



Dianova International

Estudio sobre la regulación y legalización del uso terapéutico y recreativo, la adicción y el riesgo sociosanitario del cannabis

Autores: Molina- Fernández, A.J.; Medrano Chapinal, P. y Comellas Sáenz, P.

Afiliación: Antonio Jesús Molina-Fernández (profesor asociado Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial; Universidad Complutense de Madrid/UCM). Paula Medrano Chapinal (Psicología Social, del Trabajo y Diferencial). Pol Comellas Sáenz (Psicología Social, del Trabajo y Diferencial).

E-mail: antmolin@ucm.es

Resumen

El debate internacional sobre la legalización de los diferentes usos de cannabis (fundamentalmente, el uso médico y el uso recreativo) se encuentra en un momento crucial, debido a los cambios en las leyes de Uruguay, varios estados de los Estados Unidos de América y Canadá, que son un desafío a las convenciones internacionales. El objetivo del presente estudio es clarificar la idoneidad de ese debate, sus bases científicas, legales y políticas, así como las principales consecuencias tanto para la población general como para los principales grupos de riesgo. El estudio se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de fuentes secundarias y una serie de entrevistas (18) a informantes clave, seleccionados entre los principales expertos internacionales. Las principales consecuencias encontradas son: el uso terapéutico puede ser legalizado, utilizando evidencia científica para demostrar su eficacia y con control médico; el uso recreativo requiere de un debate global, teniendo en consideración las condiciones de su regulación, como la edad de acceso, las cantidades, estudios previos de los sujetos y estrategias de prevención y promoción de salud; la participación de empresas comerciales y la publicidad de los productos deben estar restringidas y bajo control estatal; finalmente, se deben aplicar medidas de control de calidad para evitar problemas y consecuencias imprevistas y evitar que los productos sean más accesibles desde el mercado ilegal.

Conceptos clave: *Regulación de cannabis, legalización de cannabis, uso medical y terapéutico, uso recreativo, investigación cualitativa, evidencia científica, salud pública, convenciones internacionales.*



Abstract

The international debate on the legalization of the various uses of cannabis (chiefly, medical use and recreational use) has reached a critical moment. Changes to laws in Uruguay, several States of the USA, and Canada are challenging international conventions. The objective of this study is to clarify some of the key issues of this debate, its scientific, legal and political bases, as well as its principal consequences for both the general population and the main risk groups. The study was conducted through a bibliographic review of secondary sources and a series of interviews (18) with key informants, selected among prominent international experts. The main consequences found are as follows: therapeutic use can be legalized, provided that its effectiveness is based on evidence, and that it is administered under medical control; recreational use requires a global debate, taking into account the conditions of its regulation, such as the age of access, quantities, previous studies on these issues and prevention and health promotion strategies; the participation of commercial companies and the advertising of the products should be restricted and under state control; lastly, quality control measures should be enforced to avoid unintended consequences and other problems and prevent the products from being even more accessible on the illegal market.

Key concepts: *Regulation of cannabis, legalization of cannabis, therapeutic and medical use, recreational use, qualitative research, scientific-based evidence, public health, international conventions.*



1. Introducción

Los estudios sobre los diferentes usos del cannabis y derivados siguen siendo infrecuentes, a pesar de la controversia social que implican. Desde la década de los sesenta conocemos su estructura (gracias sobre todo a las investigaciones del químico Raphael Mechoulam), compuesta por un centenar de sustancias (la mayor parte de ellas, aún desconocidas) y dos principios activos fundamentales: el THC y el CBD. La diferencia entre ambos es fundamental para entender la controversia: el THC produce la mayor parte de los efectos psicoactivos, mientras el CBD suele generar las aplicaciones terapéuticas. El equilibrio entre ambos es fundamental para clarificar la controversia sobre la regulación/legalización del cannabis, que actualmente continúa en el listado de sustancias prohibidas de la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, a pesar de las diferencias de uso y el debate que ha generado desde su inclusión en 1961.

El debate sobre la legalización del cannabis y sus diferentes usos se ha convertido en un recurrente especialmente desde la década de los 80, cuando comienzan los primeros referentes claros y oficiales sobre la necesidad de regularizar el uso de los derivados del THC (y actualmente, también del CBD o “cannabis light”). Desde ese momento inicial se han diferenciado varios usos de cannabis, a pesar de que en muchos de los debates se han mezclado los intereses de los diferentes grupos, justificando sus posturas en función del uso que se pretendía legitimar. Por una parte, se encuentra el uso terapéutico/farmacológico/médico, especialmente aprovechando las propiedades del cannabis y sus derivados como analgésico y antiemético. Por otra parte, el movimiento más intenso se ha producido en la legalización del uso recreativo del cannabis, potenciando un consumo controlado y señalando la escasa potencialidad adictiva y baja peligrosidad del uso que generalmente se da al THC. Estas posturas se han reforzado, especialmente durante el siglo XXI, generando un corpus de investigación que permitía la defensa de dichas posturas. De hecho, es frecuente apelar a estudios e investigaciones para justificar la peligrosidad o inocuidad del consumo de cannabis.

El debate ha ido evolucionando hasta llegar al momento actual, en el que las posiciones basadas en los derechos y libertades individuales permiten hablar abiertamente de legalización y/o regulación de los diferentes usos de cannabis. Experiencias internacionales como la regulación del uso recreativo en Países Bajos, Uruguay, Canadá, los estados de Alaska, Oregón, Washington, Colorado y California en Estados Unidos... sumados a la creciente discusión existente en los foros internacionales (como UNODC y la OMS) hacen que parezca necesario desarrollar un análisis más profundo de los pros y contras de estas posturas antes de decantarse por una opción sobre la legalización del uso de cannabis.

Debemos clarificar un punto del debate que resulta muy controvertido: legalización y/o regulación (Rolles & Murkin, 2016). En España, por ejemplo, nos encontramos con un mercado normalizado alrededor del cannabis y derivados, con cientos de miles de personas que lo utilizan, ya sea de manera lúdica y/o médica. El problema es que estos usos están



normalizados y despenalizados, pero no regulados. De hecho, el uso medicinal está prohibido, a pesar de haberse documentado unos 120.000 pacientes con esclerosis múltiple, epilepsia, cáncer o dolor crónico que se lo auto administran (EMCDDA, 2017).

Sobre la regulación de los usos recreativo y médico, como ha sucedido en Canadá, Estados Unidos, Uruguay o como se está legislando para que suceda en Nueva Zelanda, Portugal (Baptista-Leite, 2018), Alemania o Italia, tampoco se libran las acusaciones de mercantilización y búsqueda de negocio global por parte de algunas empresas cuyos fines no son exclusivamente mejorar la calidad de vida de las personas que consumen cannabis, sino la posible industria legal que puede generar unos 50.000 millones de euros en todo el mundo (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019). Por estos motivos, surge la necesidad de realizar un análisis completo de las diferentes perspectivas para poder elaborar un posicionamiento claro sobre las ventajas e inconvenientes de la regulación/legalización de los diferentes usos, así como de los supuestos para llevar a cabo dicha regulación y sus consecuencias a nivel local, nacional e internacional (Rolles & Murkin, 2016).

El objetivo del presente estudio es desarrollar una propuesta de posicionamiento para favorecer un consenso de la red Dianova acerca de la regulación y/o legalización del cannabis terapéutico y recreativo. Especialmente, se quiere analizar con detalle el uso problemático del cannabis, desde los enfoques epidemiológico, terapéutico, social, lúdico y de elaboración de políticas (Hall & Linksey, 2009). Es decir, se pretende definir con claridad una postura sobre la legalización de los usos médico/terapéutico del cannabis y del uso recreativo, para que posteriormente pueda ser consensuado y/o aprobado por la asamblea de la red Dianova.

Por parte de la red Dianova, existen una serie de motivaciones para realizar el estudio, tanto externas como internas:

- Dentro de las motivaciones externas, se encuentran fundamentalmente las peticiones y sugerencias del contexto internacional, especialmente los grandes foros internacionales de debate sobre drogas y adicciones (UNODC, OMS, EMCDDA...). Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud recomendó, entre otras cuestiones, que se volviera a examinar la clasificación original del cannabis en el marco de la fiscalización internacional de drogas y se supone va a realizarse una próxima decisión sobre el asunto en la Comisión on Narcotic Drugs/CND de la UNODC. Además, la existencia de experiencias de regulación/legalización en países donde la red Dianova interviene (Uruguay, EE. UU.) obliga a desarrollar un posicionamiento, aunque sea de mínimos, como respuesta ante la demanda de los grupos de interés de la organización.
- Como motivación interna, y este es el sentido básico de este estudio, surge la demanda de obtener más información antes de elaborar un posicionamiento, ya que los argumentos a favor y en contra parecen contradictorios y requieren



de un mayor análisis antes de tomar una postura concreta. Además, se plantea el solicitar a la asamblea de Dianova la petición para trabajar en un consenso global, buscando una posición común basada no en datos arbitrarios ni en opiniones personales, sino en un marco amplio de información proveniente de personas de reconocido prestigio y discutido dentro de los diferentes niveles de agentes implicados en Dianova.

En este sentido, la búsqueda de consenso, se ha utilizado como referente un estudio que en 2007 la Sociedad Española de Psiquiatría elaboró sobre el consumo de cannabis en España (Casas, Bruguera, Roncero & San, 2007). Es cierto que ese debate tenía una base más biomédica y el actual estudio Dianova incluye aspectos de elaboración de políticas y foros internacionales, pero gran parte del sentido de ambos estudios se encuentra en el hecho de encontrar posturas comunes ante un fenómeno social y sanitario tan controvertido como la legalización y/o regulación de los diferentes usos de cannabis.

Es interesante resaltar que los tres países del continente americano en los que la venta de cannabis es legal (Canadá, Uruguay y Estados Unidos de América), se encuentran entre los diez países con mayor consumo de dicha sustancia (WHO, 2016).

A pesar de los intentos por parte de algunos países como Uruguay o Canadá por adoptar medidas legales relacionadas con el uso recreativo del cannabis, hoy en día sigue existiendo una gran discordancia entre naciones acerca del posicionamiento relacionado con la legalización. En América Latina son siete los países que cuentan con medidas legales para el uso medicinal del cannabis: México, Colombia, Ecuador, Perú, Argentina, Paraguay y Chile, pero ninguno de ellos se ha mostrado proclive a extrapolar la legalización al uso recreativo.

Otro de los países en los que es legal el consumo de cannabis para fines recreativos es Estados Unidos. Pero dicha medida no ha sido establecida en todo el país, tan solo cinco estados (Alaska, California, Colorado, Oregón y Washington) han abogado por adoptar medidas legales que habiliten la compraventa de productos cannábicos (Hall & Lysnskey, 2015). En el año 2018 se presentaron varios proyectos de ley ante las legislaturas estatales para instar a las instituciones federales a tratar de forma más profunda las políticas relacionadas con la legalización de marihuana. El estado de California aprobó ese mismo año una resolución para instar al Congreso a aprobar una legislación que permita a las instituciones financieras proporcionar servicios a la industria del cannabis.

Además de los estados en los que es legal el consumo recreativo, una vasta lista de estados de los Estados Unidos, en concreto 18, presentaron en el año 2018 varios proyectos dirigidos a la legalización del cannabis. En los estados de New Hampshire y Rhode Island dichas medidas fueron promulgadas y se originaron la creación de comisiones estatales para evaluar la legalización, la regulación y los impuestos sobre la venta de los productos cannábicos (NCSL, 2019).



A pesar de que hay cinco estados con un marco legal que permite la venta de productos cannábicos, dichos estados convergen y difieren en algunos aspectos de la regulación. Por ejemplo, en los cinco estados se ha establecido la edad mínima para la compra en la mayoría de edad, los 21 años. Además, en dichos estados la cantidad máxima de venta legal permitida es de 28,5 gramos. Es interesante destacar que cada estado impone sus propias tasas, así como las diferencias en la cantidad de plantas para el consumo propio (Hall & Lysnskey, 2015).

Adoptando medidas comparativas entre naciones en las cuales se ha legalizado el consumo, se observan diferencias en cuanto al enfoque adoptado. Los estados de Colorado y Washington han centrado la legalización del cannabis en un modelo de mercado parecido al del alcohol y el tabaco. A pesar de haber instaurado un conjunto de reglas controladas por las autoridades estatales destinadas a la venta del producto, la legalización del cannabis se ha originado adoptando una postura comercial en la que los productores y proveedores últimos son empresas con fines lucrativos. De acuerdo con Obradovic (2019), la rápida expansión de la industria se debe en gran medida a los bajos niveles de control sobre la tipología del producto legalmente disponible. Un ejemplo de dicho auge, queda ilustrado en el hecho que durante los dos primeros años después de la apertura de puntos de venta legal de cannabis, el estado de Washington recaudó ganancias por valor de 900 millones de dólares, mientras que el estado de Oregón recaudó 1,3 millardos de dólares en concepto de venta de productos cannábicos (Firth, Davenport, Smart & Dilley, 2019).

En el caso de Uruguay, el modelo adoptado presenta un enfoque mixto, el cual combina el monopolio del gobierno a etapas minoristas, con la actividad regulada mediante las restricciones impuestas a los clubes sociales cannábicos y al cultivo doméstico. De hecho, en este país, solo dos empresas nacionales, Symbiosis e IC Corp, han obtenido licencias para cultivar y vender marihuana recreativa en farmacias (Pardo, 2014). A diferencia de las medidas adoptadas por los estados norteamericanos, el cannabis en forma de marihuana solo se puede comercializar en farmacias autorizadas, permitiendo hasta una adquisición de máximo de 10 gramos semanales a un coste fijo de 1,30\$ por gramo. El hecho de que se comercialice en lugares específicos y preparados para ello, garantiza la calidad del producto y evita la proliferación del mercado negro, así como la disminución del riesgo de dependencia: solo se autoriza la venta de productos cannábicos con una concentración de THC de entre el 6 y el 9%.

El último país en aprobar la legalización del cannabis para fines recreativos ha sido Canadá. Desde el 17 de octubre de 2018, las personas mayores de 18 años o 19, en función de la provincia, pueden adquirir de forma legal hasta un máximo de 30 gramos de cannabis para uso recreativo bajo licencia previamente concedida, y en la mayoría de regiones poseer hasta cuatro plantas para el cultivo de uso privado (Obradovic, 2019). No hay que perder de vista que, de acuerdo con el Instituto Federal de Estadística (2015), el cannabis es la sustancia ilícita más consumida en Canadá, sobre todo entre los jóvenes de entre 20 a 24 años, en el que la prevalencia de consumo es próxima al 30%. De hecho, una de cada diez



personas afirma haber consumido marihuana como mínimo una ocasión durante el año anterior.

Desde que dicha aprobación entró en vigor, la cantidad de canadienses que ha comenzado a consumir marihuana ha aumentado en un 4%. A pesar del aumento del consumo, las adquisiciones de la sustancia mediante fuentes ilegales han caído en un 13%, y el estado ha recaudado 139 millones de dólares en concepto de la venta de productos cannábicos (Wallingford, Konefal & Young, 2019).

El gobierno canadiense ha apostado por elaborar una legislación que evite los problemas suscitados en Colorado, puesto que aboga por un "enfoque cauteloso" basado en regulaciones que garanticen un equilibrio óptimo entre prevención y salud pública, con el objetivo de una "tercera vía", a medio camino entre los enfoques adoptados en los países precedentes: Uruguay y Colorado (Obradovic, 2019).

2. Método

2.1. Tipo de análisis

Se ha utilizado una metodología cualitativa de investigación. Los instrumentos utilizados para el análisis cualitativo han sido entrevistas, grupos de discusión y panel de expertas como fuentes primarias y una revisión de artículos, informes y estudios diversos como fuentes secundarias. Como estrategia de trabajo, se propone una estrategia tradicional de Método participativo:

1. Identificación de partes interesadas
2. Organizar con ellas un grupo de trabajo
3. Delimitación de preguntas y temas de la evaluación
4. Toma de decisiones sobre diseño, métodos y medición
5. Recogida de la información/datos
6. Análisis de datos
7. Grupo de trabajo se implica en el análisis
8. Decisión sobre cómo utilizar y aplicar los hallazgos

Dentro de esta estrategia, se ha realizado un diseño de investigación cualitativo en el que se han seleccionado una serie de categorías para, posteriormente, seleccionar las preguntas de estudio y analizar la información en función de dichas categorías. Tanto las preguntas como las categorías han sido revisadas por diferentes expertos en investigación cualitativa, para contrastar la validez de su selección. Se ha partido de las categorías del consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría (Casas, Bruguera, Roncero & San, 2007), a las que se han añadido aspectos relacionados con la elaboración de políticas (Hall & Linksey, 2009), las convenciones internacionales y los grandes foros de debate sobre drogas y adicciones (EURAD, 2012). Las categorías de análisis elegidas fueron:



- Antecedentes históricos y referentes del debate
- Problemas relacionados con los diferentes usos del cannabis (directos e indirectos)
- Regulación/Legalización a nivel local/nacional/internacional
- Fiscalización y marcos legales (nacionales e internacionales)
- Influencia del debate en foros internacionales
- Evolución del debate
- Grupos vulnerables
- Respuestas sociosanitarias (prevención e intervención)
- Estado de la investigación sobre el cannabis y sus efectos/derivados
- Características psicosociales de los usuarios (cultura, género, religión, etc.)

2.2. Técnicas seleccionadas

Para recopilar la información inicial, se realizó una **revisión bibliográfica** de informes e investigaciones actuales sobre los diferentes usos de cannabis. Dicha revisión se realizó utilizando las categorías anteriormente seleccionadas, utilizando diferentes bases de datos (Google Academics, Medline, Pubmed) y las publicaciones destacadas por los foros internacionales de referencia (UNODC, EMCDDA, NIDA). Finalmente, se seleccionaron 20 publicaciones entre 2015-2019 las cuales constan como referentes en las diferentes posiciones del debate.

Tras la revisión, se realizaron una serie de **entrevistas semiestructuradas**. Se eligió esta técnica ya que, en ellas, el investigador antes de la entrevista prepara un guion temático sobre lo que quiere que se hable con el informante y las preguntas que se realizan son abiertas, por lo que el informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar. El investigador debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural. Durante el transcurso de la misma el investigador puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas.

Las entrevistas se realizaron a personas relevantes sobre el tema, considerados todos ellos como informantes clave a nivel internacional. Las condiciones de elección de los informantes fueron:

- Relevancia en la red nacional e internacional
- En activo a nivel local, nacional e internacional
- Conocimientos contrastados sobre el aspecto a analizar (cannabis)
- Con largo recorrido en la evolución del problema



Se realizaron 18 entrevistas a personas relevantes en el ámbito de la elaboración de políticas, la prevención/intervención en conductas adictivas y la investigación/estudios académicos sobre el tema. Se han seleccionado informantes de diferentes países, realizando las entrevistas por videoconferencia y grabando la información en ella recogida. Dichas entrevistas se realizaron en inglés, español e italiano.

Tras el análisis de las entrevistas, se procedió a realizar un **Grupo de discusión** (Wilkinson, 2004).

“El Grupo de discusión o grupo de enfoque, es una técnica que utiliza la entrevista grupal para recopilar información relevante sobre el problema de investigación, donde varias personas responden simultáneamente a un cuestionario sistemático. Es una conversación cuidadosamente diseñada, cuyo ambiente debe ser relajado, confortable, agradable, donde los participantes se influyen, responden a preguntas y discuten ideas y comentarios surgidos en la propia discusión” (Wilkinson, 2004)

El número de participantes no debe ser elevado, oscila entre 5 y 8 personas. El grupo debe ser homogéneo, condicionado por los objetivos de la investigación.

La selección y reclutamiento de los participantes en dicho grupo se realizó partiendo de una lista elaborada con personas que cumplan condiciones similares a los entrevistados, seleccionadas dentro de la Red Dianova para que los resultados sean lo más aplicables y adaptados posible. Tras el reclutamiento, se proporcionó a los participantes una información básica de la temática del grupo, presentada de forma atractiva para que sientan interés. También fue necesario hacer un seguimiento, mediante correo electrónico, confirmación por escrito, contacto telefónico, etc. Es evidente que la selección debía basarse en unos criterios, por lo que el investigador tuvo que:

- Definir la población objetivo
- Definir la segmentación de la población
- Identificar la composición apropiada a cada grupo
- Desarrollar criterios para elegir o excluir a los participantes
- Desarrollar cuestionarios de reclutamiento y guiones de invitación
- Realizar los contactos iniciales de reclutamiento con los potenciales participantes
- Determinar los procedimientos de seguimiento que aseguren la asistencia

Por niveles, los participantes debían ser representativos de los siguientes colectivos:

- Ámbito sanitario terapéutico (aplicaciones del cannabis como fármaco)
- Aspectos sanitarios tratamiento (intervención por problemas de uso de cannabis)
- Ámbito investigador/docente
- Intervención directa



- Aspectos legales
- Beneficiarios de programas
- Elaboradores de políticas

Tras el grupo de discusión, se ha realizado un panel de expertas (Creswell, 2014), para contrastar la validez de las conclusiones y propuestas. Las condiciones de elección de los/as informantes han sido:

- Relevancia en la red nacional e internacional
- Conocimientos contrastados sobre la regulación del cannabis desde diferentes perspectivas (investigación, prevención e intervención, elaboración de políticas y convenios internacionales; y papel de la sociedad civil)
- Con largo recorrido en la evolución del problema

Como productos finales, se ha realizado el actual informe final, así como un informe ejecutivo/documento de síntesis, en formato digital, que recoge el proceso del estudio y una serie de conclusiones, recomendaciones y propuestas para favorecer el consenso en la red Dianova sobre los diferentes usos del cannabis y sus riesgos.

2.3 Fases del estudio

Acción	Plazos
1. Revisión bibliográfica	febrero – marzo 2019
2. Diseño del estudio	marzo – abril 2019
3. Selección de los participantes	marzo – abril 2019
4. Entrevistas	abril – noviembre 2019
5. Análisis de la información	agosto – noviembre 2019
6. Grupo de Discusión interna	noviembre 2019
7. Elaboración conclusiones internas	diciembre 2019



8. Panel de expertas	enero 2020
9. Elaboración del informe/s final	enero 2020 – febrero 2020
10. Revisión interna del informe/s	febrero 2020
8. Presentación al Consejo de Asamblea	marzo 2020
9. Difusión interna del documento	marzo 2020 – junio 2020
10. Difusión externa	junio 2020 – diciembre 2020

2.4 Participantes en el estudio

Tabla 1: participantes en la fase de entrevistas

	Nombre	Organización	País
Elaboradores de políticas	Dr. David Bewley-Taylor	Transnational Institute	Países Bajos
	Dr. Ricardo Baptista Leite	Parlamento – Grupo Social Demócrata	Portugal
	Dr. Kevin Sabet	Smart Approaches to Marijuana	Estados Unidos
Investigadores y/o docentes	Dra. Ana Adan	Universitat de Barcelona	España
	Dra. Susana Henriques	CIES-ILU Centro de Investigación y Estudios de Sociología	Portugal
	Dr. Wayne Hall	Queensland University	Australia
	Dr. José Ángel Medina Marina	Universidad Complutense de Madrid	España



	Dr. Susan Tapert	University of California San Diego	Estados Unidos
Ámbito sanitario	George Ochieng	Slum Child Foundation	Kenia
	Dr. Rowdy Yates	European Federation of Therapeutic Communities	Reino Unido
	Dr. Pierangelo Puppo	Dianova Italia	Italia
	Dr. Maximiliano Gutiérrez	Dianova Uruguay	Uruguay
	Dr. Durello	Región de Lombardía	Italia
Usuarios	Barbara	Dianova Italia	Italia
Aspectos legales	Tania Ramírez	México Unido Contra la Delincuencia	México
	Dr. Martian Koyman	EURAD	Países Bajos
Sociedad Civil	Ana Afuera	ENCOD	España

Tabla 2: participantes en el grupo de discusión

Nombre	Organización	País
Ombretta Garavaglia	Dianova Italia	Italia
Lucía Goberna	Dianova International	Suiza
Rui Martins	Dianova Portugal	Portugal



Jordi Alós	Dianova Uruguay	Uruguay
Rodrigo Sanhueza	Dianova Chile	Chile
Pierre Bremond	Dianova Suiza	Suiza
Alberto León	Dianova Nicaragua	Nicaragua
Gisela Hansen	Dianova España	España

Tabla 3: participantes en el panel de expertas

	Nombre	Organización	País
Investigadores y/o docentes	Dra. Ana Adan	Universitat de Barcelona	España
	Dra. Susana Henriques	CIES-ILU Centro de Investigación y Estudios de Sociología	Portugal
Aspectos legales	Tania Ramírez	México Unido Contra la Delincuencia	México
	Ana Afuera	ENCOD	España

2.5. Productos

Los productos desarrollados han sido los documentos de investigación (guion de entrevista, grabación y transcripción de entrevistas y grupos de discusión) y dos informes: un informe ejecutivo, resumen del proyecto (en español e inglés); y un informe operativo con información clara y concreta en relación a los usos terapéutico, recreativo, riesgo de adicción y sociosanitario del cannabis a nivel nacional e internacional, así como una serie de propuestas y recomendaciones al respecto. Dicho documento se ha debatido posteriormente en el grupo de discusión y el panel de expertas, para profundizar en los principales aspectos de la problemática. El último paso de esta secuencia, así como la



“Decisión sobre difusión de hallazgos” que se produzca, se realizará tras el análisis del Informe por parte de la Asamblea de Dianova.

Sobre la información recopilada en las entrevistas y la revisión bibliográfica se ha elaborado este documento de síntesis, que se presenta a los responsables de la red Dianova que han participado en los diferentes niveles del estudio, así como a los mismos agentes implicados y/o algún participante que se considere relevante en varios niveles. El guion de la entrevista se puede encontrar en el anexo I. Las grabaciones de las entrevistas están recopiladas, las frases de las transcripciones de las mismas se pueden encontrar en este informe como *verbatim*.

3. Resultados

A continuación, se presentan las principales conclusiones por categorías de análisis, acompañadas de diversos *verbatim*, correspondientes a frases textuales de los participantes.

3.1. Antecedentes históricos y referentes del debate

El debate sobre la despenalización del uso de cannabis y la injusticia que suponen las penas impuestas por su uso particular se inició a finales de la década de 1960 en Gran Bretaña, para posteriormente continuar en Canadá, Países Bajos y los Estados Unidos de América en la década de los 70 y durante los 80 en Australia. Este debate arranca como respuesta ante la detención e ingreso en prisión de jóvenes consumidores cuyo único delito es consumir cannabis, especialmente jóvenes de clase media. Los primeros referentes en este debate argumentaban que eran peores las consecuencias penales y jurídicas que cualquier problema que pudiera estar relacionado con el consumo de cannabis. A partir de ahí, se eliminaron los cargos por posesión y consumo propio de los países citados anteriormente, aunque no se autorizó el consumo de cannabis de manera abierta, salvo en los Países Bajos. Este debate generó un efecto de polarización entre las políticas “blandas sobre las drogas” y las políticas “duras sobre las drogas”; de hecho, estas últimas fueron dominantes durante los años posteriores y se produjo la denominada “Guerra contra la droga”, en la cual el cannabis está incluido como las otras sustancias psicoactivas (Hall & Linksey, 2009).

“La recomendación de despenalizar el consumo de cannabis no suele ser aceptada por los políticos porque la opinión pública se opone a las” políticas blandas sobre el cannabis”.

“La política adoptada con mayor frecuencia fue la despenalización de facto en la que se mantuvieron las sanciones penales, pero no se aplicaron o se aplicaron selectivamente contra grupos minoritarios”.



“En estas dos últimas décadas el debate se ha generalizado y se ha trasladado a la sociedad. El problema es que este debate se ha basado en unas ideas que no siempre se corresponden con la realidad”.

“Cuando surgió la ley (en Uruguay), se debatieron por una parte la descriminalización de cualquier uso de drogas, no evidentemente la venta; por otra parte, se debatieron los diferentes usos de cannabis, no solamente el recreativo”.

“El debate no es reciente, lo que ha surgido en los últimos años ha sido un nuevo enfoque, más creativo, más medicinal, más terapéutico. En los últimos tiempos el debate en torno al cannabis ha ganado mucha fuerza y se ha creado algún consenso sobre su uso medicinal y el uso recreativo se ha visto impulsado por esta evidencia de su uso medicinal”.

“En México el debate ha cobrado más fuerza desde hace seis años, el activismo cannábico ha existido desde hace 40 años, de hecho, en la década de los 40 tuvimos una etapa en la que fue legal durante unos meses. El activismo ha estado presente desde hace 40 años y el debate ha existido no solamente en la sociedad civil, sino también desde el gobierno. Es cierto que eventos y foros surgidos en el entorno de Naciones Unidas han tenido que ver con el auge del debate”.

“Podemos decir que el debate en torno al cannabis ha surgido en Europa entre los años 60 y los años 70. En Italia el debate se inició en la década de los 70, cuando un diputado del partido Radical, Marco Panella, comenzó a plantear la defensa de los consumidores de marihuana, llegando a mostrarse él en público fumando un “spinello” (porro)”.

“Con los objetivos del debate hay que enfocarlos también en positivo: hay personas con buenas voluntades que quieren regular el producto que se consume. Luego está el tema médico, que ha potenciado muchísimo el debate pero que presenta unos resultados, sobre todo económicos, muy modestos. Y por último está todo el tema del producto natural, que facilita su uso. Si estuviéramos hablando de una sustancia sintética con los mismos efectos, seríamos más reticentes”.

“El debate sobre el cannabis, creo yo que es posible encontrar evidencias para los dos lados. Hay quien va a decir que tiene todas las propiedades del mundo y que cura todas las enfermedades y hay quien va a decir que tiene todos los daños asociados y que tiene todos los riesgos asociados de la droga. Yo prefiero basarme en la recomendación que ha hecho la OMS, que, en un debate histórico, porque ha sido histórico, ha recomendado el revisar la clasificación del cannabis dentro de la droga e incluir sus usos terapéuticos, aceptando que tiene una serie de riesgos para la salud, pero recomendando el que está en una lista de sustancias no tan peligrosas”.

“Cuando comparamos a nivel individual el impacto social y sanitario derivado del uso del cannabis con los del alcohol o el tabaco, nos damos cuenta que a nivel individual el impacto de estas dos sustancias es más dañino que la del cannabis. El alcohol es más dañino en la esfera social, y nosotros como sociedad hemos acordado aceptar el consumo de estas dos sustancias dentro de un marco regulatorio”.



3.2. Problemas relacionados con los diferentes usos del cannabis (directos e indirectos)

Los/as informantes han identificado un número considerable de consecuencias derivadas del consumo de cannabis, especialmente en los campos psicosocial y de la salud mental. Los problemas mencionados en mayor cantidad han sido las alteraciones psiquiátricas, especialmente en trastornos psicóticos y alteraciones afectivas, pero también en alteraciones cognitivas, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, déficit de atención por hiperactividad y trastornos del estado de ánimo.

También se produce pérdida de memoria inmediata, alteraciones del equilibrio, de la orientación espacial, dificultades para realizar tareas de coordinación motora, y dificultades para andar. Diversas investigaciones, al estudiar los patrones de consumo de los adolescentes, señalan que hay una relación directa entre el consumo de cannabis y la incidencia posterior de trastornos psicóticos, con un aumento del riesgo relacionado con la dosis de THC, la frecuencia de consumo y el inicio precoz. Eso sí, en la mayoría de los estudios hay discrepancia en las prevalencias, suelen estar condicionadas por el uso de otras drogas, no se puede discriminar si el cannabis actuó como causa o como catalizador de los síntomas y las muestras suelen ser de personas que han presentado alteraciones relacionadas, no estudios epidemiológicos de población general.

Se pueden encontrar estudios que reflejan problemas cardiovasculares y síntomas gastrointestinales producidos por el cannabis (Hall, 2014). El primer efecto fruto del consumo es el aumento de la frecuencia cardíaca, en la mayoría de los casos de una a 3 horas después de su uso, lo que produce mayor riesgo de miocardiopatías en personas predispuestas.

La alteración a nivel cognitivo que produce el consumo de cannabis está relacionada también con el riesgo de sufrir accidentes, tanto de tráfico como laborales. Ese riesgo existe y se ha cuantificado como menor en comparación con el producido por el consumo de alcohol. Dichos estudios constatan que una parte de los consumidores adolescentes sufre efectos adversos en sus trayectorias vitales, como el fracaso escolar.

“El cannabis produce un deterioro agudo del rendimiento cognitivo y psicomotor relacionado con la dosis que puede contribuir a los accidentes de tránsito si los usuarios conducen con discapacidad”.

“Los estudios epidemiológicos han demostrado una asociación modesta entre los marcadores del consumo reciente de cannabis y el riesgo de sufrir un accidente (RR 1.3-2.0), que es menor que el aumento del alcohol (RR 5-10)”. (Hall, 2015)

Uno de los aspectos que más controversia genera este debate es si el cannabis produce dependencia. La evidencia científica indica que un porcentaje reducido de consumidores, fundamentalmente aquellos que se convierten en consumidores regulares con un uso en “binge”, pueden presentar adicción al cannabis (Budney, Sofis, & Borodovsky, 2019). En



Australia, Canadá, Estados Unidos y la Unión Europea los consumidores problemáticos de cannabis conforman uno de los grupos mayoritarios la atención en los centros de tratamiento de adicciones, por detrás de los consumidores del alcohol y tabaco (Hall, 2015). En la década de los 90 se suponía que el cannabis afectaba un porcentaje del 1-2% de los adultos que habían consumido durante el último año, y a un 4-8% de adultos que lo habían consumido a lo largo de su vida. Según diversos estudios, sólo el 9% de los que han usado cannabis alguna vez desarrollan dependencia, comparado con el 32% de la nicotina, 23% de la heroína, 17% de la cocaína y el 15% del alcohol (Hall, 2014). Ese riesgo se multiplica hoy día, debido a la presencia de productos derivados del cannabis cuyo potencial tóxico y adictivo no están esclarecidos aún. Estos estudios presentan un problema evidente, y es la imposibilidad de discriminar las consecuencias de los diferentes usos de sustancias. Difícilmente encontramos una persona en estas investigaciones que haya consumido una sola sustancia, con lo que se cruzan y correlacionan multitud de causas y efectos.

El uso regular de cannabis recreacional aumenta el riesgo de accidentes de tráfico, como sabemos por los datos de Colorado y Delaware (Hall & Lynskey, 2015). El uso de cannabis durante el embarazo también se ha relacionado con riesgos obstétricos. Hay evidencias de que el uso continuado en adolescentes aumenta el número de problemas psicosociales, especialmente el abandono escolar y los problemas entre pares.

“Hoy en día ya sabemos que el cannabis tiene un efecto beneficioso en la ansiedad, en el estrés y en ciertos tipos de depresión. Aunque revisando documentación sabemos que el efecto beneficioso es el corto plazo y a largo plazo puede tener un efecto perjudicial sobre el estado de ánimo”.

“Los adolescentes con un consumo temprano y frecuente de cannabis, y lo mismo en la edad adulta joven, tienen más probabilidades de: mostrar deterioro cognitivo; sufrir abandono escolar; hacer uso de otras drogas ilícitas; desarrollar esquizofrenia y trastornos afectivos; y tener pensamientos suicidas”.

“Continúa el debate sobre si el cannabis es la causa de estos malos resultados, o si estas relaciones reflejan riesgos genéticos compartidos, otro uso de drogas o las características personales de los consumidores habituales de cannabis que aumentan los riesgos de consumir cannabis y padecer estas consecuencias”.

“El problema es que hoy en día el cannabis es muy diferente de cómo era hace 15 o 20 años. El cannabis actual es más tóxico y costoso para los jóvenes en desarrollo cerebral, así que hablamos de drogas muy diferentes y muy poderosas, muy muy fuerte, mucho más fuertes que hace 20 años”.

“Si yo me tomo algo que no necesito, tiene consecuencias en nuestro cerebro. Para mí, lo más preocupante son todos los síndromes amotivacionales, el efecto en la inhibición, que afecta a nivel neurocognitivo y a nivel conductual. Y no es necesario ni un gran consumo ni mucho tiempo de consumo, hablamos de chicos jovencísimos, que la mayoría con la abstinencia se recuperan. Pero no todos...”.



“Existe un posible riesgo neurodegenerativo para muchos jóvenes que consumen cannabis, no para todos, pero sí que encontramos este patrón. Claro, ninguno sabemos si somos vulnerables. Eso es un problema, que posiblemente pueda estar vinculado al consumo de estas nuevas plantas modificadas que tienen un poder alcaloide muchísimo mayor”

“Desde luego, hay problemas psicosociales y alteraciones psiquiátricas. En el trabajo de Prevención, lo que más nos encontramos es la banalización del consumo y de esos problemas asociados que igual en términos clínicos no todos pueden ser relacionados directamente con el consumo de cannabis pero que el consumo agrava sin duda alguna, especialmente en casos de jóvenes”.

“Hablando de THC y CBD, tenemos usos asociados del cannabis con esquizofrenia en adultos jóvenes. Lo que muestra, centrándonos en los datos, es que la psicosis está asociada con el consumo temprano de altas dosis de drogas, drogas de alta potencia y con mezclas de otros elementos químicos.

Está muy claro para nosotros, el consumo debe limitarse a la edad de 21 años o más, ya que no hay evidencia de esquizofrenia en adultos jóvenes mayores de 21 años, tenemos informes de esquizofrenia en casos de consumo alrededor de 17, 18 o 19”.

“Sabemos aún menos sobre los efectos de una mayor disponibilidad y comercialización de productos de cannabis más potentes, como comestibles y extractos”.

“Los usuarios adolescentes tienen más probabilidades de desarrollar dependencia que los adultos mayores. No está claro si el consumo regular de cannabis durante años afecta negativamente la salud física. La bronquitis crónica es el efecto adverso más constante del consumo de cannabis. El humo de cannabis contiene carcinógenos en concentraciones similares al humo del cigarrillo, pero ha sido difícil detectar un mayor riesgo de cáncer de pulmón. Las series de casos y los estudios de casos y controles sugieren que fumar cannabis en exceso puede aumentar el riesgo de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Un síndrome de hiperémesis puede ocurrir en fumadores diarios de alta cantidad de cannabis”.

“Desde el punto de vista de los efectos en accidentes de trabajo y accidente de tráfico, no creo que el cannabis sea peor que el alcohol en aumentar la peligrosidad y los riesgos de tener un accidente. Pero si continúa su venta y si se realiza su compra a través de Internet, en el mercado negro, con alta proporción de THC, sí que se puede convertir en una sustancia muy peligrosa”.

“Hay algunos peligros si no tenemos cuidado al hablar sobre la relación entre el cannabis y la psicosis; estos casos normalmente se asocian con altas dosis de cannabis y el uso de otros elementos químicos. Para los responsables políticos, es muy claro, el consumo debe limitarse a la edad de 21 años o más”.

“Yo creo que estamos en un momento en el que tenemos tantos tipos de cannabis y con todos estos derivados del cannabis sintético, que empezamos a encontrarnos con efectos



que, con el cannabis normal, cannabis convencional, no sucedían. Es muy importante antes de consumir la sustancia estar informado de la cantidad de THC y CBD”.

3.3 Regulación/Legalización a nivel local/nacional/internacional

La descriminalización del cannabis ha facilitado la reducción de los daños que suponen las consecuencias jurídico-legales (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016) pero no ha supuesto su desaparición de los mercados negros, lo que supone un problema para las políticas del Cannabis (EURAD, 2012). La legalización obliga a los gobiernos a regular la potencia de los productos (como ha sucedido en Uruguay), controlar el uso de contaminantes/plaguicidas/pesticidas e imponer impuestos que hagan complejo el uso intensivo (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).

Sobre el uso médico del cannabis, existe un problema asociado a la escasa evidencia de muchas de las indicaciones que se ofrecen a los potenciales pacientes. No se trata de que no tenga dichas aplicaciones, sino que su eficacia frente a otros productos que ya se ofrecen no está suficientemente demostrada. Además, debido al elevado coste y escasa accesibilidad de los productos farmacéuticos derivados del cannabis, se suelen utilizar productos de baja calidad, con poder alcaloide no regulado y difícil de contrastar sus efectos y riesgos asociados, además de estar siendo utilizados con una mínima supervisión médica.

Hay que considerar dentro de este escenario la influencia de empresas comerciales que se muestran interesadas en la regulación del cannabis, mejor dicho, de la promoción de su uso regular; frente a la voluntad de dichas empresas tienen que estar los gobiernos para regular y controlar este potencial mercado (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).

“Yo pienso que antes de plantear una legalización completa habría que presentar y desarrollar algún tipo de regulación, algún tipo de implementación regulada, poner en marcha un consumo más o menos controlado con una serie de normas predeterminadas y con el tiempo revisar de qué manera se ha cumplido o si no se ha cumplido esa regulación que estaba prevista, antes de pasar a la legalización de la sustancia”.

“Existe un debate con unas posiciones permanentes, tanto por parte de los prohibicionistas como por parte de los aperturistas y que ideológicamente se ha establecido de una manera tan rígida, que hace muy difícil plantear un debate sobre la legalización”.

“Creo que tenemos que diferenciar entre despenalización y legalización. Muchas veces, estas cosas se están discutiendo juntas. Estamos hablando de despenalización, cuando estamos disminuyendo el número de sanciones relacionadas con el uso de drogas, y creo que está bien. Pero la legalización creo que es diferente, incluye la promoción y el marketing, lo que ahora estamos encontrando, y usted pregunta si el mercado negro no va a desaparecer, el mercado negro no va a desaparecer, y mis temores siguen aumentando”.



“Cuando hablamos de la manera en la que se va a distribuir el cannabis, ¿por qué no nos paramos a pensar que el tabaco y el alcohol están prohibidos para menores de 18 años y a pesar de eso son sustancias completamente accesibles para ellos? Realmente, pretendemos limitar el cannabis de una manera que no estamos haciendo de facto con el tabaco y el alcohol”.

“Con la implementación de la Ley estamos todos un poco expectantes. Lo que nos pasa es que nos faltan los resultados porque, como todos, sabemos los resultados en realidad los conoceremos a largo plazo a medio y largo plazo. La ley ha sido muy valiente y muy innovadora, pero todavía no sabemos cuáles van a ser los efectos a largo plazo”.

“Bueno, yo pienso que podría ser positivo (la legalización) realmente podría ser positivo con una adecuada, no tanto información, sino educación en este proceso de legalización y que se consiga implicar a los medios de comunicación, a los agentes sociales que sabemos qué explicar y para qué sobre cada posición en la legalización”.

“Además, hay una ventaja con la legalización: está el hecho de que hoy día la marihuana que se vende está modificada genéticamente, la que se vende en el mercado negro, la que se trafica, es muy potente desde el punto de vista químico y la que está vendiendo el Mercado que está ofreciendo el gobierno, el Estado, es una marihuana que no podrá estar manipulada, bastante controlado, bastante regulado, que se ha criticado inicialmente pero que se está viendo como una ventaja porque reduce mucho cierto tipo de riesgo, por ejemplo, riesgo de tipo psiquiátrico o riesgo por el tipo de producto, del tipo de enfermedad mental, de aparición de enfermedades mentales. Claro, al principio se pensaba que la gente no lo iba a comprar porque no le iba a pegar, pero luego se vio que era de buena calidad, que no tenía efectos secundarios, que no era perjudicial y se entendió que era más adecuado el consumir la semilla de una forma regulada”.

“Creo que es muy importante a nivel internacional, en la discusión global compartir las lecciones aprendidas más en el marco de la evidencia y menos en el marco del Dogma”.

“Como formuladores de políticas, es mejor recopilar datos y avanzar a pequeños pasos. Cuando observamos el impacto del cannabis en comparación con otras drogas legalizadas como el alcohol o el tabaco, está claro que el alcohol y el tabaco son aún más dañinos que el cannabis, y especialmente el alcohol es mucho más dañino que el cannabis”.

“Otro problema fue considerar la concentración de THC en CBD, que luego debería controlarse, debería haber un umbral, hay algún acuerdo en que con la concentración de 15% de THC parece ser seguro, esa es la información, pero esta es una área que necesita ser estudiada continuamente, examinada y verificada. Por lo tanto, debe limitarse en términos de su concentración y prohibiríamos otros estímulos de uso que incluyen, por supuesto, el sabor de estos productos o la inclusión en los alimentos. Por supuesto, tiene que estar completamente prohibido en el lugar de trabajo mientras se conduce y cerca de las escuelas”.



“En un país como el nuestro, Uruguay que presentó consumo de alcohol problemático enorme, quedan cuantificadas unas 200.000 personas con su problemática de alcohol, que hay un consumo per cápita de whisky que podemos considerar los casi campeones mundiales, con un consumo de vino también, desmesurado... resulta mucho más complicado legislar y regular ese consumo de alcohol que plantearse el consumo regulado de marihuana”.

“El consumo regular recreativo de cannabis aumenta los riesgos de sufrir accidentes de tráfico; dependencia del cannabis, especialmente cuando se inicia en la adolescencia. El consumo de cannabis durante el embarazo aumenta el riesgo de malos resultados obstétricos. El uso regular por parte de los jóvenes aumenta los malos resultados psicosociales, incluido el deterioro cognitivo y el abandono escolar prematuro”.

“El problema que hay en nuestros países es que tú haces la ley, pero luego la ley no está bien basada y concienciada en la sociedad. ¿Qué es lo que pasa con los juegos de azar? Existe la ley y, a pesar de eso, menores de 18 años están jugando continuamente y está suponiendo un problema enorme. La ley está basada en una cuestión económica y eso es lo que hace que siga siendo rentable, a pesar de la cantidad de problemas sociales y sanitarios que está creando”.

3.4. Fiscalización y marcos legales (nacionales e internacionales)

Las políticas y marcos legales del cannabis son diferentes en cada país (EURAD, 2012). Técnicamente, todos los países están sujetos a las convenciones internacionales, pero en la práctica muchos de ellos aplican las leyes en función de sus propios intereses. Muchos países de Asia y África (además de Rusia) continúan utilizando acciones criminales contra los consumidores (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016); muchos otros países han eliminado la acción criminal sobre los consumidores (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016), aunque puedan mantener otro tipo de sanciones, como las administrativas, por ejemplo (EURAD, 2012).

En este sentido, la influencia que supone la legalización del uso recreativo de cannabis en Canadá y diversos estados de Estados Unidos de América puede generar un impulso para hacer más difícil a los países más restrictivos mantener la sanción criminal al consumo, lo que podría generar un primer consenso internacional para la regulación del cannabis (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016).

Otro problema que habrá que resolver es la diferencia entre países productores, países de tránsito y países consumidores de cannabis, lo que puede basarse en enormes desequilibrios socioeconómicos y geopolíticos entre países. Una posible comercialización a escala internacional puede favorecer un exceso de producción, un acceso más sencillo al producto y un mayor riesgo de devolver el poder al mercado negro y los grupos organizados dedicados al control del negocio (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).



“El objetivo de la ley era luchar contra el narcotráfico. Era algo muy concreto. Esta hecha para sacar a las personas que estaban comprando marihuana del mercado negro. Porque en este mercado también se les podía vender Paco (pasta de cocaína), u otros tipos de sustancias. El objetivo era sacar a las personas de este circuito, de este mundo”.

“Los países pueden ser productores, pueden ser transportistas y pueden ser usuarios de la misma manera. Si tiene dos países que han legalizado la marihuana y todavía están en las convenciones, entonces puede tener países con otros problemas y con otras ideas que también deben incluirse en las convenciones. Este es un problema cuando no respetas las convenciones internacionales, eso no solo afecta el tema de las drogas, sino que también afecta a todo tipo de problemas u otro tipo de problemas en todo el mundo”.

“Al no ser una sustancia inocua, necesitamos tener controles (y no solo acceso) sobre la calidad, sobre el qué, cómo, cuándo y dónde, para poder recomendar su uso, tal y como se hace con el uso de otros fármacos. Eso es un tema bien complejo, en realidad yo te diría que como con todas las sustancias, es indispensable controlar todos los elementos de la cadena. Y para eso tiene mucha herramienta regulatoria desde los impuestos, desde los precios... Los controles de calidad me parece que son una de las herramientas justamente más necesarias para reducir los riesgos. Los riesgos asociados a su consumo. Actualmente creo que no tenemos un control de qué es lo que se está vendiendo en el mercado negro y qué es lo que la gente consume De esta manera se podría tener, como sucede en Uruguay, como sucede en Canadá y como sucede con las medicinas, un rastreo de la producción hasta el producto final. De esa manera, si hubiera algún problema podría saberse. Actualmente no podemos controlar absolutamente nada. Hablaríamos de herramientas de control con los precios, con la calidad, con los puntos de venta con las personas que lo compran y con qué, cómo, cuándo y dónde fueron comprados esos productos. Y ya se podrían introducir todos los puntos que se quisieran: si vas a hacer para mayores de 18, si se hace para mayores de 21, si se van a vender en farmacias, si se van a vender en tiendas...”.

“Otra lección importante es la transferencia de conocimiento y la importancia de contar con marcos de monitoreo. Esto es fundamental para los responsables políticos. Por lo tanto, uno de nuestros desafíos es el desarrollo de buenos sistemas de monitoreo que nos permitan analizar los datos que conozco sobre la intervención del mercado en términos de variables como salud y delincuencia ... diferentes indicadores. Entonces, creo que las métricas y los indicadores son muy importantes”.

“Parece que Nueva Zelanda viene empujando fuerte para convertirse en un país con un mercado regulado a nivel nacional e internacional. Y eventualmente, México. Esta es una ola que no sabemos si va a continuar o va a parar”.

“Los puntos de venta representan otro problema. Nosotros, creemos que las personas deberían poder comprar, por lo que ya lo establecimos, pero puede comprarlo en farmacias comunes, entendiendo que este es un medicamento. En ese sentido, creo que necesita personal técnico para proporcionar servicios de salud pública, lo que lleva al problema de



los precios, entendimos que en Colorado, donde los impuestos pudieron erradicar básicamente del mercado negro porque se vendían al mismo precio. Pero si aplica muchos impuestos, el mercado negro continúa floreciendo porque, en comparación con el precio del mercado negro, existe una necesidad de nuestro lado, en nuestra propuesta de utilizar los impuestos de manera positiva”.

“Están vendiendo el CBD como si fueran chamanes, como si sirviera para cualquier cosa: depresión, ansiedad... Entré en el estanco el otro día y me encontré el cartel. Lo están vendiendo de esa manera, y este es un tema que a las autoridades sanitarias se les escapa. No se contempla el que realmente todo esto del tipo sintético de THC no tienen otro funcionamiento que el tóxico”.

“Los estudios en curso que utilizan el consumo como una cohorte para poder monitorear el impacto en términos de la legislación a medida que aprendemos más, creemos que podría ayudar a los servicios de reducción de daños y proporcionar servicios de Salud Pública, y cuando se trata de problemas de adicción y consumo, deberíamos ser capaces de proporcionar una línea directa para las personas que no están tratando con profesionales farmacéuticos. Por supuesto, podremos proporcionar recursos a nuestras fuerzas de seguridad para luchar continuamente contra el tráfico de cocaína, heroína...”.

“Yo creo que la influencia de la legalización del uso de cannabis en Derechos Humanos y Libertades es positiva, yo creo que sobre todo en la libertad del usuario resulta muy positivo. Y también el sacar a la gente que va a comprar marihuana y consumo de marihuana de la clandestinidad, el evitar el contacto con esos puestos donde se venden todas las drogas, eso es positivo. Aquí se llama “boca” a los puestos donde se venden, sacar a la gente de esas bocas ha sido muy importante”.

“Creo que un aspecto fundamental es todo lo que se tiene que contemplar en relación al marketing y la publicidad. Porque si lo descuidamos un poquito puede ocurrir como ha ocurrido con otras industrias, sobre todo con la industria tabaquera y con la industria alcoholera. Entonces tenemos que prestar mucha atención a cómo se proporciona la información, cómo se presenta el producto. Si se va a presentar de una forma atractiva, si se va a presentar como un insumo farmacéutico, tal y como se hace en Canadá y como se hace en Uruguay, como un producto neutro. Todas estas son herramientas regulatorias, como el caso de los precios, que tenga un precio interesante, que no sea un precio tan elevado que las personas prefieren quedarse en el mercado negro por tener un producto más barato que puede resultar más peligroso pero que no tenga un precio tan bajo que propicie el consumo y la entrada de nuevos consumidores”.

“También sabemos hoy día, gracias a la experiencia de Holanda, donde se han realizado varios estudios, donde la venta y el consumo de cannabis están descriminalizados, pero limitado a 5 gramos por persona, y había la duda acerca de hasta qué punto se incrementa la accesibilidad del producto a otros ciudadanos. Sabemos por estudios de Holanda que no aumenta el número de consumidores dentro de los ciudadanos, aunque tengan la



posibilidad de comprar cannabis de forma regular en los coffee shops. Así que también deberíamos estudiar más esa idea del cannabis como puerta de acceso a otras sustancias”.

3.5. Influencia del debate en foros internacionales

Técnicamente, los países que han legalizado el uso y su producción y venta, ya sea para uso recreativo o terapéutico, han quebrado las convenciones internacionales. En estos tratados se contemplan la prohibición del uso recreativo y también su uso y comercialización fuera del uso estrictamente médico que se haya permitido, así como la publicidad de dichos productos. Por tanto, la decisión de Canadá y Uruguay como estados soberanos de legalizar su uso supone un desafío a los tratados y permite a otros países desafiar a los mismos en este aspecto o en aquellos temas que les resulten beneficiosos. El problema es que estos tratados, para ser modificados, necesitan ser aprobados por la Comisión de Drogas (Commission on Narcotic Drugs/CND) de Naciones Unidas/UNODC, lo que es altamente improbable debido a la negativa de la mayoría de los países que forman el CND para establecer cambios en los convenios. De hecho, el debate sobre el cannabis no estuvo presente en las sesiones especiales sobre drogas de la Asamblea General de Naciones en el año 2016. Esta quiebra de las convenciones puede suponer que otros desafíos al control internacional de drogas aparezcan, como pueda ser la producción legal y controlada de MDMA, LSD, mescalina y derivados de la psilobicina (Hall, 2017).

“Si la pregunta es cómo va a ser el modelo regulatorio mi respuesta es que creo que va a haber tantos modelos regulatorios como países se animen a regular, porque no creo que haya un modelo que pueda considerarse como el estándar que se pueda aplicar a todos los países. Cada país se tiene que regular atendiendo a unas necesidades muy específicas. Por ejemplo, en México yo te diría que no se puede regular pensando únicamente en el consumidor, porque el consumo en realidad es muy bajo, pero si tienes que regular pensando en todo lo que hay por detrás pensando en el tráfico, pensando en los productores, los agricultores en todas estas personas que han sido criminalizadas”.

“Entonces, lo que creo que debe incluirse en el debate a nivel global, por ejemplo en la ONU, sobre el cannabis es si vamos a permitir esos diferentes niveles de descripción. Así que, si vamos a permitirlo, el nivel del país y el nivel organizacional se adaptarán a su situación socioeconómica, para relajar las políticas de cannabis por diferentes etapas por diferentes comunidades. Por ejemplo, la ley de Uruguay sobre la regulación del cannabis no es portátil ni transferible a Canadá. Creo que estas lecciones se pueden aprender y es importante en términos de diálogo global”.

“Son muy diferentes los modelos regulatorios unos con otros, yo diría incluso que son divergentes unos con otros: el de Uruguay por ejemplo es muy estatista; sin embargo, el de Canadá le deja mucho más espacio a las regiones para que tomen sus decisiones sobre hasta qué hora van a estar los puntos de venta abiertos, qué cantidad se puede distribuir, puede consumir una persona al mes... En el caso de Colorado, por ejemplo, en Estados



Unidos, el modelo es muy diferente y sí se permite la publicidad de marihuana y se permiten los alimentos de marihuana, pero porque es un modelo mucho más recaudatorio. Aún con eso tienen ciertos controles para evitar el mayor riesgo para la salud pública. En Canadá y Uruguay las motivaciones eran otras. En realidad, si uno revisa las leyes ellos ponen el foco en Derechos Humanos, en Salud Pública, en libertades individuales, el derecho a la salud...”.

“A nivel internacional, es fundamental comprometerse con el hecho de que el enfoque de salud pública es mucho más eficiente que el enfoque judicial y sin la criminalización de los usuarios, todos nuestros esfuerzos siempre serán exitosos. Esa es mi opinión, y nos hemos comprometido a poner fin a las enfermedades infecciosas como una amenaza para la salud mundial y, por supuesto, el VIH y la hepatitis viral”.

“Ya es una tendencia, al encontrarse dos países fuera de los márgenes tan estrictos de las convenciones que parecía hace diez años inviolables. (...) Revisar los procesos de ONU y CND es muy importante, pero el CND es inflexible, existe el consenso de Viena por el cual todas las decisiones tienen que ser por consenso. Yo sí creo que sería fundamental el debate en ONU y en CND, y la sociedad civil es un actor muy importante”.

“Sobre cómo los países abordan la legalización, la ONU sigue sin tener unas pautas muy claras sobre este tema, cada país es un tipo de enfoque. Si monitoreamos estas diferentes experiencias, es muy importante tener muchas lecciones aprendidas y, con suerte, crear un marco en el que la mayoría de los países se sientan cómodos y luego comenzar a avanzar en esta dirección, tratando de aprender unos de otros y potencialmente encontrar nuevas soluciones para tratar con la realidad”.

“Cuando se dio la regulación en Uruguay, sí hubo en Viena en la Comisión de Estupefacientes de UNODC ciertas reacciones, hay un bloque de países fuertemente prohibicionista para decirlo en sus términos. Es un bloque muy fuerte, países de Asia, países de África, es un bloque cohesionado y un bloque muy, muy fuerte. Y cuando ocurrió lo de Uruguay mi percepción era que se veía como un caso aislado. Ya cuando se suma una economía del tamaño de Canadá, las cosas empiezan a cambiar. A nivel internacional, la balanza va a estar en Estados Unidos, porque la ley federal sigue manteniendo la prohibición del uso de cannabis y es una pregunta que se le ha hecho a los responsables: qué van a hacer, cuando ya 11 estados tienen alguna estrategia de regulación de uso de cannabis dentro del territorio americano. Cuando se sumen México y Nueva Zelanda, sí que esto pasará de un hecho aislado a una tendencia que comenzará a preocupar mucho más y la presión empezará a crecer. Aun así, yo no creo que vaya a haber una modificación de las convenciones en el corto y mediano plazo”.

“Obviamente, estamos desperdiciando recursos en la lucha contra algo que la evidencia ha demostrado que está en el mismo nivel del tabaco y el alcohol, cuando está claro que nuestros principales problemas relacionados con el consumo de drogas siguen siendo la cocaína, la heroína, el éxtasis y otras drogas químicas”.



3.6. Evolución del debate

Actualmente existe una fuerte presión política para que la regulación del cannabis en Canadá y Estados Unidos sea similar a la del alcohol y el tabaco, como ejemplo para el resto del mundo (Rolles & Murkin, 2016). De hecho, ya hay estrategias similares en Luxemburgo, Países Bajos y Suiza. El ejemplo de Canadá y EE. UU. es el modelo de comercialización pretendido en el mundo occidental, mucho más económico (aunque con consideraciones a los derechos humanos y las libertades individuales), con mayor restricción de la publicidad en Canadá (Wallingford, Konefal & Young, 2019) y con el uso de impuestos como estrategia regulatoria en ambos casos. El ejemplo de Uruguay es muy diferente, con una participación de Estado muy activa, con una política de acceso mucho más restrictiva (así como de producción y de difusión) y un registro estatal de consumidores.

La legalización del uso de cannabis, desde esta perspectiva, respeta más los derechos humanos y las libertades individuales que la prohibición. Dicha legalización permite la implicación de empresas interesadas en la comercialización y distribución del producto, tal y como sucede con el tabaco y el alcohol. De hecho, el uso frecuente controlado es el objetivo de dichas empresas, como manera de garantizar el negocio y los beneficios (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019). Es el mismo argumento que permite a las farmacéuticas buscar medicamentos famosos e irrefutables, que se conviertan en frecuentes para las personas. Por esto la enorme distribución de antidepresivos, medicamentos contra el colesterol, contra la hipertensión... de uso regular y a largo plazo, mucho más rentables para las industrias (Hall, 2017).

“Creo que es limitado porque la mayoría de los mercados siguen siendo ilegales y, por lo tanto, incluso en los Países Bajos, que es probablemente el ejemplo más antiguo, lo que venden los coffee shops, lo compran en el mercado ilegal. La verdad es que los estados que han legalizado el consumo son los que han estado invirtiendo en términos de investigación: las universidades, las comunidades han estado muy interesadas y creo que es responsabilidad de agencias internacionales para seguir estos datos y hacer informes que resuman los datos disponibles, de modo que puedan respaldar las decisiones de formulación de políticas”.

“Tendríamos que considerar el cannabis como un fármaco que estará y qué más cosas tomamos también sin necesidad. De esto es sobre lo que tendríamos que en el fondo educar a todos los niveles: para qué te vas a tomar una pastilla para dormir si no la necesitas, para qué te tienes que tomar un antidepresivo si no tienes depresión. Ahora algo, mejor lanzar este tema así que como un gran negocio a nivel de Industria Farmacéutica”.

“En términos de salud, creo que he dejado muy claro que existe un tremendo potencial y adoptar el enfoque de salud pública, porque lo que entendemos hoy en la mayoría de las sociedades occidentales, es que no es legal pero no está controlado y realmente no está prohibido”.



“Hay que reconocer los posibles beneficios y utilidades del cannabis y poner una barrera ahí, seguir el mismo esquema que con otros fármacos. Es que un uso terapéutico requiere los ensayos clínicos, aunque la potencia sea un poco natural: unos ensayos clínicos rigurosos y las condiciones adecuadas para poder garantizar qué, cómo, cuándo y cuánto se debe utilizar”.

“Creo que la regulación en países que tienen diferentes niveles productivos va a resultar un mayor reto. El ejemplo ha estado con la legalización de la marihuana en California, lo que ha supuesto un descenso de la producción en México, que muchos pequeños productores de marihuana cultivaban para distribuir en los Estados Unidos y si se plantea la regulación en México, habrá que ver cómo se integran esos agricultores de Economía de pequeña escala dentro del sistema mexicano. Eso puede ser un desafío muy interesante en términos de que, si se hace bien, podría ser un ejemplo para todos y si se hace mal puede ser un ejemplo para decir “Ya lo hizo tal país y le salió mal”.

“Las discusiones ahora se están volviendo más sofisticadas y los grupos de presión presentan algunos datos sobre los resultados que van más en una u otra perspectiva. Puedo ver que el debate avanza de esa manera. Por lo tanto, creo que el debate se está volviendo más amplio, más generalizado, aumentando las comparaciones con otras sustancias que actúan como nicotina o alcohol, pero al mismo tiempo el debate se convertirá más en un caso de negocios que en un caso de salud”.

“En el debate sobre el cannabis, hay un elemento que no había mencionado anteriormente y es que ya hay una industria que está empujando fuerte, hay una industria que ve en el cannabis un negocio potencial y está empujando para que se convierta en un producto de mercado. No hablamos solo de industria para el uso medicinal, sino que también es la industria del uso recreativo, es muy importante y está esperando a que se produzca una apertura de ese mercado, porque también está empujando muy fuerte para que ese mercado se abra y que este debate se consolide”.

“La legalización garantiza el suministro legal y permite a los gobiernos regular la potencia de los productos, los contaminantes e imponer impuestos que desalientan el uso intensivo, por ejemplo, en cuanto a potencia. También crea entidades comerciales que tienen interés en promover el consumo regular de cannabis y en oponerse a la regulación e impuestos gubernamentales para minimizarlo”.

3.7. Grupos vulnerables

De manera generalizada, se asume que los adolescentes son el mayor grupo de riesgo, por las propias características de la adolescencia, por el estatus de droga experimental del cannabis, por la accesibilidad, por la posible consecuencia en el cerebro adolescente en desarrollo y por las consecuencias psicosociales. Ese es el caso de los adolescentes con menor rendimiento escolar, los cuales suelen ser uno de los grupos señalados por los estudios con mayor riesgo debido al consumo precoz e intensivo, además de por las



consecuencias en su trayectoria vital, como pueden ser los problemas posteriores de integración en el mercado laboral (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton & Degenhardt, 2016). François Legault, primer ministro de Quebec, ya ha propuesto modificar la Ley Canadiense, acabada de aprobar, exigiendo aumentar la mayoría de edad de los compradores a 21 años, y no a los 18 años actuales, porque la Asociación Médica Canadiense lo ha recomendado para evitar los daños en los cerebros de los adolescentes que se están formando.

Especialmente sensible es el caso de personas jóvenes con problemas mentales, como los que sufren de ansiedad, depresión y síntomas tempranos de psicosis. No sabemos si el cannabis puede ser la causa o si existe una automedicación con su uso por parte de estos pacientes, lo que sí sabemos por diferentes estudios es que su situación empeora por la combinación entre la enfermedad mental y el uso del cannabis (Casas, Bruguera, Roncero & San, 2007).

Durante el embarazo existe evidencia de que el consumo de cannabis produce alteraciones en el feto, además de reducir el peso del mismo. Además, tiene un efecto disruptor endocrino, con atrofia de testículo en varones y alteración del ciclo menstrual en mujeres. Ya en fetos, la exposición al THC (Tetrahidrocannabinol) antes del nacimiento genera alteraciones neurológicas, pudiendo producir trastornos en la memoria y el aprendizaje, así como cambios estructurales en el hipocampo (la zona cerebral de la memoria) (WHO, 2016).

Hay otros grupos de riesgo, como las personas mayores de 40 años consumidoras regulares que presentan alteraciones cardiovasculares, que sabemos presentan mayor riesgo de infarto de miocardio y anginas de pecho si fuman cannabis.

“Los jóvenes son el grupo más vulnerable, no solo por los problemas psiquiátricos, sino por el abandono de todo, incluso de estudios. El caso es que cuando hay más (cannabis), consumen y dice que les va bien para todo: para hacer un examen, para dormir... Y se lo creen”.

“Estoy realmente preocupado por las consecuencias a largo plazo para los jóvenes, y lo que puede suceder si la marihuana se convierte en una industria como el tabaco”.

“Adolescentes que están consumiendo marihuana, eso es lo que vemos fundamentalmente. Vemos que al final terminan dejando cosas, dejando la parte académica, descuidando la parte laboral y eso es lo que lo que más preocupa: su relación de la marihuana. Realmente no sabemos si la marihuana es la única causa de sus problemas o bien si es una manera para ellos de tratar con otros tipos de problemas que generaron dejar los estudios. Por cierto, es lo más preocupante los jóvenes”.

“Las mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil que fuman cannabis pueden aumentar las posibilidades de tener un parto prematuro y tener bebés con bajo peso al nacer. Los adultos mayores, que tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca en virtud



de su edad, pueden aumentar sus riesgos de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, si fuman cannabis”.

“La cuestión es que altera las capacidades físicas y motrices y, por lo tanto, debería estar prohibido conducir. En términos de salud mental, que siempre es el problema principal, creo que en la comunidad médica, se ha demostrado que, los altos niveles de concentración se mezclan con otros productos químicos. Potencialmente dentro de 10 años veremos si tenemos una concentración de control de THC y CBD. Tal vez será más seguro bajar a los 18 años la edad de acceso, pero tenemos que recopilar más datos para tener una respuesta muy sólida porque creo que es responsabilidad del estado hacer eso”.

3.8. Respuestas sociosanitarias (prevención e intervención)

En las respuestas sobre cómo se están desarrollando los programas de prevención y tratamiento para las personas que presentan consumos de riesgo, se reflejan una serie de problemáticas que hay que destacar:

- Acerca de la prevención, se evidencia en líneas generales el fracaso de los enfoques preventivos actuales, especialmente la incapacidad de combatir los mensajes ambivalentes y confusos sobre la inocuidad y la capacidad “ecológica” del consumo de cannabis.
- Estos mensajes, sumados a la ausencia generalizada de estrategias preventivas eficaces basadas en el empoderamiento, la toma de decisiones, el manejo emocional de los conflictos y la capacidad de seleccionar los riesgos y afrontarlos/evitarlos, especialmente los vinculados a la socialización secundaria, se convierte en un problema de respuesta frente al consumo de cannabis. Además, en escasas ocasiones se cuenta con la participación del entorno cercano en los programas, especialmente del entorno familiar (Vázquez, Muñoz, Juárez & Ariza, 2018).
- De manera generalizada, los informantes han criticado y censurado gravemente los enfoques y programas preventivos, por ineficaces, anticuados, generadores de mensajes ambivalentes, en ocasiones por seguir utilizando el discurso del miedo y por no realizarse contando con la participación de los posibles beneficiarios de dichos programas.

“Es que lo que se hace llega tarde, hablan de todo, de trastornos de alimentación, de las drogas, no trabajan nada de hábitos de conducta o de aspectos emocionales, luego hacen charlas, va la policía a explicar las consecuencias legales (y lo hacen muy bien, ojo). Y eso no es prevención”.

“Hay que ser muy cuidadosos con la prevención: una de las ventajas que tiene la ley es que impide la publicidad de la marihuana, porque, si de forma directa o indirecta estamos



promocionando la sustancia, sabemos que al final hay un momento en el que va para aumentar el uso y se va a reducir la percepción de riesgo de la sustancia, y eso hay que intentar evitarlo. En la ley se promueve este hecho, se prohíbe el hecho de que se haga publicidad de la marihuana”.

“Nuestros enfoques disponibles para prevenir el consumo de alcohol, cannabis y tabaco son moderadamente efectivos y los mejores programas rara vez se implementan bien. La prevención será aún más difícil después de la legalización del cannabis porque estaremos disuadiendo a los adolescentes de usar una droga que es legal para adultos. Tendremos que incluir cannabis en los programas para prevenir el consumo de alcohol y tabaco y, preferiblemente, utilizar programas que aborden múltiples factores de riesgo para el problema del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. También necesitamos mejorar las respuestas de los padres al comportamiento de oposición y la impulsividad en la infancia”.

“A mí, la duda que me queda siempre a la hora de plantear la legalización es el tema de la percepción del riesgo, porque una percepción de riesgo menor puede aumentar el consumo, es algo obvio. Por eso, yo creo que en las políticas de prevención y promoción de salud hay que hacer mucho, mucho hincapié en ese tema, para que la gente no vea como algo inocuo sea, para que la gente sepa que, aunque se puede hacer, pero eso no significa que no pasa nada, sino que tengo las consecuencias. Hay que explicarlo y definir claramente y en los casos en los que incluso sería conveniente que la persona, aunque pueda hacerlo no lo haga, porque sus consecuencias pueden ser más severas”.

“Hay que ver mucho más sobre los temas que se incluyen en este debate desde un enfoque de evidencia más que desde un enfoque de prejuicio. Creo además que ese enfoque nos ayudaría mucho para hacer campañas de prevención, porque me parece que muchas campañas de prevención se han quedado en ese enfoque de los 80. Esas campañas del estilo di no a las drogas y di No, simplemente”.

- Acerca del tratamiento, una de las mayores críticas es la similitud entre los programas ofertados a los consumidores problemáticos de cannabis y a los consumidores de otro tipo de drogas. Es cierto que los expertos en tratamiento hablan del uso de programas basados en evidencia científica, el Enfoque de Refuerzo Comunitario (CRA) y otros enfoques basados en el uso de la recompensa. A pesar de esto, la evidencia indica que los pacientes atendidos por consumo problemático de cannabis presentan un alto grado de incumplimiento, debido a la cantidad de creencias existentes sobre el cannabis, las expectativas de tratamiento, la tipología de tratamiento ofertado, el contacto con otros perfiles de consumidores de drogas, la edad de acceso a tratamiento, las diferencias en factores psicosociales y sociosanitarios con otros tipos de consumidores de drogas, los plazos de los tratamientos, el trabajo motivacional, la intensidad de los tratamientos (en estos pacientes parece que la oferta residencial, por intensiva que sea, no mejora el cumplimiento de objetivos) y otros factores mencionados en menor grado.



“Nuestros tratamientos psicológicos para la dependencia del cannabis son modestamente efectivos y similares en sus efectos a los tratamientos psicológicos de la dependencia del alcohol. Será necesario que el tratamiento sea más atractivo y efectivo después de la legalización para ayudar mejor a las personas que desarrollan dependencia después de la legalización del cannabis”.

“Las personas que trabajamos en intervención tenemos la tendencia a ver la parte más problemática, porque lo que no nos encontramos es con personas que no presentan un uso problemático de cannabis y lo que sí nos encontramos es que, con personas que presentan usos problemáticos, en realidad presentan un problema de policonsumo. En muy pocas ocasiones nos encontramos con consumidores de cannabis problemático, de cannabis, exclusivamente consumo de cannabis. En nuestro caso el uso problemático de poli sustancias suele ser alcohol, derivado de cocaína y marihuana que suele estar presente. Por ejemplo, los consumidores de Paco de la pasta base de cocaína, que es muy habitual el consumo de aquí, es muy frecuente encontrarnos con que más consumen marihuana”.

“No tenemos los tratamientos que necesitamos, y creo que es un gran problema porque necesitamos el tratamiento, necesitamos tratamientos y ahora tenemos más niños en tratamiento por el uso de marihuana que el resto de las drogas combinadas. Estoy preocupado por eso. Necesitamos estudiarlo más y, con seguridad, debemos prestar más atención al conocimiento”.

3.9. Estado de la investigación sobre el cannabis y sus efectos/derivados

Existe una evidencia científica razonable en que los cannabinoides sintéticos son efectivos para tratar diversos síntomas en condiciones médicas concretas. Como síntomas, se han identificado las náuseas y el vómito (es un potente antiemético, lo que puede ser muy importante para evitar el abandono de la quimioterapia en muchos casos), las epilepsias sin tratamiento definido y el dolor crónico, como sucede en la esclerosis. Para otro tipo de problemas médicos, la evidencia es menor, su eficacia parece más reducida y debería ser administrada conjuntamente con otros tratamientos (EMCDDA, 2017).

Uno de los grandes problemas que se encuentra en la prescripción y acceso al cannabis farmacéutico es su elevado coste, además de las resistencias de muchos profesionales de la medicina a prescribirlos. Los defensores del uso terapéutico defienden que el uso se puede realizar con diferentes posologías y medios de presentación, pero siempre con un control médico que reduzca los riesgos y posibles efectos secundarios. Si no se facilita el uso médico, muchos de estos potenciales pacientes recurren al mercado ilícito para conseguir el cannabis para uso medicinal, lo que supone mantener un problema de acceso y control al uso de la sustancia.

“Creo que tenemos que separar el uso de cannabis del uso médico de sus componentes porque no es lo mismo. El uso médico de sus componentes necesita ensayos clínicos y puede ser eficaz como analgésico, pero no significa que todos puedan usar marihuana”.



“Se han documentado bastantes usos médicos del cannabis: en cáncer, para trastornos de alimentación, anorexia nerviosa, para epilepsia infantil o en aquellas en la que no se puede utilizar otro tipo de medicaciones, para síndrome de Tourette, para glaucoma, esclerosis... hay bastante documentación y bastante información sobre usos médicos del cannabis”.

“El uso de cannabinoides aprobados bajo supervisión médica brinda la mejor oportunidad de uso médico apropiado y una desviación mínima al mercado ilícito. Los defensores de los pacientes a menudo critican este enfoque por restringir el acceso porque la profesión médica es reacia a recetar y los productos farmacéuticos de cannabis son caros. Estos defensores abogan por la aprobación del uso de cannabis a base de hierbas para indicaciones amplias bajo una supervisión médica mínima. Este tipo de regulación se transforma fácilmente en la legalización de facto del uso no médico. Esto a su vez puede allanar el camino hacia la legalización del consumo recreativo de cannabis y, al mismo tiempo, no proteger a los pacientes del uso inapropiado de productos de cannabis de calidad inferior”.

“La mayoría de los defensores de la legalización han utilizado algunos usos médicos como un trampolín hacia la legalización para el uso personal. Honestamente, siento que ese siempre ha sido el principal “Leit Motive” que ha llevado a las personas a luchar por esto. Creo que es bastante residual el número de pacientes, si piensas en términos de diferentes tipos de medicamentos a nivel mundial. En mi opinión, sin embargo, creo que no es que el argumento del uso médico esté socavando la legalización para el uso personal porque no estamos tratando con un enfoque médico”.

3.10. Características psicosociales de los usuarios (cultura, género, religión...)

Los informantes no han destacado ninguna característica religiosa, racial o cultural como relevante o significativamente correlacionada con el consumo de cannabis. Sí se ha mencionado la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, aunque existe una dinámica que va acercando ambos sexos a porcentajes similares en ciertos grupos de riesgo, sobre todo los jóvenes. En algunos países sí se ha identificado un mayor consumo de cannabis en estratos socioeconómicos bajos, fundamentalmente en América del Sur y África.

Diversos estudios resaltan una mayor prevalencia en las personas que presentan consumos problemáticos de cannabis dentro de los varones jóvenes con algún tipo de desigualdades sociales. En muchas ocasiones, se trata de personas con problemas mentales, con un rendimiento académico bajo, mantienen algún tipo de conducta poco prosocial y se relacionan fundamentalmente con otras personas consumidoras de drogas. Suelen ser más hombres, pero las mujeres con este perfil suelen presentar problemas psicosociales similares (Hall, 2014).

“Hemos detectado que era más común entre los niveles más bajos de abordaje de la economía social, pero estamos preocupados porque creemos que será más común en todos los niveles de la economía social”.



“Más chicos consumen marihuana, pero ahora hay más chicas que comienzan a consumirla”.

“Ha habido campañas para desvincular el uso de marihuana de la típica imagen del consumidor de droga, se me ocurre una que se llamaba “Nice people take drugs” en el que varios políticos y artistas y personas famosas hablan de sus experiencias con las drogas e intentaban desmitificar el uso de drogas. Un poco era para eso para desmitificar y para desmentir el que existiera un perfil sociodemográfico, cultural, epidemiológico o socio-económico de consumidor de cannabis”.

“Por supuesto, hay una carga mayor para las mujeres que usan cannabis, para mujeres que usan drogas en general y que tiene que ver con estereotipos y con roles, que supone una carga y un estigma para las mujeres que consumen drogas”.

“La investigación hasta la fecha se ha centrado en gran medida en las consecuencias psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes en la edad adulta, por ejemplo, en los efectos sobre logros educativos, otro uso de drogas y salud mental. Tenemos muy pocos estudios sobre los efectos adversos para la salud del consumo regular de cannabis a largo plazo hasta la edad adulta”.

4. Conclusiones

4.1. Conclusiones del grupo de discusión

En el grupo de discusión de expertos internos de Dianova, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se plantearon temas de relevancia en torno al debate sobre la regulación del uso del cannabis como la inclusión de la prevención y reducción de riesgos en los marcos reguladores, preocupación por la situación de los jóvenes y su implementación en los países en vías de desarrollo, relación de los modelos con el acceso al tratamiento, preocupación por la falta de servicios de prevención basados en la evidencia, relación con las políticas de alcohol y tabaco, minimización del riesgo y/o baja percepción del riesgo, las influencias de la industria del cannabis...
- Hubo una clara unanimidad sobre que el debate de la legalización del cannabis está totalmente politizado. El abordaje del debate es sobre todo dogmático, ya que hay muy pocas investigaciones científicas. Así, se concluye que actualmente el tema del cannabis es sobre todo una cuestión política, que debe incluirse dentro de los debates relacionados con Salud Pública.
- Respecto al tema de la legalización o la regulación, se coincide de manera mayoritaria en que el cannabis medicinal debería ser regularizado, mientras que



el cannabis de uso recreativo crea más dudas para los participantes. Se destaca que estos usos deberían estar claramente diferenciados en el debate. Como referente de modelo de regulación se habla de Uruguay, mientras que de legalización destacan el caso de Colorado como ejemplo de práctica mercantilista con escaso control de los riesgos y experiencias a evitar. Uno de estos riesgos lo representa el hecho del mejoramiento genético de la sustancia en el mercado de venta de cannabis. Este mejoramiento se realiza mediante biotecnología, haciendo que nazcan nuevas cepas de alto contenido de THC y CBD. Las “pruebas” de estos nuevos productos las hacen consumidores catadores, que anotan las sensaciones organolépticas del consumo de THC, no existiendo noción de los efectos de cannabis a nivel neuronal cerebral.

- Así, también se comentan los dos tipos de regulación según la institución que asuma el control, si es el mercado (comercialización) o el estado. Si el control lo tiene el estado, se coincide en que la producción de la sustancia será controlada, al igual que podrán garantizar la calidad de sus componentes, especialmente basándose en la experiencia uruguaya con los niveles de THC del producto, el control sanitario y la estrategia de reducción de riesgos y daños, incluyendo los planes de prevención. Sin embargo, se reconoce que no hay solo un modelo de regulación, y que muchas veces éste depende de la propia capacidad y desarrollo de los países.
- Respecto a los efectos psicosociales, se habla además de que los menores son el grupo más vulnerables frente a una posible legalización y del posible aumento del uso de cannabis en menores.
- Se destaca que, en el caso de un proceso para la regulación del cannabis, el enfoque debería ser el de los derechos humanos y la salud pública, lo que implica una postura muy respetuosa por los consumidores y una protección del contexto social donde se desarrolla la ley, además de incluir estrategias de promoción de salud y prevención de consecuencias negativas, incluyendo reducción de riesgos y daños. Sin embargo, en países en vías de desarrollo, como pueden ser los del continente asiático y africano, el consumo es un problema de salud pública grave y hablan de los posibles efectos que puede tener su legalización. Además, se comenta que los países que abogan por la regulación son una minoría, y normalmente se trata de países occidentales.
- Sobre las ventajas de una regulación o legalización, se discrepa sobre la creencia generalizada de que, con este proceso, se vaya a acabar con el mercado negro. Se concluye que, si bien la legalización roba un porcentaje del beneficio del mercado negro, no lo elimina por completo nunca, ya que hay que tener en cuenta que muchas personas no tienen la capacidad de generar autocultivo y que es probable que muchos adolescentes no obtengan el permiso de sus padres para plantar en sus propias casas. Si bien es cierto que la legalización



disminuye algunos riesgos, no soluciona el problema de fondo relacionado con el crimen organizado, el uso fuera de la ley y la participación de las mismas mafias que trafican de manera generalizada. Además, preocupa que baje la percepción de riesgos y que no se sepa abordar desde el punto de vista del tratamiento, ámbito en el que la participación de la red Dianova debe ser fundamental y estar bien estructurada y preparada para actuar en esta contingencia.

- Sin embargo, también hay opiniones de que se debería de avanzar en la regulación, de forma de que se propusieran políticas más pragmáticas, tales como la reducción o la supresión de las sanciones y penas por consumo o tenencia de cannabis y establecer vías de control sobre la producción, transporte y acceso a la sustancia para así combatir el narcotráfico. También es importante que estas políticas incluyan medidas para proteger a las personas usuarias y evitar el acceso a ella por parte de los menores de edad.
- Respecto a las organizaciones internacionales y las convenciones, se refuerza que la OMS, abordando todo el tema de la regularización, no recomienda el uso recreativo. Además, se critica que la Comisión de uso de estupefacientes no trata el tema debidamente ni con la celeridad que conviene, así como la escasez de evidencia científica no sesgada para tomar decisiones sobre este tema. También se habla del caso de Canadá, que, habiéndose saltado algunas cláusulas de las convenciones, ha dejado claro el latente vacío legal de las mismas. Sin embargo, se mantiene que desde la ONU se debería llegar a un acuerdo de descriminalización y despenalización del consumo de la sustancia.

4.2 Conclusiones del panel de expertas

Tras el panel de expertas, a las que se les pidió que revisaran los *verbatim* y las conclusiones del grupo de discusión, se añadieron y/o matizaron los siguientes puntos:

- Existe un acuerdo general entre las expertas consultadas acerca de la idoneidad de los puntos y enfoques del estudio y sus conclusiones, con una serie de puntualizaciones y aspectos concretos que se van a explicitar a continuación.
- Se observa la necesidad de diferenciar claramente el debate acerca de la regulación de los usos médicos y terapéuticos del cannabis de su uso recreativo. Se consideran ambos debates como politizados, con diferentes enfoques para cada uno de estos usos. Se mantiene por parte de las expertas el uso terapéutico dentro del enfoque de Salud Pública y de Derechos Humanos, mientras que el uso recreativo se integra mucho más dentro de la esfera de las libertades individuales. Se expresa que el uso recreativo de cannabis es una realidad social, es la droga ilegal más consumida en todo el planeta. Por ello, ante la imposibilidad de eliminar la demanda, hay que encontrar las vías para que el



consumo se dé en las mejores circunstancias posibles y se produzca un control efectivo de la sustancia.

- Se acepta, por tanto, la existencia de un consenso global en el uso médico, con las normas y condiciones que dicho uso debe tener independientemente de la sustancia/principio activo. El debate se ubica mucho más y de manera menos evidente en el uso recreativo, sus condiciones y consecuencias. Además, se considera que el debate sobre el uso terapéutico debe ser realizado por especialistas y expertos, no tanto por la opinión pública, evitando sesgos e influencias externas.
- Este debate no es global, ni tiene igual relevancia a nivel internacional. No se puede considerar con la misma preocupación la severidad del consumo de cannabis en el hemisferio norte occidental que en Asia o África, donde el uso de cannabis no es uno de los principales problemas de salud pública. Sin embargo, en los países americanos y europeos hay una demanda social y política que propone la regulación de diferentes usos del cannabis.
- Se espera la resolución de la OMS acerca de la reclasificación del cannabis para clarificar este debate y matizar los diferentes niveles, confiando en que dicha resolución indique las nuevas convenciones y usos recomendados del cannabis y sus derivados. Respecto a las convenciones internacionales, se observa una clara postura de *“laissez faire, laissez passer”*, especialmente ante los hechos consumados de Canadá y los diferentes estados de Estados Unidos de América que han legalizado el uso recreativo. Al no haber consecuencia ni amonestación verbal siquiera, se espera la respuesta ante futuras regulaciones, como la esperada en Nueva Zelanda o la posible de México. Entendiendo que los grandes organismos internacionales están obligados a aceptar la soberanía de los países, pero sí que deben recomendar estrategias de regulación y de prevención de riesgos para reducir el impacto (efectos no deseados).
- Es necesario analizar con minuciosidad y sin sesgos los datos psicosociales, sociosanitarios y de ámbito legal que surgen como consecuencia de las diferentes regulaciones. Existen informaciones heterogéneas acerca de la idoneidad o no, del aumento o descenso del consumo en jóvenes, del número de accidentes laborales y de tráfico, sobre la enfermedad mental consecuente. Es necesario aplicar estrategias de monitorización y seguimiento, diseñadas sin sesgos a favor o en contra, para poder evaluar debidamente los procesos y resultados de la regulación de los diferentes usos de cannabis.
- Parece necesario realizar un importante refuerzo en las políticas de prevención y de percepción de riesgo asociado a la regulación del uso de cannabis, sobre todo en los grupos vulnerables y haciendo énfasis sobre los adolescentes. Este debate exige una respuesta desde la promoción y la educación para la salud al



menos de la misma magnitud que el propio debate sobre la regulación del cannabis. Es fundamental realizar una apuesta por la prevención y promoción de salud basada en evidencia científica, desarrollada por profesionales debidamente cualificados y formados, para evitar riesgos, sesgos e interpretaciones sobre las posibles consecuencias del uso de cannabis.

4.3 Conclusiones generales

Las principales conclusiones de este estudio se pueden resumir en los siguientes bloques:

- Hay grandes dificultades para que haya un debate internacional homogéneo y en el que se encuentren todos los países y actores en el mismo punto. Esto se debe a la extrema politización del tema y la falta de interés por parte de algunos miembros de las convenciones internacionales. Cabe destacar además que hay diferentes niveles del debate dependiendo de la zona geográfica, al igual que el impacto de una supuesta legalización o regulación sería diferente según el país. Mientras que en algunos, sobre todo aquellos que pertenecen a Occidente, puede que el impacto no sea muy grave y el Estado tenga la capacidad suficiente para manejar la situación, en otros países los efectos de la legalización/regulación pueden ser devastadores. Sin embargo, en algunos de los países occidentales están surgiendo movimientos civiles importantes que demandan que se hable sobre la legalización del cannabis a nivel político, basándose en los derechos humanos y las libertades individuales.
- Se debe hacer una clara diferenciación en el debate entre el consumo de cannabis con fines terapéuticos y el consumo con fines recreacionales. Respecto al primer uso, es completamente necesario que se hagan estudios científicos imparciales y objetivos sobre los beneficios y las consecuencias del consumo de cannabis como forma de tratar las enfermedades convenientes. Es importante hacer énfasis en que estos estudios no se dejen llevar por prejuicios sociales.
- A la hora de hablar de la legalización/regulación, es vital tener en cuenta el impacto psicosocial y los principales grupos de riesgo. Uno de ellos son los adolescentes, los que pueden caer más fácilmente en un uso problemático del cannabis y sufrir por ello alteraciones psicológicas y psicosociales, como el fracaso escolar. También se tiene la imagen de que el cannabis es una droga inocua o inofensiva, mientras que ha sido demostrado que causa un daño neurodegenerativo y que puede tener consecuencias psicosociales negativas. En este sentido, es necesario que se hiciera énfasis en las políticas de educación para la salud, promoción de salud y concienciación, con el fin de que no disminuya la percepción del riesgo, al igual que políticas de reducción de daños. Así, es indispensable disponer de planes de tratamiento y de intervención eficaces que complementen el proceso de legalización/regulación.



- Una de las preocupaciones principales es la actuación de las mafias y el mercado negro en el caso de una legalización/regulación, ya que muchos expertos han coincidido en que la legalización no elimina la venta de cannabis en el mercado negro, especialmente en una primera regulación, y que el objetivo es que año a año más personas usuarias pasen a los circuitos regulados de abastecimiento. Por tanto, sí es cierto que, si el Estado se hace cargo de la legalización del cannabis, sería más sencillo controlar la calidad de la sustancia y evitar que los usuarios consuman un cannabis modificado genéticamente, evitando las consecuencias no esperadas sobre cómo estos tipos de cannabis pueden influir en la salud mental y física de las personas. También es importante que las políticas públicas y el modelo de legalización/regulación sean flexibles y fáciles de evaluar y monitorizar, para que se puedan tomar decisiones sobre qué potenciar, qué eliminar y qué modificar en caso de que sea necesario o según los problemas y nuevas necesidades que vayan surgiendo en el proceso de implementación.
- Por último, es necesario que haya una despolitización del debate y se pueda hacer un análisis objetivo de las consecuencias de la legalización/regulación. Sobre todo, el debate sobre el uso terapéutico debe ser realizado por especialistas y expertos, no tanto por la opinión pública, evitando sesgos e influencias externas. De esta forma y con la disponibilidad de información veraz y contrastada, se podría conducir el debate de forma objetiva y poniendo el foco de atención sobre los derechos humanos, la salud pública y el bienestar de las personas. Además, sería interesante analizar en profundidad las experiencias que se han dado en Países Bajos, Uruguay, Canadá y Estados Unidos para proporcionar más información sobre las consecuencias y beneficios que se han obtenido al debate, siempre teniendo en cuenta los diferentes contextos de estos países.

“La política de cannabis implica el intercambio de problemas derivados del consumo excesivo de cannabis y los problemas causados por la criminalización del consumo. Estas compensaciones deben realizarse en ausencia de un consenso social sobre cómo debemos sopesar los valores competitivos de libertad, derechos humanos y salud pública y orden. El riesgo principal en la actualidad es que los cambios en las políticas ocurrirán sin un buen proceso deliberativo y en ausencia de evaluaciones planificadas de los impactos de los cambios en las políticas. La prohibición global del cannabis se introdujo en 1961 en ausencia de deliberación porque en ese momento el consumo de cannabis era muy raro en la mayoría de los países desarrollados. El uso de cannabis medicinal y recreativo ahora se está legalizando sin planes para reducir los daños del cannabis pesado. También hay una falta de planificación para monitorear los impactos de los cambios de política para que puedan ajustarse si es necesario”.



“La reflexión que yo quisiera decir es que el cannabis (y no deja de ser una droga), que es verdad que la potencia adictiva de las drogas es diferente, pero que ésta es una droga que últimamente la potencia adictiva se nos está disparando, unido a estas manipulaciones genéticas que se están realizando ahora de las plantas y que es lo que la gente vende y lo que la gente consume. Yo pienso que hay que trabajar en prevención, en tratamiento y reducción del daño para seguir sabiendo cómo actuar en los casos que nos encontramos problemas relacionados con el consumo de cannabis. Y también que es una droga neurodegenerativa, que no todas las drogas lo son. Hay drogas que son mortales pero esta droga en concreto es neurodegenerativa y hay que mencionarlo cada vez que se hable de esa supuesta inocuidad, de lo inofensivo que es el cannabis”.

“Necesitamos cambiar, creo que está llegando lentamente, pero todavía tenemos un largo camino por recorrer, lo que creo que será de gran ayuda. Escuché, ya sabes, hace casi 20 años, que el consumo de cannabis conduce a la esquizofrenia. Sin un análisis más detallado, las conclusiones son extremadamente peligrosas, ya que crean ideas preconcebidas como un gran prejuicio en el mundo real y la evidencia y en las conversaciones científicas... La evidencia tiene que estar basada en la fecha, pero también debe estar orientada a la acción, lo que significa que debe desarrollarse, las personas son conscientes de la necesidad de este cambio y que son favorables y la creación de ese entorno civil es algo que yo creo que en la mayoría de los países del mundo, incluso en Europa, la mayoría de las comunidades todavía no están en ese punto todavía, y creo que todos tenemos algo de trabajo que hacer cuando se trata de regenerar y presentar”.

“Yo creo que es positivo, sobre todo desde el punto de vista de la libertad de las personas, se hace algo tan habitual y algo tan frecuente y las personas lo hacen, pues parecía lógico y que el estado lo regularizara en algún momento. Desde el punto de vista de los derechos me parece que es un gran paso”.

“Creo que es un gran problema. Creo que debemos prestar más atención, debemos comenzar con los problemas de drogas. No comienzan con heroína o cocaína, con metanfetamina... normalmente comienzan con alcohol y marihuana. Y me preocupa no poner más énfasis, suficiente énfasis en el cannabis. Las otras cosas que me preocupan son los cabilderos que quieren ganar dinero con cannabis, que son peligrosos, están interesados en ganar dinero con marihuana. Están enviando mensajes en los medios y en reuniones, en foros y tienen mucho dinero y quieren ganar más dinero, estoy muy preocupado por eso”.

“Elaborar mejores campañas de prevención, tener buenos planes de tratamiento y mejores intervenciones no está reñido con la regulación; al contrario, creo que son complementarios. Y tenemos que ser conscientes de que la prohibición del uso de cannabis no ha funcionado y no funcionan sus propios términos de tener un mundo libre de drogas. Y no solamente en términos de regulación: en aquellos países donde la regulación no se vea viable, hay otras estrategias y otras políticas mucho más humanas, mucho más viables, mucho más accesibles y más respetuosas que la mera prohibición”.



“Creo que es una información básica clara y correcta para el debate público, alejándonos del Dogma y asegurándonos de que el debate público se basa más en la evidencia en términos de cannabis como sustancia, pero también en términos de la estructura adecuada del mercado. Es importante comprender el daño asociado a las políticas actuales”.

“Como conclusión, sería magnífico que llegará un momento en Europa, en el mundo, para poder llevar a cabo un debate razonable sensato sobre políticas de drogas en general. Sabemos que hay diversas experiencias satisfactorias en el mundo, sabemos que hay mafias que quieren seguir manteniendo los beneficios de esta situación en la que nos encontramos hoy día. Creo que, si poco a poco comenzamos a analizar de una manera efectiva todos los datos que tenemos, de Uruguay, de Canadá, de diversos estados de Estados Unidos, de la experiencia de Holanda que lleva muchísimos años con la legalización del cannabis, podríamos tener una idea bastante precisa de hacia dónde podemos ir. Una cosa ya la sabemos, y es que la represión no ha funcionado”.



5. Bibliografía

Baptista-Leite R (2018). The road towards the responsible and safe legalization of cannabis use in Portugal, *Acta Med Port*, Feb;31 (2):115-125.

Budney, A; Sofis, M& Borodovsky, J (2019). An update on cannabis use disorder with comment on the impact of policy related to therapeutic and recreational cannabis use. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269:73–86. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0976-1>

Casas, M; Bruguera, E; Roncero, C & San, L (2007). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis. Barcelona, FEPSM.

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Eastwood, N.; Fox, E. & Rosmarin, A. (2016). *A Quiet Revolution - Decriminalisation across the Globe*. London: Release publications.

EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

EURAD (2012). *Cannabis: Issues for policy makers*. Brussels: EURAD.

Firth, C.L., Davenport, S.S., Smart, R., & Dilley, J.A. (2019). How high: Differences in the developments of cannabis markets in two legalized states. *The International journal on drug policy*, 75, 102611.

Hall, W & Lynskey, M (2009). The challenges in developing a rational cannabis policy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22:258–262

Hall, W (2014) What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110, 19–35. doi:10.1111/add.12703

Hall, W & Lynskey, M (2015) Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States. *Addiction*, 111, 1764–1773.

Hall, W (2017) The future of the international drug control system and national drug prohibitions. *Addiction*, 113, 1210–1223. Doi:10.1111/add.13941

NCSL (2019) *National conference States Legislatures: State Medical Marijuana Laws*. Washington: NCSL.

Obradovic, I. (2019) From prohibition to regulation: A comparative analysis of the emergence and related outcomes of new legal cannabis policy models (Colorado, Washington State and Uruguay). *International Journal of Drug Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.11.002>.



Pardo, B. (2014) Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. *Int J Drug Policy*. 2014 Jul;25 (4):727-35. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.05.010. Epub 2014 Jun 2.

Riboulet-Zemouli K, Anderfuhren-Biget S, Díaz Velásquez M y Krawitz M (2019), Cannabis & Sustainable Development: Paving the way for the next decade in Cannabis and hemp policies. FAAAT think & do tank, Vienna, March 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://faaat.net/publications/9791097087340>

Rolles, S & Murkin, G (2016) *How to Regulate Cannabis: A Practical Guide*. London: Transform Drug Policy Foundation.

Stockings, E; Hall, W; Lynskey, M; Morley, K; Reavley, N; Strang, J; Patton, G & Degenhardt, L (2016) Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 280–96

Vázquez N, Muñoz L, Juárez O, Ariza C. (2018) ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:8 de octubre e201810070.

Wallingford S., Konefal S. & Young M.M. (2019). *Cannabis use, harms and perceived risks among Canadian students*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

WHO (2016) *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: WHO

Wilkinson, S. (2004). Focus group research. In D. Silverman (ed.), *Qualitative research: Theory, method, and practice* (pp. 177–199). Thousand Oaks, CA: Sage.



ANEXO 1: GUIÓN PARA ENTREVISTA - DIANOVA INTERNATIONAL

1. ¿Cómo y cuándo (en su opinión) surgió el debate sobre el cannabis? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Tiene algún referente en relación a este debate?
2. ¿Qué problemas identifica usted como directamente vinculado al uso de cannabis? (emocionales, psicológicos, sanitarios)
3. ¿Qué problemas identifica usted como indirectamente vinculado al uso de cannabis? ¿cuál cree usted que es la vinculación entre el consumo de cannabis y estos problemas?
4. ¿Qué aspectos del uso del cannabis deberían incluirse en el debate sobre la legalización? ¿Qué tipos de uso pueden ser legalizados y cuáles no? ¿Por qué?
5. ¿Cómo cree usted que se debería afrontar el debate sobre la legalización del cannabis? ¿Regulación o legalización? ¿Cuál debería ser, en su opinión, el proceso de fiscalización por las autoridades públicas (proceso de licenciamiento, control del cultivo, porcentaje de THC, etc.)?
6. ¿Cuáles considera que son las implicaciones/riesgos de que el debate global no llegue a un consenso y existan diferentes niveles de legalización/regulación en otros países? ¿Y en países en diferentes niveles de desarrollo, cuáles cree que pueden ser las implicaciones/complicaciones de la situación actual?
7. ¿Cómo considera que va a repercutir la regularización y/o legalización legalmente a nivel internacional? ¿Cómo afectaría respecto a las convenciones internacionales actuales?
8. ¿Cómo considera que podría influir la regularización y/o legalización de cannabis en aspectos como los derechos humanos, la salud pública, seguridad, etc.?
9. ¿Cómo considera que va a evolucionar el debate sobre el uso de cannabis? ¿Qué semejanzas y diferencias presenta el debate del cannabis frente al consumo de alcohol o al juego?
10. ¿Cuáles son, en su opinión, los grupos más vulnerables ante una apertura legal al consumo de cannabis? ¿Qué tipo de consecuencias a medio y largo plazo pueden aparecer (ej. adolescentes y salud mental / baja escolar, accidentes de tráfico, etc.)?
11. ¿Qué usos médicos identifica usted como directamente vinculado al uso de cannabis? ¿Cuál es su opinión sobre el uso médico del cannabis? ¿Dónde (en su opinión) se distribuiría el cannabis terapéutico, de libre prescripción o apenas con prescripción médica?
12. ¿Cómo han evolucionado este problema? ¿Cómo considera el estado de la situación actual de la investigación científica sobre las consecuencias del consumo de cannabis?
13. ¿Cuáles cree usted que son los futuros desafíos sobre el cannabis?



14. ¿Qué tipo de respuestas se está dando desde la Prevención a la prevalencia del consumo de cannabis? ¿Y desde el tratamiento? ¿Qué diferencias hay entre la intervención con personas con problemas de consumo de cannabis y otras conductas adictivas?
15. ¿Cuáles son las características (psicosociales, sociodemográficas, sociosanitarias) de las personas que presentan problemas por consumo de cannabis? ¿Qué diferencias existen por causa de género? ¿Y qué diferencias percibe usted por otras causas (culturales, económicas, etc.)?
16. ¿Qué conclusiones y propuestas le gustaría a usted realizar acerca de este tema? ¿Cuáles son los próximos retos? ¿y los obstáculos/barreras a vencer?

VERSIÓN INGLESA

1. How and when (in your opinion) did the debate about cannabis start? What are the objectives? Do you have an example regarding this debate?
2. What problems do you identify as directly associated to cannabis use? (emotional, psychological, health)
3. What problems do you identify as indirectly associated to cannabis use? What do you think the link is between cannabis use and these problems?
4. What aspects of cannabis use should be included in the legalization debate? What types of use should and should not be legalized? Why?
5. How do you think we should handle the debate about the legalization of cannabis? Regulate or legalize? What should be, in your opinion, the oversight process by public authorities (licensing process, control of cultivation, THC percentage)?
6. What do you think the implications or risks of the global debate not reaching a consensus, with different levels of legalization or regulation implemented in other countries? In countries with different levels of development, what do you think could be the implications?
7. In your opinion, what would be the impact of regulation or at the international level? How would it affect the current international conventions?
8. How do you think regulating or legalizing cannabis could influence human rights, public health, safety, etc.?
9. How do you think the debate about cannabis use is going to progress? What are the similarities and differences with that on alcohol use or gambling?
10. What would be, in your opinion, the most vulnerable groups in the face of a legalized or regulated use of cannabis? What would be its medium- and long-term



- consequences (e.g. adolescents and mental health, school dropouts, traffic accidents)?
11. What medical uses do you identify as directly associated to cannabis use? What do you think of the medical use of cannabis? How (in your opinion) should medical cannabis be distributed, with or without a prescription?
 12. How has this problem evolved? What do you think of the current scientific research about the consequences of cannabis use?
 13. What do you see as the future challenges in relation to cannabis?
 14. What type of information is being given in terms of prevention or prevalence of cannabis use? And treatment? What are the differences in the interventions of people with problematic cannabis use versus other addictive behaviours?
 15. What are the characteristics (psychosocial, sociodemographic, socio-medical) of people with problematic cannabis use? What about gender differences, if any? What other differences may arise from other causes (cultural, economic, etc.)?
 16. What conclusions and proposals would you like to make regarding this issue? What are the next challenges? What are the obstacles to overcome?

VERSIÓN ITALIANA

1. Come e quando, secondo te, è iniziato il dibattito sulla cannabis? Quali erano/sono gli obiettivi di tale dibattito? Hai qualche fonte da citare in relazione a questo dibattito?
2. Che tipo di problemi pensi siano direttamente correlati all'uso di cannabis? (emozionali, psicologici, fisici)
3. Che tipo di problemi pensi siano indirettamente correlati all'uso di cannabis? Quale pensi sia il collegamento tra la cannabis e tali problemi?
4. Quali aspetti dell'uso di cannabis dovrebbe essere incluso nel dibattito sulla legalizzazione? Quali tipi di uso possono essere legalizzati, e quali no? Perché?
5. Come pensi debba essere indirizzato il dibattito sulla legalizzazione? Regolamentazione o legalizzazione? Quale pensi dovrebbe essere il processo di controllo da parte delle autorità pubbliche (processo di licenza, controllo della coltivazione, percentuale di THC, ecc.)
6. Quali pensi siano le implicazioni/i rischi nel caso che il dibattito globale non raggiunga un consenso e si possa arrivare a livelli diversi di legalizzazione /regolamentazione nei vari paesi? E in paesi con livelli di sviluppo diversi, quali pensi possano essere le implicazioni/complicazione nella situazione attuale?



7. Quali pensi possa essere l'impatto della regolamentazione e/o legalizzazione a livello internazionale? Quale influenza avrebbe sulle attuali convenzioni internazionali?
8. In che modo pensi che la regolamentazione e/o legalizzazione della cannabis possa influenzare aspetti quali i diritti umani, la sanità pubblica, la sicurezza, etc. ?
9. In che direzione pensi si possa evolvere il dibattito sull'uso di cannabis? Quali sono le similitudini e le differenze rispetto al consumo di alcol o al gioco d'azzardo?
10. Quali sono, secondo te, i gruppi più vulnerabili rispetto alla legalizzazione dell'uso di cannabis? Che conseguenze possono sorgere a medio e lungo termine (per es, adolescenti e persone con problemi mentali, dispersione scolastica, incidenti stradali, etc.?)
11. Quali sono gli usi medici che identifichi come direttamente correlati con l'uso di cannabis? Qual è la tua opinione sull'uso di cannabis per scopi terapeutici? Dove pensi dovrebbe essere distribuita la cannabis terapeutica? Dovrebbe essere reperibile con o senza ricetta medica?
12. Come si è evoluto questo problema? Come consideri la situazione attuale della ricerca scientifica sulle conseguenze dell'uso di cannabis?
13. Quali pensi che siano le sfide future nel dibattito sulla cannabis?
14. Che tipo di risposte vengono date dalla Prevenzione rispetto all'uso di cannabis? E dal Trattamento? Quali sono le differenze tra l'intervento con persone che usano cannabis e persone che hanno altre dipendenze?
15. Quali sono le caratteristiche (psicosociali, sociodemografiche, socio-sanitarie) delle persone che usano cannabis? Esistono differenze di genere? E che differenze ritieni siano riferibili ad altre cause (culturali, economiche, etc.?)
16. Che conclusioni e proposte vorresti fare su questo argomento? Quali sono le prossime sfide? E gli ostacoli/barriere da superare?