

**EL CANNABIS MEDICINAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DERECHO AL
DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES CON
TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS EN COLOMBIA**

Luz Angely Shayna Chia Hernandez

Especialización Derecho de Familia

Universidad la Gran Colombia

Bogotá, 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Metodología

1.2 Justificación

1.3 Objetivos

2 CAPÍTULO I

MARCO LEGAL

3 CAPITULO II

DERECHO FUNDAMENTAL A LA INTEGRIDAD DE LOS NNA

4 CAPITULO III

TERAPIA CON CANNABIS MEDICINAL EN COLOMBIA

5 CAPITULO IV

DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA DIGNA DE LOS NNA CON
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

6 CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

El concepto del derecho al desarrollo integral da alusión al derecho de interés superior del niño que, justamente, es la protección integral y simultánea del desarrollo y la calidad o **“nivel de vida adecuada”** que el estado, sociedad y familia debe garantizarle a los niños, niñas y adolescentes, como lo reconoce el artículo 27.1 de la Convención de los niños.

Se entiende como trastornos neurológicos las enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, el sistema nervioso autónomo, las raíces nerviosas, la placa neuromuscular y los músculos.

La ley 1787 del año 2016 definió el vocablo cannabis como «las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se la designe» (Ley 1787, 2016)

El cannabis ha sido la planta más utilizada al paso de la historia por miles de culturas alrededor del mundo con diversos fines, entre ellos, la medicina. Sin embargo, la aparición de fármacos sintéticos, por una parte, y el desconocimiento del mecanismo de acción de los compuestos presentes en la planta de cannabis por otra, junto con las presiones políticas que empezaron a limitar su uso por “tabús”, entorpeció por un gran periodo los avances científicos y legales del Cannabis. Pero, con base a evidencias científicas, esta planta medicinal ha demostrado que reduce los síntomas de múltiples enfermedades neurológicas como dolor crónico, epilepsia, etc... mejorando la calidad de vida de niños, niña y adolescentes en Colombia.

Gracias a las sepas ricas en canabidoil “CBD” que posee el cannabis, se pueden tratar una amplia gama de dolencias humanas, donde niños, niñas y adolescentes que, se encuentran sumergidos en una situación crítica de salud, ahora pueden acceder a nueva terapia alternativa fuera de lo tradicional, que le ha permitido tanto sus familias como a los menores de edad, poder vivir de una manera más digna, con menos dolencias e incluso con la erradicación de sus síntomas.

Potenciando su desarrollo integral.

Por ellos, estos últimos seis años se ha podido ver como los legisladores, bajo el marco de la normatividad colombiana y el bloque constitucional, han venido aflojando las regulaciones sobre el cannabis medicinal, robusteciendo normas y leyes, que han fortalecido las políticas públicas. Demostrando como el cannabis está dejando de ser un tema relacionado con la delincuencia y crimen en Colombia.

1. INTRODUCCIÓN

La utilización del cannabis está generando un cambio de paradigmas médicos reflejados en evidencias científicas. Los tratamientos mejoran la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes (desde ahora NNA), con algún tipo de afectación, en este caso neurológica. El Cannabis, también, se ha dado paso en el mercado con cierto escepticismo, a pesar de los “tabú” existentes alrededor de esta planta. Estas supersticiones se expresan en el miedo a la estigmatización social, mitos de dependencia e influencia de la persona a la drogadicción y aseveraciones respecto de la no funcionalidad de los procedimientos médicos.

En el marco de esta problemática, el presente estudio analiza los impactos del uso del cannabis medicinal en el derecho fundamental al desarrollo integral de los NNA con trastornos neurológicos en Colombia. Partiendo de este objetivo, la investigación indaga: ¿Qué impacto tiene el uso terapéutico del cannabis medicinal en el derecho al desarrollo integral de los NNA con enfermedades neurológicas en Colombia en conexidad con su derecho a la salud y una vida digna?

1.2 METODOLOGÍA

Para dar respuesta a esta inquietud se implementó un diseño metodológico cualitativo de exploración documental, el cual reviso investigaciones, sentencias, normatividad y convenios internacionales referente a la implementación del cannabis medicinal en Colombia en NNA con enfermedades neurológicas.

Se destacan como referencia: La Convención de Ginebra de 1924 sobre los Derechos de los niños. La ley 1787 de 2016 que estableció el marco regulatorio del uso de cannabis y sus derivados con fines médicos y científicos en el territorio colombiano, permitiendo su uso seguro e informado. Y el artículo 44 de la Constitución Política que desarrolla los derechos fundamentales de los NNA en Colombia.

El trabajo consta de 3 partes: se inicia abarcando el derecho integral de los NNA para contextualizar que “el desarrollo integral” no solo abarca los aspectos físicos de los NNA, sino que a su vez desarrolla la totalidad de sus derechos, como la salud, una vida digna, tener una familia que lo ame, un Estado que guarde por su calidad de vida, etc. En segundo lugar, se desarrolla a fondo la terapia con cannabis medicinal desde un enfoque de salud pública para tener un acercamiento de como un tratamiento adecuado ayuda a cumplir con la perspectiva de promoción, prevención y reducción de afectaciones en la vida de los NNA en Colombia. Y, en el tercer momento se desarrollará la conexidad del cannabis medicinal con el derecho a la salud y una vida digna desde el punto de vista del derecho al desarrollo integral en Colombia.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de este estudio cualitativo se enfoca en qué medida (calidad y cobertura), se está ofreciendo tratamiento a los NNA que lo necesitan en Colombia, para garantizarle su derecho fundamental al desarrollo integral y su derecho a la primacía.

Es evidente que el cannabis medicinal es un cambio paradigmático, que está reflejando su efectividad, como lo demuestra la ciencia. Según la Organización Mundial de la Salud, la droga es, en medicina, “toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental”. Definición que cuadra con el cannabis y las medicinas derivadas de él, donde varios países avalan el uso médico de esté. Por esto, es pertinente abarcar este tema que está en auge en las terapias medicinales referente al consumo del cannabis y el beneficio que le ofrece día a día a los NNA que presentan afectaciones en su salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Describir los fundamentos jurídicos del desarrollo del Cannabis medicinal en las políticas gubernamentales en la Republica de Colombia.

1.4.2 Identificar los beneficios de la terapia con las moléculas cannabinoides de cannabidiol “CBD” y tetrahidrocannabinol “THC” como política de protección integral.

1.4.3 Explicar la relación de la terapia de cannabis con el derecho fundamental al desarrollo integral de los NNA en Colombia.

2. CAPITULO 1.

MARCO JURIDICO INTERNACIONAL Y NACIONAL RELACIONADO CON EL DERECHO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NNA Y EL CANNABIS MEDICIAL

Por décadas, los convenios y tratados internacionales han sido instrumentalizados para resolver problemas que trascienden las fronteras, con el objetivo de unificar criterios jurídicos para la solución de los mismos. Por ello, son tan determinantes en la solución de problemáticas relacionadas con la vulneración de los derechos de los niños. Por esa razón, se han firmado diferentes tratados internacionales que buscan defender la garantía de los derechos de los niños.

Durante su trayectoria jurídica internacional, el Estado colombiano ha venido suscribiendo tratados y convenios internacionales en materia de niñez y de familia que promocionan, orientan y fijan procedimientos para el reconocimiento y garantía de los derechos de la niñez. Estos tratados y convenios internacionales son reconocidos e incorporados a las legislaciones de cada Estado a través de leyes, las cuales son elevadas constitucionalmente a la categoría de normas supraconstitucionales por reconocer Derechos Humanos y tener prevalencia normativa en el ordenamiento jurídico interno. Esto es lo que se conoce como bloque de constitucionalidad, porque la Ley de leyes de nuestro ordenamiento jurídico (Constitución Política de 1991) no sólo está formada por las disposiciones

contenidas en ella sino también por otras muchas previstas en los tratados y convenios internacionales. Estas les permiten a los estados la globalización de su derecho interno, ya que al ser reconocidas e incorporadas en las constituciones abren puertas para la solución internacional de los conflictos que se suscitan al interior de las familias y que, por situaciones de hecho, trascienden las fronteras demandando la intervención de las autoridades estatales.

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989 y aprobada por el Congreso mediante la Ley 12 de 1991, armoniza el principio que establece el interés superior del menor. Este es reconocido ampliamente como internacional, bien sea desde una perspectiva humanista, que propende por la mayor protección de quien se encuentra en especiales condiciones de indefensión, o desde una perspectiva ética, que sostiene que sólo una adecuada protección del menor garantiza la formación de un adulto sano, libre y autónomo (artículo 55, Carta de las Naciones Unidas)

La respuesta del derecho a estos planteamientos consistió en reconocerle al menor una caracterización jurídica específica, fundada en sus derechos prevalentes. Tal reconocimiento quedó plasmado en la Convención de los Derechos del Niño (artículo 3). De igual manera, en Colombia el Código del Menor (decreto 2737 de 1989), en su artículo 9 reconoce expresamente los convenios y tratados internacionales, manifestando que los mismos servirán de guía de interpretación y aplicación; asimismo, el artículo 20 hace referencia a que en cualquier actuación de las autoridades relacionadas con menores sobre cualquier otra consideración se tendrá en cuenta el interés superior del menor. En el mismo sentido, la Constitución de 1991 estableció los principios básicos a los que debe sujetarse el poder del Estado. Así, dio al niño la posición de sujeto merecedor de especial protección por parte del Estado, la sociedad y la familia 11 (artículos 44 y 45). El numeral 2 del artículo 93 de la Carta de las Naciones Unidas establece que “los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción prevalecen en el orden interno”. Según el criterio de la Corte Constitucional (Sentencia C-574 de 1992), con los artículos 93, 94 y 214 de la Constitución Nacional se le ha conferido a esa normatividad humanitaria un rango supraconstitucional, de modo que opera una incorporación automática de la misma en el ordenamiento interno colombiano.

Bajo el mismo concepto de marco legislativo internacional referente a los derechos de los NNA, se destaca: primero, la Convención de Ginebra de 1924 sobre los Derechos de los niños. Que expresa que todas las personas deben reconocer el derecho de los niños a contar con los medios necesarios para su desarrollo, a recibir ayuda especial en épocas de necesidad, a tener prioridad en las actividades de socorro, a gozar de libertad económica y protección contra la explotación, y a acceder a una educación que infunda conciencia social y sentido del deber; la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, cuyo

artículo 25 da derecho a las madres y los niños a “cuidados y asistencia especiales”, así como también a “protección social”; tercero, la declaración de los Derechos del Niño de 1959, que reconoce, entre otros, el derecho del niño a la educación, el juego, la atención de la salud, y a un entorno que lo apoye.

Ahora, con si nos referimos al marco legislativo del Derecho del desarrollo integral de los NNA en Colombia, se debe hacer mención del artículo 44 de la Constitución Política, que reconoce los derechos fundamentales de los NNA y su derecho a la vida y, el artículo 7 del Código de Infancia y Adolescencia -CIA-, que entiende el derecho a la protección integral de los NNA y señala que debe ser materializada por medio de políticas, planes, programas y acciones.

Y por otro lado, haciendo referencia al marco teórico del cannabis medicinal en Colombia, esta: primero, la Ley 30 de 1986, en la que se adoptó el Estatuto Nacional de Estupefacientes, la cual en su tercer artículo determina que *“La producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes, lo mismo que el cultivo de las plantas de cuales estos se produzcan, se limitarán a los fines médicos y científicos”*; segundo, la Resolución 1478 de 2006 *“se expidieron normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de este tipo de sustancias y de medicamentos o cualquier otro producto que las contenga”*; tercero, la Ley 1787 de 2016, que derogó el marco legal anterior, y estableció el marco regulatorio del uso de cannabis y sus derivados con fines médicos y científicos en el territorio colombiano, permitiendo su uso seguro e informado; cuarto, el Decreto 613 de 2017, que reglamenta la ley, estableció las diferencias entre cannabis no psicoactivo (productos con un contenido de menos de 1% de tetrahidrocannabinol (THC) y cannabis psicoactivo, reguló la comercialización en investigación de semillas e incluyó beneficios para los pequeños productores y agricultores de cannabis medicinal; y quinto, el Acuerdo 831 de 2022 por medio del cual se establecen lineamientos para la sensibilización, promoción e investigación del sector del cannabis medicinal, cosmético e industrial en Bogotá.

3. CAPÍTULO II

DERECHO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NNA

Primero, la definición de niño es “todo ser humano menor de 18 años”, a menos que la ley nacional considere que la mayoría de edad se alcanza a una edad más temprana (art.1

Convención de los Derechos del Niño “CRC”, 1989) que tiene derechos que deben ser salvaguardados sin ningún tipo de discriminación, es decir que sus derechos deben ser protegidos sin importar de donde sean, ni su sexo o color de piel, ni que lengua hablen, ni la situación económica de su familia, ni sus creencias o las de sus padres, ni que padezcan alguna condición de discapacidad.

Por ello, cuando las autoridades o las personas adultas adopten decisiones que tengan que ver con los NNA, deberán hacer lo que sea mejor para su desarrollo y bienestar, de acuerdo con todos los derechos de la CRC, siempre escuchando y teniendo en cuenta su opinión; es decir, que siempre se debe respetar el interés superior de los NNA.

La aplicación de los derechos de los NNA según el CRC le corresponde a los gobernantes y demás autoridades del Estado, que tienen la responsabilidad de cumplir y vigilar que no se vulneren los Derechos de los NNA; es por eso, que el Estado debe encargarse de la orientación de los padres y madres, ayudando a las familias de los NNA a proteger el ejercicio de sus derechos por medio de políticas de acompañamiento.

El artículo 44 de la Constitución Política señala que los derechos de los niños prevalecen sobre los de las demás personas y fijó que algunos de los que no se entienden fundamentales para las demás personas, lo serán para ellos.

Allí la Carta ha dispuesto expresamente que son derechos constitucionales fundamentales de los niños y, por tanto, protegibles, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Señala, además, que los niños serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos y que gozarán de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia (art.44, Constitución Política, 1991)

La Constitución Colombiana en este sentido, no ha hecho más que reiterar lo que los pactos y tratados internacionales han establecido. De igual manera, cabe recordar, que tales instrumentos del derecho internacional, han sido ratificados por la República de Colombia, y

por su materia, se entienden incluidos en el bloque de constitucionalidad consagrado en el artículo 93 de la Carta Política.

Con base a lo anterior, se puede entender que en Colombia existe un conjunto de normas para la protección de los NNA con el propósito de garantizar su bienestar y salud, para que crezcan de manera sana.

El CIA (“Código de la Infancia y la Adolescencia” que corresponde a la Ley 1098 del año 2006) tiene como objetivo establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los NNA, garantizando el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Donde dicha responsabilidad de garantizar estos derechos le corresponde de manera obligatoria a la familia, sociedad y Estado.

También nos habla de una “Protección integral”, que se debe entender de la manera en la que se deben reconocer a los NNA como sujetos de derechos, garantías. Previniendo que se vean amenazados o vulnerados. Protección que se ve materializada en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

En el artículo 29 del CIA se reconoce el **derecho al desarrollo integral** en la primera infancia, como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Correspondiente a la franja poblacional que va de los cero a los seis años de edad.

Desde la primera infancia, los niños y niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el CIA. Son derechos impostergables de la primera infancia: la nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos, la educación inicial y la atención oportuna a la salud.

Sin embargo, se debe entender el derecho al desarrollo integral en un sentido más amplio, donde también se trae a colación el interés superior del niño que supone la vigencia y satisfacción simultánea de todos sus derechos.

El concepto de interés superior del niño alude, justamente, a la protección integral y simultánea del desarrollo integral y la calidad o “**nivel de vida adecuada**” como lo reconoce el artículo 27.1 de la Convención de los niños.

El nivel de vida adecuado, es un derecho de los NNA que garantiza un desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, donde los padres son responsables, dentro de sus posibilidades y medios económicos, de que los niños tengan lo adecuado para su desarrollo.

En la Ley Orgánica para la Protección de NNA (2015) explica con mayor claridad como este derecho incluye contenidos como alimentación, vestido, vivienda y servicios básicos para la higiene, seguridad, y sanidad.

“Artículo 30: Derecho a un nivel de vida adecuado: Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de: a) alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud; b) vestido apropiado al clima y que proteja la salud; c) vivienda digna, segura, higiénica y salubre, con acceso a los servicios públicos esenciales. Parágrafo Primero: El padre, la madre, representantes o responsables tienen la obligación principal de garantizar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, el disfrute pleno y efectivo de este derecho. El Estado, a través de políticas públicas, debe asegurar condiciones que permitan a los padres cumplir con esta responsabilidad, inclusive mediante asistencia material y programas de apoyo directo a los niños, niñas, adolescentes y sus familias. Parágrafo Segundo: Las políticas del Estado dirigidas a crear las condiciones necesarias para lograr el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado, deben atender al contenido y límites del mismo, establecidos expresamente en esta disposición...” (Asamblea Nacional, Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, junio 2015)

Con base a lo anterior, siempre se debe velar por tomar la mejor medida que asegura la máxima satisfacción de los derechos que sea posible y la menor restricción de ellos, no solo considerando el número de derechos afectados, sino también su importancia relativa.

Es decir que la protección integral de los NNA significa que son el centro de la acción estatal, para lo cual se requiere brindarles una atención integral para lograr la garantía de sus derechos y la promoción de su desarrollo integral a lo largo de la vida, para que puedan tener un nivel de vida adecuado. Así, el Estado deberá enfocar sus acciones a garantizar el acceso de los NNA a todos los servicios, sin dejar de lado las particularidades y necesidades de cada uno.

Sin embargo, Para la Política Nacional de Infancia y Adolescencia el desarrollo integral parte de una comprensión holística del ser humano, que como proceso de transformación es complejo, sistémico, sostenible e incluyente. Contribuye a la edificación de la identidad, a la configuración de la autonomía y al afianzamiento del sentido colectivo y social que definen a los sujetos.

Donde, el desarrollo es:

- a. irregular e intermitente, no sucede de manera creciente, secuencial, acumulativa e idéntica para los NNA, sino que presenta dinámicas diversas, que hacen que sea particular, continuo y discontinuo.
- b. multidimensional, multideterminado y multidireccional, debido a que durante el curso de la vida ocurren cambios en lo ético, estético, racional, afectivo, emocional, espiritual trascendental, político, ambiental, físico-corporal y lúdico.

De acuerdo con lo anterior, promover el desarrollo integral de los NNA implica tener en cuenta que:

- Las niñas, niños y adolescentes son protagonistas y se conciben como seres humanos activos y agentes de su propio desarrollo.
- Toma forma en el marco de las interacciones que implican construcción social y reconocimiento de su carácter multidimensional (social, biológico, psicológico, cultural, histórico) que pone énfasis en los vínculos, redes y relaciones inmersos en contextos significativos de cuidado y protección.

- Se construye en geografías y entornos particulares donde se desenvuelve la vida del ser humano, tornándose en un desarrollo diverso y diferencial que no se deja encasillar en miradas homogéneas ni lineales.

Entonces, el desarrollo integral de las NNA pasa por el desarrollo humano en clave de la sostenibilidad y su dimensión intergeneracional, lo que implica garantizar las condiciones para el ejercicio de derechos, entre ellos al ambiente sano, de las generaciones presentes y futuras.

El desarrollo integral se logra con la realización del ser humano y el ejercicio pleno de sus derechos. En este marco, las realizaciones son condiciones y estados que materializan en la vida de cada NNA, en el curso de vida, por lo que se transforman y adecúan a las particularidades que va adquiriendo el sujeto de acuerdo con las trayectorias, sucesos vitales, las transiciones y efectos acumulativos que se dan en cada momento del curso vital y se materializan por la interacción en los entornos por los que transita y se desarrolla.

La formulación de las realizaciones parte de definir cuáles son las condiciones que requiere una política pública general a nivel social, material y humano para garantizar el pleno desarrollo de los NNA en el marco de la protección integral. Entre estas condiciones se cuentan: El reconocimiento del NNA como sujeto titular de derechos y agente de su propio desarrollo; El reconocimiento de la familia como sujeto colectivo de derechos, red primaria de relaciones para el desarrollo; El reconocimiento de la responsabilidad estatal y la corresponsabilidad junto con la familia y la sociedad para la generación de condiciones que favorezcan el ejercicio de derechos de los NNA; El reconocimiento de la diversidad y de las diferencias en la infancia y la adolescencia derivadas de los momentos vitales, de las condiciones y de las situaciones en las que se encuentra cada NNA; El logro de las realizaciones comienza en el presente, pues es desde este tiempo en el que debe alcanzarse el ejercicio de sus derechos.

4. CAPITULO III

TERAPIA CON CANNABIS MEDICINAL EN COLOMBIA

El cannabis es una planta de crecimiento anual originaria de las cordilleras del Himalaya que ha sido utilizada desde hace miles de años por sus propiedades médicas e industriales. La planta del cannabis es una de las plantas más antiguas cultivadas por el ser humano para fines no alimenticios. En cuanto a sus usos médicos, el auge de las publicaciones médicas del cannabis ocurrió entre 1840 y 1900, recomendándose para el tratamiento de diferentes enfermedades y males.

Actualmente existen más de 700 variedades de la planta de cannabis, más de 100 cannabinoides, que se caracterizan por tener más de 500 compuestos químicos dentro de los que se encuentran principalmente los cannabinoides, terpenoides y avonoides. Sustancias químicas (cannabinooides) que activan un sistema fisiológico presente en el cuerpo humano llamado “sistema endocannabinoide”. Esto es, dentro de nosotros llevamos cannabinoides que se acoplan a unas proteínas específicas llamadas receptores para cannabinoides (RCB) para modular procesos fisiológicos concretos. De hecho, el sistema endocannabinoide es un sistema complejo cuyo papel principal es regular la homeostasis del organismo, esto es, restaurar el equilibrio endógeno.

Los cannabinoides más abundantes y estudiados son el: Delta 9 Tetrahidrocannabinol “THC”, componente psicoactivo y; el Cannabidiol “CBD”, componente no psicoactivo, que hasta el presente es el que más se han estudiado y al que se le atribuye más usos médicos.

Los cannabinoides ejercen sus efectos terapéuticos por interacción con el sistema cannabinoide endógeno (SCE), un sistema basado en cannabinoides endógenos y receptores para dichos cannabinoides cuya principal función es mantener la homeostasis (equilibrio) general del organismo. Ante una alteración el SCE se pone en acción para tratar de corregir dicha desregulación. Cuando la acción del SCE es insuficiente para lograr tal fin, la utilización de cannabinoides exógenos puede ayudar al SCE a conseguir tal fin.

3. Las dosis terapéuticas y los efectos del cannabis, así como de los diferentes cannabinoides, dependen de la vía de administración. La vía inhalada (fumada o por medio de vaporizador) es la más efectiva, sobre todo cuando se requiere un efecto inmediato. La vía oral es más errática y da lugar a efectos psicológicos menos consistentes entre diferentes tomas. Se están desarrollando nuevas vías de administración para distintas condiciones clínicas: gotas oftálmicas y supositorios, entre otros.

Además del efecto médico, es muy importante que el paciente tolere psicológicamente bien el fármaco. Las presentaciones que combinan diferentes cannabinoides (principalmente THC y CBD) son mejor toleradas que el THC puro y tienen menores efectos adversos.

Con la reciente legislación respecto al acceso del cannabis con fines científicos y medicinales, en definitiva, se abren nuevos paradigmas dentro de la realidad colombiana. El uso de psicoactivos por parte de NNA para el manejo alternativo y paliativo a sus enfermedades degenerativas, es impactante sin duda.

Desde la Ley 30 de 1986 la República de Colombia ha permitido a los profesionales de la salud del país recetar cannabis para uso terapéutico por medio de derivados de la planta. Marcando un gran hito en la historia de Colombia que por años fue agobiado por el narcotráfico, donde bajo la ilegalidad los carteles tenían control total de la demanda de la coca, marihuana y amapola, como resultado de las prohibiciones por parte del Estado al consumo y distribución de estas.

A finales del año 2015 Colombia dio un gran paso, dejando atrás las leyes represivas de drogas del país, ofreciendo una nueva orientación alternativa a la salud pública para el beneficio de aquellos pacientes terminales que lo necesitaban.

Desde el 2016 cuando Colombia empezó a hablar del cannabis medicinal y regularlo, se debe destacar el Decreto 811 de junio del 2021, por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis. Que puso en consideración:

- El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971, aprobado por la Ley 43 de 1980, al incorporar metabolitos provenientes del cannabis a su Lista Verde de sustancias sometidas a fiscalización internacional, definió que el tetrahidrocannabinol (THC) en sus distintas variantes estereoquímicas hace parte de dicha lista, en tanto que la Organización Mundial de la Salud al realizar una revisión crítica del cannabidiol (CBD), molécula no psicoactiva, en el informe de la sesión 40 de su Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia concluyó que el CBD no está incluido en las listas de fiscalización de las convenciones de las Naciones Unidas para el control internacional de drogas de 1961, 1971 Y 1988, y que conforme a la evidencia revisada, dicha sustancia no exhibe efectos indicativos de potencial alguno de abuso o de dependencia en humanos.

- La Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas, en su sesión número 64 llevada a cabo del 2 al 4 de diciembre de 2020 que aprobó la desclasificación del cannabis y sus derivados de las listas de control más restrictivas, basado en la evaluación científica, el riesgo potencial para la salud y el beneficio terapéutico, con el fin de garantizar el acceso médico a esta sustancia, de conformidad con las recomendaciones efectuadas por la Organización Mundial de la Salud, en enero de 2019.

- Certificados que las empresas deben contener para dar cumplimiento de Buenas Practicas de Elaboración, certificados que son otorgados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos “Invima”, con alcance específico a derivados de componentes vegetales o derivados de cannabis, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente de un químico farmacéutico.

Este Decreto 811, en pocas palabras habilito la dispensación de CBD en todas las droguerías, limitando la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos.

Como último gran avance normativo referente al cannabis, en Bogotá el pasado 23 de diciembre de 2021 el Ministerio de Salud emitió la resolución 2292 a través de la cual actualiza y establece los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC “Unidad de Pago por Capitación”. Es decir, que Colombia realizó un ajuste de los medicamentos y procedimientos que deben cubrir las EPS “Entidades Promotoras de Salud”. De manera novedosa en el listado se encuentra por primera vez en Colombia la inclusión del cannabis medicinal, puntualmente, el CBH y THC como parte del PBS “plan de Beneficio en Salud”, que deben ser garantizados por las EPS.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, alrededor del 44,7 % de las niñas y niños entre los 7 y 11 años requiere de una evaluación para determinar problemas o posibles trastornos. El 27,6 % tiene un síntoma, 10,5 % tiene dos y finalmente un 6,6 % reporta 3 síntomas o más positivos. Los síntomas que más frecuentemente se presentan son: lenguaje anormal (19,6 %), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,73 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %). Los resultados de la encuesta para adolescentes entre los 12 y 17 años mostraron que a partir del instrumento aplicado que refleja (depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia), este fue positivo para el 12,2 % de las personas, siendo mayor en mujeres (13,2 %) que en hombres (11,2 %). Frente a los síntomas de depresión, todos los adolescentes encuestados revelaron por lo menos un síntoma. Aproximadamente el 80 % tiene de 1 a 3 síntomas, el 16,6 % de las mujeres y el 15 % de los hombres, de 4 a 6 síntomas. En cuanto a depresión o ansiedad, el 13,2 % de las mujeres y el 11,2 % de los hombres tenía 8 o más síntomas. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015)

Según datos de la industria, Colombia tiene cerca de 6 millones de personas que han sido diagnosticadas con patologías que pueden ser tratadas con cannabis medicinal. Por esa razón, este tipo de medicina fue adicionada a la lista de lo que la EPS debe garantizar, sin importar el seguro o territorio de residencia del paciente.

Según el Ministerio de Salud la actualización del listado se realizó porque “la dinámica del sistema de salud es cambiante en razón a que las tecnologías en salud crecen al ritmo de los avances científicos” (Ministerio de Salud, Resolución 2292, 2021). El Invima ha autorizado

preparaciones magistrales de cannabis medicinal para tratar dolores crónicos, epilepsia, insomnio, depresión, fibromialgia, espasticidad múltiple, entre otros.

Referente a la epilepsia, la OMS se estima que en Colombia hay cerca de 450.000 personas que sufren de esta patología, con una prevalencia de 11.3 pacientes por 1000 habitantes, siendo la zona occidental del país la más afectada, con 23 casos por cada 1.000 personas (Organización Médica de la Salud, 2015). Según la Asociación Colombiana de Neurología los pacientes con este trastorno neurológico y sus familias, suelen ser víctimas de estigmatización y discriminación, pero también de temor e incompreensión.

Por ende, si hay evidencias de que la persona, en este caso NNA padece de alguna de las patologías mencionadas, puede preguntarle al médico de la EPS si le prescribe una fórmula magistral, la cual podrá reclamar en droguerías normales o autorizadas para dispensar medicamentos de control especial, dependiendo la fórmula. En la actualidad existen más de 800 puntos habilitados en el país para medicamentos controlados, como referentes más conocidos se encuentran: la droguería Cruz Verde, Locatel, Coopservir y La Liga contra el Cáncer.

Gracias a este marco regulatorio que ha tomado fuerza estos últimos seis años, se puede afirmar que Colombia ha venido superando su era de satanización por la marihuana, permitiendo que los pacientes, no solo NNA puedan acceder de forma segura a los medicamentos a base de esta planta que nos demuestra de manera constante sus aportes innovadores y eficaces en sus aportes al tratar los síntomas negativos de numerosas afecciones neurológicas que nuestros NNA padecen de manera continua.

5. CAPITULO IV

DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA DIGNA DE LOS NNA CON ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

Un aspecto importante para dar cuenta de la garantía efectiva del derecho a la salud es el análisis de las principales causas de la mortalidad de NNA. Según las Estadísticas Vitales del DANE, durante el 2016, las principales causas de defunción de las niñas y niños de 5 a 14

años corresponden a accidentes de tránsito y a las secuelas relacionadas con estos, (205 muertes). La segunda causa tiene que ver con las enfermedades del sistema nervioso (185 muertes) seguida por la leucemia (164 muertes), las agresiones (homicidios) y sus secuelas (108 muertes) y las lesiones autoinflingidas (suicidio) y sus secuelas (93 muertes). (Estadísticas del DANE, 2016).

El Análisis de la Situación en Salud de 2016, plantea que las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención en niñas y niños de 6 a 11 años durante ese año, generando el 54,25 % (19.529.381) de la demanda, para 4.872.507 personas. En segundo lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 24,32 % (8.753.406) de las atenciones, para un total de 3.518.512 personas atendidas por esta causa. De igual forma, en adolescentes de 12 a 18 años las enfermedades no transmisibles continúan siendo la primera causa de atención durante el periodo, generando el 56,10 % (23.877.389) de la demanda para 5.456.015 personas. Como segunda causa se ubican las condiciones mal clasificadas con el 16,28 % (6.692.193) de las atenciones, para 2.701.472 personas; las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen como la tercera causa de morbilidad con el 15,47 % (6.356.640) de las atenciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En los adolescentes, las principales causas de muerte son las siguientes: homicidios (1.435 muertes) seguidos de los accidentes de tránsito (642 muertes) y las lesiones autoinflingidas (331 muertes) (Estadísticas del DANE, 2016).

Otro aspecto importante para el análisis de la situación actual de los NNA respecto a la salud tiene que ver con los temas asociados a la salud mental. Que como ya se expuso anteriormente, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, alrededor del 44,7 % de las niñas y niños entre los 7 y 11 años requiere de una evaluación para determinar problemas o posibles trastornos. Los resultados de la encuesta para adolescentes entre los 12 y 17 años mostraron que a partir del instrumento aplicado que refleja (depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia), este fue positivo para el 12,2 % de las personas (Encuesta Nacional de Salud mental, 2015).

Así las cosas, es pertinente hablar sobre la prevalencia de los derechos de los niños, que está consignada en la Declaración de los Derechos del Niño proclamado por la Asamblea General

de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959 que estableció: Principio 6: "El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad necesita de amor y comprensión. Siempre que sea posible deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material." (Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre 1959). De igual manera la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño para Colombia el 27 de febrero de 1991, mediante Decreto 94 de 1992, consagró: "Artículo 8. 1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidas la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas." En igual sentido el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos firmado en Nueva York el 16 de diciembre de 1966 y ratificado el 27 de abril de 1977 en su artículo 24 establece: Todo Niño tiene derecho sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado . En especial, frente al tema del derecho a la salud del menor, el artículo 24 de la Convención sobre los derechos del niño, reconoce "el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. "Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho, y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (...) b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud. (art. 24, Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, NY, 1966, 16 diciembre).

La Ley 1098 de 2006, en el Artículo 3, define como sujetos titulares de derechos a todas las personas menores de 18 años, entiende por niño o niña a las personas entre los 0 a los 12 años y por adolescente a las personas entre 12 y 18 años. A su vez, en el Artículo 29 determina que la primera infancia comprende la franja poblacional que va de los 0 a los 6 años. En virtud de la doctrina de la protección integral, el Código promulga que los garantes de los NNA deben desarrollar acciones tendientes a su reconocimiento como sujetos de derecho,

junto con el compromiso de garantía, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

Por tanto, las políticas de salud colombianas, por principio, ubica a los NNA en el centro de la agenda y en la acción pública como sujetos titulares de derechos, cuya garantía debe materializarse a nivel colectivo e individual, con participación significativa acorde con sus capacidades y momento del curso de vida, goce efectivo de los derechos y ejercicio de la ciudadanía como agentes de cambio y transformación social y cultural desde la diversidad.

La salud es un derecho fundamental, su reconocimiento implica acciones de promoción del desarrollo y de la salud, en una perspectiva de salud integral en interdependencia con otros derechos y en el marco de la acción intersectorial. El sistema de salud tiene la responsabilidad de generar condiciones de calidad, pertinencia y ajustes razonables en los servicios, acordes con el momento de vida, las características poblacionales y territoriales, así como con el reconocimiento de las familias y comunidades como sujetos colectivos de derecho, como parte de procesos relacionales y de promoción del desarrollo integral de los NNA.

Del mismo modo, cada NNA tiene derecho a un entorno saludable. Los entornos deben promover estilos de vida saludables que permitan a las NNA reconocer la importancia del cuidado de sí mismos fortaleciendo sus capacidades para la prevención de riesgos asociados con la salud física, social y emocional.

Bajo este entendido, el Estado colombiano no sólo debe garantizar la prestación de un adecuado sistema de Seguridad Social en salud para cubrir las necesidades de los NNA, sino que debe impedir que, a través de sus órganos o de los particulares en los que el Estado ha delegado la función de brindar el servicio de salud, se ponga en riesgo o se viole tan preciado derecho. Ello, se reitera, por considerar que el NNA forma parte de aquel grupo de personas a las que por mandato constitucional el Estado debe una especial protección, estando en la obligación de adelantar una política de especial atención hacia ellos.

Resulta claro que, dentro de un Estado Social de Derecho, la prestación de los servicios médico asistenciales que demandan los NNA que carecen de recursos y que, por su estado de salud física o mental, por su edad o por su nivel de desarrollo, impone la obligación de brindar un trato preferente con fundamento en el interés superior que los ampara.

De otra parte, cabe precisar, que cuando a un menor se le niega el servicio médico que requiere, no solo se afecta la salud y la vida del mismo, sino su dignidad, pues al padecer una disminución en su integridad física y psicológica y no prestarse la atención urgente que requiere, se le coloca en un plano de inferioridad que impide, limita o coarta la posibilidad de lograr un desarrollo como ser humano en condiciones dignas y justas.

Ahora bien, entre las características propias del servicio público de salud que prevé el ordenamiento legal, se establece que éste debe ser prestado de manera eficaz, lo que implica que la atención se preste de manera continua, oportuna, integral y acorde con la dignidad humana, ello en razón de que la mayoría de las veces para superar las dolencias que aquejan a los seres humanos, se requiere que los tratamientos médicos sean brindados en el momento oportuno, de manera continua e integral evitando cualquier tipo de interrupción, máximo cuando se trata de afecciones graves a la salud.

Paola Pineda Villegas, especialista en derecho médico, y magíster en VIH con una trascendencia de más de 12 años en el estudio del cannabis, es una experta en el uso medicinal de la planta en Colombia, que por medio de una entrevista, aclaro las siguientes dudas: **“¿Qué efectos secundarios puede tener el uso del cannabis medicinal?** Efectos secundarios inmediatos: la baja de la presión arterial. Cuando baja, suelen aparecer muy fuertemente las sensaciones de mareo y falta de aire. De hecho, algunos pacientes hipertensos lo están empezando a usar para mantener más control de sus cifras tensionales. Este efecto, sin embargo, les da mucho gusto a los pacientes. A largo plazo: uno lee en la literatura que las personas que empezaron muy jóvenes (13 – 14 años) con consumo recreativo tienen mayores alteraciones cognitivas. Yo lo he leído y lo he revisado y esos estudios tienen un sesgo: por lo general es gente que también consume trago y metía cocaína. ¿Cuál de todas, entonces, es la que le está causando eso? Sí tiene una ligera afectación en la memoria, pero eso se lo tienes que contar a la gente. También depende de la cantidad. Lo que sí está claro

es que uno no puede morir de una sobredosis por fumar o consumir marihuana. **¿Con qué medicamentos no se puede mezclar?** No es tanto que no se pueda, sino que hay que empezar a hacer cambios. Por ejemplo, hay un medicamento anticonvulsivante que se llama Urbadan o Clobazam. Cuando se le mete cannabis, sobre todo con altas concentraciones de CBD, sus efectos adversos se potencian. En ese caso, al paciente hay que bajarle la dosis del anticonvulsivante. **¿Qué casos emblemáticos has tenido entre tus pacientes?** Tengo una niña de 3 años y medio en Bogotá. La primera vez que la vi en consulta duramos una hora y media convulsionó el 60% del tiempo. Desde que empezamos con cannabis pasó de tener crisis todo el día a solo seis o siete. Está caminando nuevamente y escolarizada. Ella tenía 4 anticonvulsivantes a full dosis. Verla caminar, verla que va al jardín con otros niños, que está hablando, que está reconociendo, que es un ser que está interactuando con el medio, es bastante impactante para mí...” (Una doctora colombiana que usa la marihuana medicinal nos aclaró todas las dudas, VICE, Kapkin, S., 2015, 12 noviembre)

La base de datos de la Doctora Paola Pineda Villegas, también llamada “Doctora del cannabis”, suma más de un millar de pacientes en el país, como lo hizo saber en el artículo de VICE, donde casi un 30% son niños con trastornos neurológicos como síndrome de Dravet, Lennox-Gastaut, West, esclerosis tuberosa, Ohtahara y epilepsias idiopáticas, que son controlados con THC y CBD o con una combinación diferente, ya que no para todos los niños es igual. Ya que, algunos niños tratados con THC parecen empeorar al suministrarles más CBD. “Todos mis pacientes de epilepsia tienen THC en la fórmula, en mayor o menor medida” con palabras de la Doctora del cannabis. Lo que permite deducir que en efecto el cannabis es medicina personalizada, que depende de la reacción de cada paciente.

Sería una sorpresa que no existiera un temor al THC y los efectos que pudiera causar a largo plazo, y más cuando la población que se pretende tratar es la niñez, "pero cuando se ven las evidencias de las bondades terapéuticas en estos niños uno se da cuenta de que no hay nada que temer, el miedo al THC está basado en mitos y desinformación; todos los medicamentos deben ser suministrados con cuidado y con mucha responsabilidad, pero los posibles efectos

secundarios indeseados del THC en los niños son superados por los visibles efectos positivos de la disminución de las crisis" Doctora Pineda.

En la Universidad de Stanford, se realizó un estudio observacional sobre una población de 19 niños entre 2 y 16 años con epilepsia resistente "ER" (13 Síndrome de Dravet, 3 Síndrome de Doose, 1 Epilepsia mioclónico-estática, 1 Síndrome de Lennox-Gastaut, 1 Epilepsia Idiopática) que habían sido tratados con un promedio de 12 FAE antes de que sus padres comenzaran a hacerles tratamiento con cannabis rico en CBD, con dosis diarias. La frecuencia de crisis previa al inicio del CBD era de entre 2 por semana y 250 al día. Los extractos que utilizaban habían sido analizados y contenían, entre 0 y 0,8mg/kg/día. La dosificación era llevada a cabo por los padres a partir de la información que recibían en el laboratorio de testeo. La encuesta fue validada aplicando una idéntica a los padres de un grupo similar. Los resultados de la encuesta mostraron que 16 de 19 padres (84%) informaron una reducción de la frecuencia de crisis. De esos 16, 2 quedaron libres de crisis luego de más de 4 meses de recibir el extracto rico en CBD. De los 14 padres restantes, 8 reportaron una reducción mayor al 80% en la frecuencia de crisis, 3 reportaron una reducción mayor al 50% y otros 3 una reducción del 25%. 3 padres informaron que no hubo reducción de la frecuencia de crisis. 12 padres lograron retirar uno de los fármacos antilepticos luego del inicio de la administración del extracto de cannabis. Otros efectos referidos fueron: mejoría del humor (79%), aumento del estado de alerta (74%), mejoría del sueño (68%) y una disminución de la auto-estimulación (32%). Los únicos efectos adversos referidos fueron somnolencia (37%) y fatiga (16%) (Izquierdo I, Tannhauser M. (1973). The effect of Cannabidiol on maximal electroshock seizures in rats. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 25 (11):916-7).

Otra encuesta realizada a 117 padres de niños con ER (Lennox-Gastaut y Espasmos Infantiles) reporta datos similares en un tiempo promedio de tratamiento de 6,8 meses y dosis promedio de 4,3mg/kg/ día de CBD. Un estudio retrospectivo de 2015 presenta porcentajes de respuesta positiva al tratamiento con CBD de 23% en Síndrome de Dravet, 0% en Síndrome de Doose y 88% en Síndrome de Lennox-Gastaut con mejoría de la conducta y alerta del 33%. En cuanto a efectos adversos, este estudio informa un aumento de las crisis (13%), somnolencia (12%) y entre los eventos adversos infrecuentes, movimientos anormales

y estado de mal epiléptico. (Stanford L, Bulacio J, Kotagal P, Bingaman W. Mental retardation in pediatric candidates for epilepsy surgery: the role of early seizure onset. *Epilepsia*. 2001 Feb;42(2):268-4).

No se puede olvidar que los niños que participan en este tipo de terapia alternativa sufren alteraciones neurológicas muy graves cuyas consecuencias en el futuro resultan en daños irreparables; además, no se puede olvidar que todos los medicamentos farmacológicos para tratar la epilepsia tienen efectos secundarios negativos a corto y largo plazo. Donde siempre es cuestión de balancear los efectos positivos de reducción de crisis frente a los efectos negativos. Por ende, optar por un tratamiento de cannabis, siendo una de las opciones más “naturales” ya no debería ser considerado descabellado. Mark Kleinman: “las preocupaciones sobre efectos causales adversos asociados a la farmacología de la marihuana han sido exageradas en el pasado” (Mark Kleinman, IMDb, 2010)

Con base a los anteriores estudios, se demuestra como las terapias con cannabis además de reducir la frecuencia de crisis, mejoran el sueño, las ingestas y la alerta y en consecuencia el desarrollo de los niños y la calidad de vida de los pacientes y su familia.

Recordemos, que la adecuada calidad de vida de los NNA es el conjunto de un desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, como lo establece el Convenio de los derechos del Niño de 1989.

CONCLUSIONES

Se rescata la apuesta que el país le está haciendo a esta industria del cannabis que a pesar de no ser nueva si está ofreciendo nuevas alternativas, innovándonos día a día con sus resultados en diferentes sectores tanto humanos, como económicos e industriales.

Los NNA de los que se dio alusión a lo largo de este trabajo, son NNA que, por cuestiones físicas y mentales, no se pueden desarrollar de manera plena en sus entornos, debido a las

estigmatizaciones y discriminaciones, de personas que ignoran sus padecimientos. NNA a los cuales tanto su familia como el Estado les debe una ayuda permanente para que su condición de vida, no sea un limitante para el camino de su felicidad, que después de todo es un derecho que se les debe garantizar, para que lleguen a su adultez en armonía consigo mismos y la comunidad.

Por ende, los NNA con enfermedades neurológicas en Colombia, gracias a la apertura de la industria del cannabis en el sector de la salud, se han visto beneficiados. Al permitirles acceder a una terapia alternativa que mejora en muchos casos sus afecciones, se han podido desarrollar de mejor forma en su comunidad, tanto social como familiar. Donde, su derecho a un desarrollo integral y un bienestar se ve garantizado con estas innovadoras políticas de salud, que van de la mano con su pleno desarrollo físico, mental y espiritual, que les permitirá crear las bases para su futuro.

En síntesis, la finalidad de garantizarle a los NNA su pleno y armonioso desarrollo es para que puedan crecer en el seno de su familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Donde no pueda haber cabida de indignidad o desigualdad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.
2. Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre 1959.
3. Ley 1787 del año 2016.
4. La Convención de Ginebra de 1924 sobre los Derechos de los niños.
5. Decreto 94 de 1992.
6. Decreto 811 de junio del 2021
7. Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
8. Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971, aprobado por la Ley 43 de 1980.

9. Convenciones de las Naciones Unidas para el control internacional de drogas de 1961, 1971 Y 1988.
10. Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989 y aprobada por el Congreso mediante la Ley 12 de 1991
11. Una doctora colombiana que usa la marihuana medicinal nos aclaró todas las dudas, VICE, Kapkin, S., 2015, 12 noviembre.
12. Stanford L, Bulacio J, Kotagal P, Bingaman W. Mental retardation in pediatric candidates for epilepsy surgery: the role of early seizure onset. *Epilepsia*. 2001 Feb;42(2):268-4).
13. Ministerio de Salud emitió la resolución 2292.
14. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.
15. Estadísticas del DANE, 2016.
16. La marihuana medicinal como alternativa terapéutica natural. José Aymer Moreno Rodríguez.
17. Cannabis World Journals - Edición 11 español: octubre, 2021. Cannabis World Journals
18. Asamblea Nacional, Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, junio 2015.
19. Recomendaciones efectuadas por la Organización Mundial de la Salud, enero de 2019.
20. Código de Infancia y Adolescencia.
21. Encuesta Nacional de Salud mental, 2015.
22. Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, NY, 1996, 16 diciembre.
23. Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre 1959.
24. Guía Clínica Auge Epilepsia Niños, Serie Guías Clínicas MINSAL, 2014 Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica.