicos o paraclínicos, por los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El conductor a quien se le compruebe que conducía vehículos contraviniendo los límites de THC a que refiere el inciso primero del presente artículo, será pasible de las sanciones previstas en el inciso segundo del artículo 46 de la [Ley N° 18.191](#), de 14 de noviembre de 2007.

Artículo 16.- El Estado, las instituciones de enseñanza referidas en el artículo 10, las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como las organizaciones paraestatales y de la sociedad civil con personería jurídica vigente, podrán solicitar a la Junta Nacional de Drogas capacitación, asesoramiento y eventualmente recursos humanos y materiales a los efectos de realizar procedimientos y contralores similares a los definidos en el artículo 15 de la presente ley, con finalidades preventivas y educativas de disminución de riesgos.

Los procedimientos y contralores a que refiere el inciso anterior, solamente podrán aplicarse en los casos de riesgo cierto para la integridad física o psíquica de terceros, en las condiciones que determinará la reglamentación.

TÍTULO IV

DEL INSTITUTO DE REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS

CAPÍTULO I

CREACIÓN

Artículo 17.- Créase el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), como persona jurídica de derecho público no estatal.

Artículo 18.- El Instituto de Regulación y Control del Cannabis tendrá como finalidades:

- A) Regular las actividades de plantación, cultivo, cosecha, producción, elaboración, acopio, distribución y expendio de cannabis, en el marco de las disposiciones de la presente ley y la legislación vigente.
- B) Promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y los daños asociados al uso problemático de cannabis, de acuerdo a las políticas definidas por la Junta Nacional de Drogas y en coordinación con las autoridades nacionales y departamentales.
- C) Fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley a su cargo.

Artículo 19.- Compete a la Junta Nacional de Drogas la fijación de la política nacional en materia de cannabis según los objetivos establecidos en el artículo anterior, contando para ello con el asesoramiento del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA). Este adecuará su actuación a dicha política nacional.

El IRCCA se vinculará y coordinará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO II

DE LA ADMINISTRACIÓN

Artículo 20.- Los órganos del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) serán:

- A) Junta Directiva.
- B) Dirección Ejecutiva.
- C) Consejo Nacional Honorario.

Artículo 21.- La Junta Directiva será el jerarca del Instituto de Regulación y Control del Cannabis y sus miembros serán personas de reconocida solvencia moral y técnica. Estará integrada por:

- Un representante de la Secretaría Nacional de Drogas, que la presidirá.
- Un representante del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.
- Un representante del Ministerio de Desarrollo Social.
- Un representante del Ministerio de Salud Pública.

La designación de los miembros de la Junta Directiva incluirá la de sus correspondientes suplentes.

Artículo 22.- La duración del mandato de los miembros de la Junta Directiva será de cinco años, pudiendo ser reelectos por un solo período consecutivo.

Los miembros salientes permanecerán en sus funciones hasta que asuman los nuevos miembros designados.

Artículo 23.- La Junta Directiva fijará su régimen de sesiones.

Las resoluciones se adoptarán por mayoría. En caso de empate, el Presidente tendrá doble voto.

Artículo 24.- Habrá un Director Ejecutivo designado por la mayoría de la Junta Directiva, con el voto conforme del Presidente. Su retribución será fijada por la Junta Directiva con la conformidad del Poder Ejecutivo y con cargo a los recursos del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

El Director Ejecutivo asistirá a las sesiones de la Junta Directiva con voz y sin voto.

Artículo 25.- El Director Ejecutivo será contratado por períodos de tres años renovables. Para su destitución o no renovación del contrato se deberá contar con la mayoría de los votos de la Junta Directiva, incluido el del Presidente.

Artículo 26.- El Consejo Nacional Honorario estará integrado por un representante de cada uno de los siguientes organismos del Estado: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Industria, Energía y Minería; un representante de la Universidad de la República; un representante del Congreso de Intendentes; un representante de los clubes de membresía; un representante de asociaciones de autocultivadores; un representante de los licenciarios. Actuará en plenario con los miembros de la Junta Directiva y con el Director Ejecutivo.

Los representantes de los clubes de membresía y asociaciones de autocultivadores y de los licenciarios serán nombrados por el Poder Ejecutivo a propuesta de éstos.

La reglamentación de la presente ley y sus eventuales modificaciones podrán variar la integración de este Consejo, ampliando el número de miembros.

El Consejo podrá ser convocado tanto a solicitud de la Junta Directiva como a solicitud de tres de sus miembros.

CAPÍTULO III

DE LOS COMETIDOS Y ATRIBUCIONES

Artículo 27.- Son cometidos del Instituto de Regulación y Control del Cannabis:

- A) El control y fiscalización de la plantación, cultivo, cosecha, producción, acopio, distribución y expedición de cannabis, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en la legislación vigente, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos y entes públicos.

B) Asesorar al Poder Ejecutivo:

- 1) En la formulación y aplicación de las políticas públicas dirigidas a regular y controlar la distribución, comercialización, expendio, ofrecimiento y consumo de cannabis.
- 2) En el desarrollo de estrategias dirigidas al retraso de la edad de inicio del consumo, al aumento de la percepción del riesgo del consumo abusivo y a la disminución de los consumos problemáticos.
- 3) En la coordinación de los ofrecimientos de cooperación técnica realizados al país en esta materia.
- 4) En el aporte de evidencia científica, mediante la investigación y evaluación de la estrategia para la orientación de las políticas públicas de cannabis.

Artículo 28.- Son atribuciones del Instituto de Regulación y Control del Cannabis:

- A) Otorgar las licencias para producir, elaborar, acopiar, distribuir y expender cannabis psicoactivo, así como sus prórrogas, modificaciones, suspensiones y supresiones, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en la reglamentación respectiva.
- B) Crear un registro de usuarios, protegiendo su identidad, manteniendo el anonimato y privacidad conforme con las disposiciones legales vigentes y a la reglamentación respectiva. La información relativa a la identidad de los titulares de los actos de registro tendrá carácter de dato sensible de conformidad con lo dispuesto por el artículo 18 de la [Ley N° 18.331](#), de 11 de agosto de 2008.
- C) Registrar las declaraciones de autocultivo de cannabis psicoactivo, conforme con las disposiciones legales vigentes, la presente ley y la reglamentación respectiva.
- D) Autorizar los clubes de membresía cannábicos conforme con las disposiciones legales vigentes y la reglamentación respectiva.
- E) Dirigirse directamente a los organismos públicos para recabar y recibir la información necesaria para el cumplimiento de los cometidos asignados.
- F) Celebrar convenios con instituciones públicas o privadas a efectos del cumplimiento de sus cometidos, en especial con aquellas que ya tienen asignada competencia en la materia.
- G) Fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones vigentes a su cargo.
- H) Dictar los actos administrativos necesarios para el cumplimiento de sus cometidos.
- I) Determinar y aplicar las sanciones pertinentes por infracciones a las normas regulatorias establecidas en esta ley y su reglamentación.

- J) Ejecutar las sanciones que imponga, a cuyos efectos los testimonios de sus resoluciones firmes constituirán título ejecutivo. Son resoluciones firmes las consentidas expresa o tácitamente por el sancionado y las que denieguen el recurso de reposición previsto en la presente ley.

Artículo 29.- La Junta Directiva, en su carácter de órgano máximo de administración del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), tendrá las siguientes atribuciones:

- A) Proyectar el Reglamento General del IRCCA y someterlo a la aprobación del Ministerio de Salud Pública.
- B) Aprobar el estatuto de sus empleados dentro de los seis meses de su instalación. El mismo se registrará, en lo previsto, por las reglas del derecho privado.
- C) Designar, trasladar y destituir al personal.
- D) Fijar el costo de las licencias, al amparo de lo dispuesto en el artículo anterior de la presente ley.
- E) Aprobar su presupuesto y elevarlo al Poder Ejecutivo para su conocimiento, conjuntamente con el plan de actividades.
- F) Aprobar los planes, programas y los proyectos especiales.
- G) Elevar la memoria y el balance anual del IRCCA.
- H) Administrar los recursos y bienes del IRCCA.
- I) Adquirir, gravar y enajenar toda clase de bienes. Cuando se trate de bienes inmuebles deberá resolverse por mayoría especial de por lo menos tres miembros.
- J) Delegar las atribuciones que estime pertinentes mediante resolución fundada y por mayoría de sus miembros.
- K) En general, realizar todos los actos civiles y comerciales, dictar los actos de administración interna y realizar las operaciones materiales inherentes a sus poderes generales de administración, con arreglo a los cometidos y especialización del IRCCA.

Artículo 30.- El Director Ejecutivo tendrá las siguientes atribuciones:

- A) Cumplir y hacer cumplir las normas vigentes en la materia de competencia del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA).
- B) Ejecutar los planes, programas y resoluciones aprobados por la Junta Directiva.

C) Realizar todas las tareas inherentes a la administración del personal y a la organización interna del IRCCA.

D) Toda otra que la Junta Directiva le encomiende o delegue.

Artículo 31.- El Consejo Nacional Honorario, en su carácter de órgano de consulta del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), actuará:

A) Asesorando en la elaboración del Reglamento General del IRCCA.

B) Asesorando en la elaboración de los planes y programas en forma previa a su aprobación.

C) Asesorando en todo aquello que la Junta Directiva le solicite.

D) Opinando en toda otra cuestión relacionada con los cometidos del IRCCA, cuando lo estime conveniente.

CAPÍTULO IV

DE LOS RECURSOS, LA GESTIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO

Artículo 32.- Constituirán los recursos del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA):

A) La recaudación por concepto de licencias y permisos, al amparo de lo dispuesto en la presente ley.

B) Un aporte anual del Estado con cargo a Rentas Generales en el monto que determine el presupuesto quinquenal. El Poder Ejecutivo podrá modificar esta magnitud considerando la evolución de los ingresos del IRCCA.

C) Las herencias, legados y donaciones que acepte el IRCCA.

D) Los valores o bienes que se le asignen al IRCCA a cualquier título.

E) El producido de las multas y sanciones que aplique.

F) Todo otro recurso que perciba por aplicación de la legislación vigente.

Artículo 33.- El contralor administrativo del Instituto de Regulación y Control del Cannabis será ejercido por el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública.

Dicho contralor se ejercerá tanto por razones de juridicidad, como de oportunidad o conveniencia.

A tal efecto, el Poder Ejecutivo podrá formular las observaciones que crea pertinente, así como proponer la suspensión de los actos observados y los correctivos o remociones que considere del caso.

Artículo 34.- La Auditoría Interna de la Nación ejercerá la fiscalización de la gestión financiera del Instituto de Regulación y Control del Cannabis, debiendo remitirse a la misma la rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal dentro de los noventa días del cierre de cada ejercicio.

La reglamentación de la presente ley determinará la forma y fecha de los balances, cierre de los mismos y su publicidad.

Artículo 35.- Contra las resoluciones de la Junta Directiva procederá el recurso de reposición que deberá interponerse dentro de los veinte días hábiles contados a partir del siguiente a la notificación del acto al interesado. Una vez interpuesto el recurso, la Junta Directiva dispondrá de treinta días hábiles para instruir y resolver el asunto.

Denegado el recurso de reposición el recurrente podrá interponer, únicamente por razones de legalidad, demanda de anulación del acto impugnado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Turno a la fecha en que dicho acto fue dictado.

La interposición de esta demanda deberá hacerse dentro del término de veinte días de notificada la denegatoria expresa o, en su defecto, del momento en que se configure la denegatoria ficta.

La demanda de anulación sólo podrá ser interpuesta por el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por el acto impugnado. El Tribunal fallará en última instancia.

Artículo 36.- Cuando la resolución emanare del Director Ejecutivo, conjunta o subsidiariamente con el recurso de reposición, podrá interponerse el recurso jerárquico para ante la Junta Directiva.

Este recurso de reposición deberá interponerse y resolverse en los plazos previstos en el artículo anterior, el que también regirá en lo pertinente para la resolución del recurso jerárquico y para el posterior contralor jurisdiccional.

Artículo 37.- El Instituto de Regulación y Control del Cannabis está exonerado de todo tipo de tributos, excepto las contribuciones de seguridad social. En lo no previsto especialmente por la presente ley, su régimen de funcionamiento será el de la actividad privada, especialmente en cuanto a su contabilidad, estatuto de su personal y contratos que celebre.

Artículo 38.- Los bienes del Instituto de Regulación y Control del Cannabis son inembargables.

CAPÍTULO V

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 39.- La Junta Directiva del Instituto de Regulación y Control del Cannabis será el órgano encargado de aplicar las sanciones por infracciones a las normas vigentes en materia de licencias, sin perjuicio de las responsabilidades penales que pudieren corresponder. El procedimiento aplicable en estos casos será materia de la reglamentación.

Artículo 40.- Las infracciones a que hace referencia el artículo anterior, atendiendo a la gravedad de la infracción y a los antecedentes del infractor, serán sancionadas con:

- A) Apercibimiento.
- B) Multa desde 20 UR (veinte unidades reajustables) hasta 2.000 UR (dos mil unidades reajustables).
- C) Decomiso de la mercadería o de los elementos utilizados para cometer la infracción.
- D) Destrucción de la mercadería cuando corresponda.
- E) Suspensión del infractor en el registro correspondiente.
- F) Inhabilitación temporal o permanente.
- G) Clausura parcial o total, temporal o permanente, de los establecimientos y locales de los licenciatarios, sean propios o de terceros.

Las sanciones precedentemente establecidas podrán aplicarse en forma acumulativa y atendiendo a la gravedad de la infracción y a los antecedentes del responsable.

Artículo 41.- Sin perjuicio del ejercicio de las potestades sancionatorias precedentes, habiendo tomado conocimiento la Junta Directiva o su Director Ejecutivo, en el ejercicio de las facultades de control y fiscalización cometidas al Instituto de Regulación y Control del Cannabis, de la existencia de actividades de carácter delictivo, efectuarán la denuncia respectiva ante la autoridad judicial competente.

TÍTULO V

DE LA EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE LEY

Artículo 42.- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, una Unidad Especializada en Evaluación y Monitoreo de la presente ley que tendrá carácter técnico y estará conformada por personal especializado en la evaluación y monitoreo de políticas. Tendrá carácter independiente y emitirá informes anuales los que, sin tener carácter vinculante, deberán ser tenidos en consideración por los organismos y entidades encargados de la ejecución de esta ley. Dicho informe será remitido a la Asamblea General.

TÍTULO VI

DE LA APLICACIÓN DE LA PRESENTE LEY

Artículo 43.- El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley en un plazo de ciento veinte días desde su promulgación.

Artículo 44.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo establecido en esta ley.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 10 de diciembre de 2013.

DANILO ASTORI,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Secretario.

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 20 de diciembre de 2013.

Cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establece el control y la regulación por parte del Estado de la importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización, distribución y consumo de la marihuana y sus derivados.

JOSÉ MUJICA.
EDUARDO BONOMI.
LUIS ALMAGRO.
RICARDO EHRLICH.
ENRIQUE PINTADO.
ROBERTO KREIMERMAN.
EDUARDO BRENTA.
SUSANA MUÑIZ.
TABARÉ AGUERRE.
LILIAM KECHICHIAN.
FRANCISCO BELTRAME.
DANIEL OLESKER.

ANEXO V

AUTORIZACIÓN DE USO DE CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA

AUTORIZAN USO DE CANNABIS MEDICINAL DE MANERA EXCEPCIONAL PARA UNA MENOR POR EL LAPSO DE 3 MESES



La Paz, 22 nov (UC/MSyD).- La Agencia Estatal de Medicamentos (AGEMED) dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, autorizó el uso del aceite Cannabis de manera “excepcional y exclusiva” por el tiempo de tres meses para una niña que sigue el tratamiento de parálisis cerebral y discapacidad severa.

“Autorizar a la señora Katherine NN la importación de: tres frascos de aceite interno Cannamedicol (extracto de Cannabis sativa), gotas orales— frascos x25 ml. La señora Katherine, madre y representante legal deberá cumplir con el compromiso asumido que establece el empleo del producto EXCLUSIVAMENTE para uso Compasivo para el tratamiento médico de la menor, bajo la supervisión del médico tratante en el Estado Plurinacional de Bolivia”, señala la Resolución Administrativa L/446 emitida por la AGEMED.

Esa determinación fue asumida por la Agencia Estatal de Medicamentos con “la finalidad de garantizar la vida, salud y el bien superior de la niña”.

Según el informe médico del galeno chileno, Pedro Musalem, la menor de 5 años de edad ya usó el preparado de cannabis sativa que produjo efectos positivos, sin ocurrencia de efectos adversos de relevancia. Mejoró notablemente la espasticidad y la calidad del sueño, así como el desempeño cotidiano.

En los antecedentes el médico tratante refiere que la menor fue atendida en su consultorio radicado en Chile desde mayo de 2019 donde ya se experimentó el uso del aceite mencionado dando buenos resultados por lo que sugirió seguir el tratamiento.

Es en ese marco que la AGEMED amparada en la Ley N° 913 de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas en su artículo 18 párrafo II que señala: Las personas naturales o jurídicas, deben registrarse y solicitar autorización previa a la instancia competente del Ministerio de Salud para la importación, exportación, comercialización o producción de sustancias controladas de uso medicinal, consignadas en las Listas I, II, III y IV del Anexo de la presente Ley, autorización que será otorgada mediante Resolución Administrativa de Licencia Previa.

En este caso, el Cannabis está consignado en la lista anexo IV, de esa norma que fue promulgada por el entonces presidente Evo Morales en marzo de 2017.

FUENTE: <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/bolivia-autoriza-uso-medicinal-aceite-cannabis-caso-nina-forma-excepcional/20211122222752844184.html>

Cannabis. Logran que el Estado autorice su uso con fin terapéutico

Vida



Los Tiempos

Publicado el 16/05/2021 a las 0h40

ESCUCHA LA NOTICIA
PENÉLOPE MERCADO |

Pese a falta de regulación específica en la normativa boliviana, el colectivo Acción Andina Boliviana logró que, por primera vez, el Estado autorice el uso del aceite de cannabis (marihuana) en una niña con lesión cerebral.

“Acción Andina–Bolivia ha presentado la primera solicitud de uso de cannabis medicinal, para un paciente menor de edad, a quien el aceite de cannabis le reduce en un 60% los espasmos diarios. La respuesta del Estado ha sido positiva”, señala la publicación del 2 de mayo del colectivo.

Este camino no ha sido fácil, porque aún está vigente la Ley 1008, que penaliza el uso de la marihuana, sin embargo la Ley 913 de Sustancias Controladas abre la oportunidad de utilizar la marihuana con fines medicinales, pero aún falta su reglamentación.

A esto se suma que en diciembre de 2020, la Organización de Naciones Unidas (ONU) reconoció oficialmente las propiedades terapéuticas de esta planta y su resina al retirarlas de la lista IV de la Convención sobre drogas de 1961, un espacio reservado para las sustancias más perjudiciales y sin potencial médico reconocido. Sin embargo, aún se mantiene incluida en la lista I, que agrupa a las sustancias muy adictivas y de probable uso indebido.

En Bolivia, “como no hay regulación, los pacientes elaboran sus propios aceites, o los compran a otras personas que elaboran en forma artesanal, o si compran fármacos de cannabis de compañías farmacéuticas estos son de contrabando y están en el mercado negro. Esa es la realidad en Bolivia, mientras no haya una regulación del cannabis medicinal”, explica la coordinadora de Acción Andina Boliviana y especialista en política de drogas, Gloria Rose Achá.

Gloria prefiere evitar dar detalles, por ahora, sobre el procedimiento para la autorización que se logró para que una niña pueda utilizar el aceite de cannabis que le aminora sus convulsiones, pero refiere los varios estudios científicos realizados en el mundo sobre los beneficios del cannabis medicinal en niños y niñas con enfermedades neurológicas, como el estudio del Centro Médico Wolfso y el Centro Médico Tikum Olan, en Israel, publicado en 2017 que demostró que el uso medicinal de derivados del cannabis ayuda a niños con parálisis cerebral, reduciendo sus síntomas y mejorando sus habilidades motoras.

“Si usted le pregunta esto a un médico en Bolivia no tendrá mucha información porque la falta de regulación impide que haya formación, cursos”, señala.

Sin embargo, agrega que mucha gente que padece alguna enfermedad grave, crónica o incurable ya se beneficia de las bondades de esta planta. Menciona las personas que sufren esclerosis múltiple, varios tipos de cáncer, glaucoma, artritis, diferentes tipos de epilepsia, Párkinson, Alzheimer, parálisis cerebral, síndrome de Tourette, fibromialgia, enfermedad de Crohn, VIH/SIDA, dependencia a químicos, autismo, psoriasis y quienes sufren de dolor crónico.

ART 18- LEY 913

II. Las personas naturales o jurídicas, deben registrarse y solicitar autorización previa a la instancia competente del Ministerio de Salud para la importación, exportación, comercialización o producción de sustancias controladas de uso medicinal, consignadas en las Listas I, II, III y IV del Anexo de la presente Ley, autorización que será otorgada mediante Resolución Administrativa de Licencia Previa.

LEGALIZACIÓN. INICIATIVA PARALIZADA EN LA ALP

En marzo de 2020, se conoció que el Comité de Lucha contra el Narcotráfico de la Cámara de Diputados junto con organizaciones sociales trabajaron un borrador de proyecto de ley para legalizar la marihuana con fines medicinales. Sin embargo, la iniciativa quedó paralizada debido a los conflictos poselectorales de 2019 y el cambio de gobierno.

“Se vino trabajando en el proyecto de ley de uso medicinal del cannabis, del aceite de la marihuana. Entonces tenemos ya un borrador que se ha trabajado con algunas organizaciones sociales que están utilizando este componente como medicina”, explicó la entonces secretaria del Comité, Brígida Quiroga, en una entrevista con Página Siete.

El borrador del proyecto, añadió Quiroga, fue socializado con especialistas que trabajan en el uso del aceite de cannabis para aliviar dolencias. “No es que no se usa en Bolivia. Hay casos ya de gente que se ha tratado con este aceite y que se ha beneficiado de manera muy grande. Hay casos en Cochabamba y aquí en La Paz. No son sólo usuarios, sino profesionales que están acompañando ya la aplicación de este aceite con muy buenos resultados”.

Definición

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, por “planta de cannabis” se entiende toda planta del género cannabis. La planta de cannabis, *Cannabis sativa* L. es una única especie, pero se divide en varias subespecies, a saber: sativa, indica y ruderalis.

No obstante, la planta de cannabis tiene numerosas variedades distintas desde el punto de vista biológico, químico o morfológico.

Al tratarse de una especie “dioica”, la planta puede ser estaminada (masculina) o pistilada (femenina). Sin embargo, también se dan casos aislados de plantas “monoicas” o hermafroditas en las que coexisten ambos sexos en una sola planta.

El término “cannabis” se suele utilizar también para designar distintos productos que se obtienen de la planta de cannabis.

PUEDE BENEFICIAR A GENTE CON UNA LISTA GRANDE DE PATOLOGÍAS

DR. PEDRO MUSALEM NAZAR | *Médico cirujano de Chile , magíster en salud pública y doctor en Antropología Social*

El cannabis puede ayudar a personas con enfermedades graves con su efecto antiinflamatorio, neuro protector e inmunomodulador, esos son los tres efectos fisiológicos principales de los fito cannabinoides que influyen en el sistema endocannabinoide humano de formas complejas que están siendo investigadas en los últimos 30 años.

El cannabis medicinal se puede usar por vía inhalatoria, vaporizado, y se puede utilizar también tópico, en la piel como crema, como ungüento y también como aceite o resina por vía oral, estas son las formas de administración más comunes en medicina.

Por otro lado, muchos no tienen el conocimiento de esto, la marihuana es su nombre coloquial para la cannabis nativa, es la misma planta y puede beneficiar a gente con, realmente, una lista grande de patologías, porque como es un antiinflamatorio, también tiene un efecto analgésico.

El cannabis medicinal se puede usar por vía inhalatoria, vaporizado, y se puede utilizar también vía tópica.

Entonces, quizá han visto beneficios en muchas enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o en enfermedades del neuro desarrollo como las parálisis cerebral o las epilepsias infantiles, en caso de traumas de accidentes vasculares encefálico, todo tipo de lesión anatómica en el sistema nervioso central logra buenos niveles de respuesta con los cannabinoides, luego están todas las enfermedades autoinmunes como la colitis ulcerosa, la artritis reumatoidea, la enfermedad de Cohn. Son cuadros que responden bien a la cannabis por el efecto inmunomodulador o por el efecto antiinflamatorio y analgésico también, además de estos efectos, la cannabis por la

THC posee una propiedad orexígena, consiste en que produce apetito, a un nivel, por ejemplo de pacientes de cáncer o con cualquier estado de debilidad general por mal nutrición, va a tener un efecto positivo, porque va a producir apetito y sueño, para gente que come poco, duerme poco, por ejemplo un enfermo de cáncer que está deprimido por su situación, disminuyen sus niveles de ansiedad, de dolor y les aumenta el apetito.

FUENTE: <https://www.lostiempos.com/doble-click/vida/20210516/cannabis-logran-que-estado-autorice-su-uso-fin-terapeutico>

ANEXO VI

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA

N° L/466 La Paz, 15 de noviembre de

2021

00488513

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

RECIBIDO

09 JUN 2022

La Paz 7 de junio de 2022

Hrs: 8:55

 **AGEMED**

Señor

Dr. Yuri Quisbert Aruquipa

DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO

AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

Presente

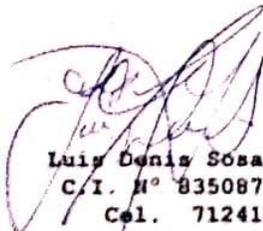
REF.-SOLICITUD DE COPIAS SIMPLES

Señor autoridad

Con el fin de contribuir a la investigación académica correspondiente al avance de mi tesis aprobado por la RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 85/2021 del 04 de Noviembre del 2021, emitido por el Instituto de Investigaciones, Seminarios y Tesis de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la UMSA, el cual lleva por título "**LA DESPENALIZACIÓN DEL USO DE CANNABIS SATIVA EN BOLIVIA COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL**", en amparo a lo establecido por el Art. 24 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, SOLICITO a su autoridad por la unidad que corresponda se me extienda FOTOCOPIAS SIMPLE, de la Resolución Administrativa N° L/446 emitida por la AGEMED el cual resuelve "Autorizar a la señora Katherine NN la importación de: tres frascos de aceite interno Cannamedicol (extracto de Cannabis sativa), gotas orales-frascos x25 ml. La señora Katherine, madre y representante legal deberá cumplir con el compromiso asumido que establece el empleo del producto **EXCLUSIVAMENTE** para uso Compasivo para el tratamiento médico de la menor, bajo la supervisión del médico tratante en el Estado Plurinacional de Bolivia", emitida en la gestión 2021, asimismo, con todos los anexos previos a dicha resolución.

Esperando una respuesta favorable, y poniéndome a su disposición para la coordinación de la entrega de dichas copias, me despido muy atentamente agradeciendo su atención.

Atentamente



Luis Denis Sosa Mamani

C.I. N° 8350871 L.P.

Cel. 71241356

Adj.: SA N° 85/2021



RESOLUCION ADMINISTRATIVA N° L/446 La Paz, 15 de noviembre de 2021

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 15 parágrafo I. de la Constitución Política del Estado alude que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.

Que, el Artículo 18. Paragrafo I. establece que, todas las personas tienen derecho a la salud. Parágrafo II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Paragrafo III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Paragrafo III. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Que, el Artículo 41 de la Constitución Política del Estado, señala que el estado garantizará el acceso de la Población a los Medicamentos, la Ley N° 1737 de 17 de diciembre de 1996, Decreto Supremo N°25235 de 30 de noviembre de 1998, y Decreto Supremo N° 2905 de 21 de septiembre de 2016 en su Artículo 7° Inciso a) señala que la AGEMED, entre otras funciones tiene la de emitir licencias y autorizaciones previas de importación, mediante Resoluciones Administrativas.

Que, el Artículo 60 de la Constitución Política del Estado determina que es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.

Que, la Ley 913 de 16 de marzo de 2017, Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas refiere: Artículo 18. Paragrafo I. Las personas naturales o jurídicas, deben registrarse y solicitar autorización previa a la instancia competente del Ministerio de Gobierno, para la importación, exportación, comercialización o producción de las sustancias químicas controladas de uso industrial, señaladas en la lista V del Anexo de la presente Ley, la misma que será otorgada mediante Resolución Administrativa. Paragrafo II. Las personas naturales o jurídicas, deben registrarse y solicitar autorización previa a la instancia competente del Ministerio de Salud para la importación, exportación, comercialización o producción de sustancias controladas de uso medicinal, consignadas en las listas I, II, III y IV del anexo del mismo cuerpo legal, autorización que será otorgada mediante Resolución Administrativa de Licencia Previa.

Que, mediante Informe Técnico MSyD/AGEMED/AUMyT/AAVyC/IT/466/2021 de 10 de noviembre de 2021 emitido por la Profesional de Inspección y Fiscalización y la Profesional en Vigilancia y Control I del Departamento de Vigilancia y Control de la AGEMED con referencia "Licencia Previa de importación de aceite de cannabis (THC:CBD) de manera excepcional" y en cuya conclusión acredita que el requerimiento de este aceite de cannabis descrito en la tabla I será destinado exclusivamente para el tratamiento de parálisis cerebral y discapacidad severa de una menor de edad, bajo la responsabilidad de la madre y representante legal, señora Katherine Alejandra Bethzabe Ascarrunz de Rada, profesional médico Dr. Hugo Tejerina (boliviano) especialidad pediatría, Dr. Pedro Musalem Nazar (profesional médico chileno tratante).

Que, mediante Informe Legal N° MSyD/AGEMED/ADAJ/L/981/2021 de 10 de noviembre de 2021, se concluye que la solicitud de licencia previa planteada por la señora Katherine Alejandra Bethzabe Ascarrunz de Rada como madre y representante legal de la menor de edad, en cumplimiento de la normativa en actual vigencia y con la finalidad de garantizar la vida, salud y el bien superior de la niña, se autorice la importación del aceite de cannabis



000071



de forma EXCEPCIONAL mismo que será destinado EXCLUSIVAMENTE para uso compasivo para el tratamiento médico de la menor, bajo supervisión de la señora madre y médico tratante en el Estado plurinacional de Bolivia.

POR TANTO: El Director General Ejecutivo de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud – AGEMED, en uso de las facultades y atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 2905 de 21 de septiembre de 2016.

RESUELVE:

PRIMERO. Autorizar señora Katherine Alejandra Bethzabe Ascarrunz de Rada la importación de:

N°.	Cantidad	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	Concentración
1.	3 frascos	ACEITE INTERNO CANNAMEDICOL (EXTRACTO DE CANNABIS SATIVA) – GOTAS ORALES – FRASCO X 25 ML	RATIO 2:1, THC:CBD (1.9 MG DE THC POR ML

Producto fabricado por CANNAMEDICOL con domicilio en CALLE 4 #6 -21 TAMINANGO, DEPARTAMENTO DEL NARIÑO, procedente de COLOMBIA, EXPORTADO de CANNAMEDICOL., con domicilio en CALLE 4 #6 -21 TAMINANGO, DEPARTAMENTO DEL NARIÑO, procedente de COLOMBIA, según factura proforma #005961 de 23 de septiembre de 2021.

La señora Katherine Alejandra Bethzabe Ascarrunz de Rada, madre y representante legal deberá cumplir con el compromiso asumido que establece el empleo del producto EXCLUSIVAMENTE para uso compasivo para el tratamiento médico de la menor, bajo la supervisión del médico tratante en el Estado Plurinacional de Bolivia.

SEGUNDO. La presente Resolución Administrativa tiene validez por una sola vez y vigencia de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de emisión.

Regístrese, comuníquese, cúmplase y archívese.

Y. Pineda Quintero Arce
DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
AGEMED

RECIBIDO ORIGINAL ASINADO
OSCAR PARDO
C.I. 6756405

