



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

**Máster en Bioética y Bioderecho**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**CONFLICTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA  
REGULARIZACIÓN DEL CANNABIS EN  
ESPAÑA**

**Presentado por:** Miguel Robres García

**Tutelado por:** Emilio J. Sanz Álvarez

2021-2022

## CONFLICTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA REGULARIZACIÓN DEL CANNABIS EN ESPAÑA

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO</b> .....	<b>5</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO: LEGISLACIÓN, COSMÉTICA, SALUD Y OCIO</b> .....	<b>6</b>
<b>4.1. INTRODUCCIÓN A LA LEGISLACIÓN EN TORNO AL CANNABIS</b> .....	<b>6</b>
<b>4.2. MARCO LEGISLATIVO DEL CANNABIS EN ESPAÑA</b> .....	<b>9</b>
<b>4.3. USO MÉDICO DEL CANNABIS Y SUS DERIVADOS</b> .....	<b>13</b>
4.3.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL USO DE CANNABIS TERAPÉUTICO O DERIVADOS .....	13
NÁUSEAS Y VÓMITOS POR QUIMIOTERAPIA .....	14
ESTIMULANTE DE APETITO .....	14
ESPASMOS Y DOLORS NEURÓPÁTICOS.....	15
DOLORS CRÓNICOS Y/O NEURÓPÁTICOS .....	15
EPILEPSIA INFANTIL RESISTENTE A TRATAMIENTO .....	16
4.3.2. MEDICAMENTOS CON AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN .....	16
4.3.3. RIESGOS PARA LA SALUD DEL USO MÉDICO DEL CANNABIS Y LOS CANNABINOIDES...	18
EFECTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO.....	18
EFECTOS ADVERSOS A LARGO PLAZO .....	19
CIERRE USO MÉDICO Y NUEVAS LÍNEAS ABIERTAS .....	20
<b>4.4. SITUACIÓN DEL CBD O CANNABIDIOL</b> .....	<b>20</b>
4.4.1. COSMÉTICOS CON CBD.....	23
4.4.2. PUBLICIDAD, LEGALIDAD Y ÉTICA.....	25
<b>4.5. RIESGOS PARA LA SALUD DEL USO DEL CANNABIS COMO DROGA DE ABUSO</b> .....	<b>28</b>
<b>5. DEBATE ÉTICO</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1. CANNABIS DE USO TERAPÉUTICO</b> .....	<b>32</b>
<b>5.2. CANNABIS COMO PRODUCTO COSMÉTICO</b> .....	<b>35</b>
<b>5.3. CANNABIS DE USO RECREATIVO</b> .....	<b>37</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>41</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>46</b>

## **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo es la realización de un análisis sobre los posibles conflictos éticos y legales derivados de la regularización del cannabis en España. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación a tres escalas: el cannabis y sus derivados como posible alternativa terapéutica; el cannabis y su uso cosmético (CBD) y, por último, el cannabis como droga de abuso. En el diseño del estudio, se han considerado aspectos como el marco legislativo actual en torno a la materia, el uso médico (evidencia y riesgos), la situación actual con respecto a los productos de venta no farmacológicos y los riesgos del consumo recreativo como droga de abuso. Finalmente y en consonancia con los análisis previamente descritos, se ha desarrollado un marco práctico que da respuesta a las tres hipótesis o escalas descritas previamente, pero desde una perspectiva ética.

**Palabras clave:** cannabis; regularización; derivados del cannabis; CBD; droga de abuso; marco legislativo; ética; bioética.

## ***ABSTRACT***

This paper aims to analyse the possible ethical and legal conflicts derived from the regularisation of cannabis in Spain. To this end, research has followed three lines of work or stages: cannabis and its derivatives as a possible therapeutic alternative, cannabis and its cosmetic use (CBD) and, finally, cannabis as a drug of abuse. In the design of the study, we have considered aspects such as the current legislative framework on the subject, medical use (evidence and risks), the current situation concerning non-pharmacological products and the dangers of recreational use as a drug of abuse. Finally, and in line with the analyses described above, we have developed a practical investigation that responds to the three hypotheses or scales described: but from an ethical perspective.

**Key Words:** cannabis; regularization; cannabis derivatives; CBD; drug of abuse; legislative framework; ethics; bioethics.

# 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, ha existido un creciente desarrollo farmacológico de derivados terapéuticos del cannabis con menos efectos psicotrópicos que la conocida droga de abuso y con un indiscutible potencial para el control de algunos síntomas como el dolor, los vómitos y la espasticidad en enfermedades neurológicas, entre otros. A su vez, existe una corriente social y política con tendencia a despenalizar el uso recreativo del cannabis, con intenciones sumamente diversas como pueden ser: combatir el narcotráfico o recaudar impuestos, ofreciendo un producto con «posibles» garantías sanitarias.

El objetivo principal de este estudio es analizar los probables conflictos éticos y morales que conlleva la despenalización del uso recreativo de cannabis y los posibles riesgos de la venta de sus derivados sin receta médica en tiendas especializadas. Asimismo, trataremos asuntos que se encuentran en el límite de la legalidad, la salud y la bioética abordando, para ello, no solamente la situación de algunos países pioneros en prácticas relacionadas con el cannabis, sino la situación actual en España y su posible regulación.

A lo largo de las páginas siguientes, realizaremos un barrido sobre el marco legal actual en España, con el fin de ofrecer al lector los puntos principales de la legislación que regula su utilización; analizaremos el uso médico del cannabis y sus derivados, ahondando en la evidencia científica y en los posibles riesgos; profundizaremos en la situación del CBD o Cannabidiol y en su uso cosmético, así como en algunas de las estrategias comerciales de las tiendas que comercializan con productos derivados de dichas sustancias en España y, para terminar, debatiremos sobre los temas éticos que emanan de este asunto, así como sobre las posibles líneas de investigación que se abren ante un tema que está, cada día, más en auge.

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal del presente estudio es arrojar una visión general sobre la situación del cannabis y sus derivados en España desde distintos ángulos (legal, médico y ético) con el fin de adentrarnos en el debate bioético que emana de su posible regularización.

Como sabemos, ya hay países en los que la venta de esta sustancia psicotrópica ha sido legalizada con fines muy distintos. Asimismo, la comercialización de productos derivados del CBD —bajo eslóganes publicitarios que tienen más que ver con la salud que con la cosmética— está a la orden del día en casi cualquier ciudad grande o pequeña. A esto se suma, además, que en la comunidad médica y científica cada vez son más los estudios que se orientan a recurrir al uso del cannabis y sus derivados como una alternativa terapéutica aparentemente segura.

Todo lo anterior nos lleva a preguntarnos si la evidencia es suficiente como para garantizar que el beneficio de la regularización del cannabis o su uso con fines médicos o cosméticos supera a los posibles daños y si la legalización de algunas sustancias estaría realmente justificada dada la evidencia actual.

Para responder a lo anterior, plantearemos una visión general que girará en torno a tres grandes escalas: el cannabis y sus derivados como alternativa terapéutica (uso médico, en principio, seguro); el CBD y su utilidad como aparente producto «cosmético» y, finalmente, el cannabis como droga de abuso, con un fin puramente recreativo.

Sirviéndonos de ello, expondremos los posibles dilemas éticos que han ido surgiendo, con el fin último de establecer unas bases claras y concisas que den respuesta a las preguntas e hipótesis planteadas.

### **3. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO**

El presente Trabajo Fin de Máster ha sido dividido en dos bloques o partes principales claras: una teórica, en la que recogemos los estudios y hallazgos sobre los temas planteados, y una práctica, en la que nos centramos en ofrecer las conclusiones y las respuestas planteadas a las hipótesis de trabajo.

En lo que respecta al bloque de la parte teórica, cabe destacar que el tema que abordamos es novedoso, puesto que la legalización del CBD en España no cuenta con una amplia trayectoria a sus espaldas. Si a esto le añadimos su vínculo con la salud y la bioética, es importante destacar su originalidad. Para llevar a cabo esta parte, hemos utilizado un método analítico-sintético con el que hemos estudiado la situación legislativa en España y en otros países, la venta de productos en tiendas legalizadas (en teoría, no para consumo) y las evidencias médicas positivas y negativas de la utilización del cannabis como alternativa terapéutica.

En cuanto al segundo bloque, nos hemos servido de todo el marco teórico analizado para arribar a unas conclusiones y a un debate ético que reflejen el objetivo del presente trabajo y que respondan, si no a todas, a muchas de las cuestiones planteadas. Asimismo, hemos dejado abierta la puerta a otras posibles líneas de investigación que pueden ser seguidas por otros investigadores en el desarrollo de su actividad científica o humanística.

Nuestra forma de proceder responde al deseo de presentar una realidad compleja abordada desde una ética integradora, que adentre al lector en una reflexión personal con bases en otras disciplinas que rodean a este tema y que hacen de este TFM un estudio interdisciplinar.

## **4. MARCO TEÓRICO: LEGISLACIÓN, COSMÉTICA, SALUD Y OCIO**

### **4.1. INTRODUCCIÓN A LA LEGISLACIÓN EN TORNO AL CANNABIS**

En la actualidad, el uso terapéutico del Cannabis en España nos adentra en un tema que no está exento de análisis y discusión. Tal y como ya han mencionado algunos autores, desde la década de los ochenta hasta nuestros días, el consumo de esta planta ha protagonizado más situaciones vinculadas con sustancias prohibidas que con ayudas terapéuticas o rehabilitadoras (Arana, 2019).

Esto nos lleva a una dimensión nueva en la que la legislación y la medicina deben cohesionarse en un paradigma multidisciplinar que, de la forma más ajustada posible, permita, al menos, un tratamiento relativamente homogeneizado del asunto.

Sabemos que la situación geográfica de la península Ibérica ha hecho posible que la exposición a la planta del cáñamo haya sido más evidente y accesible en este país que en otras zonas o regiones. Por supuesto, no siempre con fines terapéuticos o legalmente controlados. Este hito nos ha conducido a una exposición quizá mayor y a unas necesidades algo más inmediatas en lo que respecta al debate ético y, en nuestro caso, bioético de su legalización con fines terapéuticos.

A continuación, y con objeto de trazar un recorrido legal que adentre al lector en el propósito de esta parte del estudio, analizaremos brevemente el entramado jurídico vigente en la actualidad con respecto a este tema.

En el año 1961, tuvo lugar la entrada en vigor de la Convención Única sobre Estupefacientes cuyo fin último fue presentar a las partes firmantes un tratado internacional que, tal y como podemos leer en su preámbulo, sirviera de base para:

- Reconocer que el uso médico de los estupefacientes va a seguir siendo «indispensable para mitigar el dolor» y que se «adoptarán

las medidas» que garanticen «la disponibilidad de estupefacientes con tal fin»;

- Reconocer que la toxicomanía constituye, dos cosas importantes; por un lado, «un mal grave para el individuo» y, por otro, un «peligro social y económico para la humanidad»;
- Ser conscientes de que debe existir una doble obligación; la «obligación de prevenir» y la de «combatir ese mal»;
- Considerar que para la eficacia de tales medidas contra el «uso indebido de estupefacientes» es necesaria una «acción concertada y universal». Así como estimar que dicha acción universal comporta una «cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes»;
- Reconocer que las Naciones Unidas «tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes» y mostrar su anhelo de que los «órganos internacionales competentes pertenezcan a dicha organización»;
- Finalmente, desear que se concierte una Convención Internacional que sea «de aceptación general» y que sustituya los tratados existentes sobre estupefacientes; limitar el uso de estos a «fines médicos y científicos», y establecer una «cooperación y fiscalización internacionales» para la consecución de los fines y objetivos ya mencionados.

Es decir, que, si queremos compendiar dicho preámbulo, podremos destacar varias cosas muy interesantes si ponemos el punto de mira en el tema que nos ocupa. Por un lado, esta Convención busca abordar, con sus matices, el uso de los estupefacientes con un fin médico que alivie el dolor. Sin embargo, también menciona que la toxicomanía (como posible riesgo) implica un conflicto a dos escalas: individual y humanitaria.

Por otro, establece dos obligaciones ineludibles para las partes firmantes: prevenir y combatir ese mal (por ese mal, entendemos la toxicomanía asociada).

Finalmente, determina que si queremos alcanzar la eficacia en las medidas anteriores es necesaria la colaboración internacional, el pacto de unos principios y objetivos unificados, la utilización de las Naciones Unidas como líder uniformador en el ámbito que nos ocupa y el abordaje de este tema con un punto de vista médico y científico.

Si ahora nos centramos en la parte de la convención que plantea la fiscalización del Cannabis (artículo 28) vemos que es clara en ciertas cosas. Para empezar, que su cultivo se va a regir por el mismo sistema recogido en el artículo 23, relacionado con la adormidera. Para continuar, estipula que la Convención no será de aplicación al cultivo de la planta del cannabis cuando este esté destinado, de forma exclusiva, a fines industriales (semillas y fibra) u hortícolas. Para finalizar, obliga a las partes a que adopten las medidas necesarias que impidan un «uso indebido» o un «tráfico ilícito» de sus hojas.

¿Qué supuso la entrada en vigor de la Convención en España? pues tal y como recoge Xavier Arana —basándose en distintos estudios— en el Informe de El País (La regulación del Cannabis en Europa: informe sobre España) se dieron tres escenarios. El primero, protagonizado por una colaboración algo escasa del Gobierno español en el impedimento activo de la entrada del cannabis desde España con destino a otros países. El segundo, encabezado por la transposición a nuestro ordenamiento jurídico de la Convención por medio de la Ley 17/1967 sobre estupefacientes y, el tercero, representado por la creación y funcionamiento de la Brigada Especial de Investigación y Drogas.

Con respecto a la Brigada Especial de Investigación y Drogas, queremos mencionar que su función y estructura jerárquica—de conformidad con el artículo sexto de la Ley 17/1967— se describe de la manera siguiente:

Dependiente de la Dirección General de Seguridad, e integrada en la Comisaría General de Investigación Criminal de dicho Centro directivo, funcionará una Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes, que en comunicación y coordinación con el citado Servicio de Control de Estupefacientes centralizará cuantos datos e

informaciones se refieran al tráfico ilícito de dichas sustancias, a cuyo efecto podrá comunicarse, por conducto de dicha Comisaría General, con las autoridades y unidades policiales, nacionales y extranjeras, y con cualesquiera organismos y entidades públicos o privados, como base para planificar, coordinar y estimular la acción policial, colaborando permanentemente con las organizaciones policiales internacionales y las de los distintos países que desempeñan cometidos análogos.

Asimismo, y de conformidad con la Orden INT/28/2013, de 18 de enero, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía, en su artículo 7.2.a) recoge la figura de la Brigada Central de Estupefacientes como unidad que asume las competencias de investigación y persecución de los delitos relacionados con el tráfico ilegal de drogas, con arreglo a la legislación sobre la materia.

Es decir, que sí que podríamos afirmar que —aun no exento de análisis, crítica o estudio riguroso de la situación— España ha adaptado su propia realidad a una regulación supranacional que imponía una serie de requisitos mínimos (observados en el citado preámbulo) y que exigían una transformación interna de la que, como veremos, se derivan una serie de desafíos a varios niveles.

## **4.2. MARCO LEGISLATIVO DEL CANNABIS EN ESPAÑA**

Una vez introducido lo anterior, como eje vertebrador de esta parte de nuestro análisis, pasaremos a abordar algunas de las leyes, reglamentos o articulado que se han ido desarrollando en torno a este asunto.

En primer lugar, debemos destacar el artículo 368 del Código Penal (CP, en adelante):

Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos.

No obstante a lo dispuesto en el párrafo anterior, los tribunales podrán imponer la pena inferior en grado a las señaladas en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable. No se podrá hacer uso de esta facultad si concurriere alguna de las circunstancias a que se hace referencia en los artículos 369 bis y 370.

Este artículo, reformado en 2010 mediante la inclusión de un párrafo nuevo, no queda exento de controversia, pues ya hay autores que analizan la posible existencia de ciertos derechos fundamentales afectados en la aplicación del mismo (Brotons, 2017). De hecho, este mismo autor introduce una serie de ideas que podrían ser muy interesantes como posibles vías de investigación adicionales.

Para empezar, tal y como menciona Hector Bretons (2017), el principio de proporcionalidad nos sirve para valorar si una norma es «idónea, necesaria y proporcional para proteger el fin que se ha propuesto». En este aspecto y en este mismo análisis, alcanza una serie de puntos clave que podrían orientarnos sobre dicha adecuación.

Primero, plantea si el uso del cannabis puede afectar a la salud y menciona que la aparición de alteraciones crónicas derivadas de dicho uso se ha convertido en un tema controvertido. También trae al frente la idea de si se puede desarrollar dependencia, si existe o no una mayor propensión a utilizar drogas más peligrosas o si pudiera acarrear la comisión de otros delitos.

No es nuestro fin, en esta parte del estudio, adentrarnos de forma detallada en cada uno de estos puntos clave; sin embargo, recomendamos su lectura y abordaje como un punto de partida interesante pues podría responder también a algunas de las preguntas en torno al artículo 368 del CP y su posible implicación en el uso terapéutico del cannabis.

Lo que sí que destacaremos es que el CP incluye, en este artículo, una serie de elementos esenciales que no debemos pasar por alto. Primero, el concepto y consideración de legalidad o la ilegalidad con respecto al consumo de ciertas sustancias. Segundo, que si este consumo causa «grave daño a la salud», las penas podrían verse incrementadas; y, tercero, la contemplación de

una atenuación de las penas anteriormente descritas reservada a decisión de los tribunales.

Según Xabier Arana (2017), si analizamos el caso del cannabis en la aplicación del artículo 368 del CP, considerando que esta sustancia no se tiene por causante de grave daño a la salud, la sanción podría oscilar entre 1 y 3 años de prisión. No obstante, tal y como puntualiza el mismo autor, sí que podría incrementarse si concurriera alguna cualificación de primer o segundo grado (artículos 369 y 370 del CP).

En el caso concreto de España, debemos tener en cuenta, además, una serie de consideraciones añadidas. En primer lugar, que disponemos de leyes de dos órdenes distintos: reguladoras de la materia penal y reguladoras de la materia administrativa (como veremos, incluso en torno a un mismo tema). En segundo lugar, que la estructura del Estado español permite que el marco jurídico y normativo se articule a distintos niveles: estatal, regional o local.

Por ende y considerando lo anterior, se nos abren aquí varias vías jurídicas que no pueden ser pasadas por alto. Para empezar, en el ámbito puramente administrativo disponemos de dos leyes (una de ellas, orgánica): la Ley Orgánica de la Protección de la Seguridad Ciudadana y la Ley de Estupeficientes de 1967 (Ley 17/1967, de 8 de abril).

El objeto de la primera —citamos textualmente— es el siguiente:

1. La seguridad ciudadana es un requisito indispensable para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales y las libertades públicas, y su salvaguarda, como bien jurídico de carácter colectivo, es función del Estado, con sujeción a la Constitución y a las Leyes.
2. Esta Ley tiene por objeto la regulación de un conjunto plural y diversificado de actuaciones de distinta naturaleza orientadas a la tutela de la seguridad ciudadana, mediante la protección de personas y bienes y el mantenimiento de la tranquilidad de los ciudadanos.

Mientras que, en el caso de la Ley 17/1967, de 8 de abril —Ley de Estupeficientes de 1967—, destacaremos su artículo 22, capítulo VI (posesión, uso y consumo), que queda redactado como sigue:

No se permitirán otros usos de los estupefacientes que los industriales, terapéuticos, científicos y docentes autorizados con arreglo a la presente Ley. Los estupefacientes deberán ser usados o consumidos precisamente para el objeto con que hayan sido suministrados por el Servicio o dispensados por las farmacias, considerándose prohibidos cualquier cambio o consumo, aunque se lleve a cabo por la misma persona o Entidad que haya obtenido legalmente los estupefacientes, a no ser que se obtenga, también reglamentariamente, la autorización o la prescripción necesaria para el nuevo uso o consumo.

Si nos centramos ahora en los niveles en la estructura del Estado español, basándonos en el estudio Cannabis en la ciudad: avances en la regulación local del cannabis en Europa (2019), veremos que, desde 2014 a la actualidad, se han aprobado distintas leyes (nacionales, autonómicas y regionales) y ordenanzas (locales) en torno a este tema. Esto ha provocado, como era de esperar, constantes desavenencias interadministrativas y ha llevado al Gobierno nacional a oponerse a su aplicación en algunos casos.

Entre estas leyes autonómicas destacadas, tenemos: la Ley Foral 24/2014 (Navarra), la Ley 1/2016 (País Vasco) y la Ley 13/2017 (Cataluña). El objetivo de estas no era otro que regular los clubes sociales en cuanto a distintas materias relacionadas con los derechos de los usuarios de drogas, la protección de la salud pública o la implicación de dichos usuarios en la prevención de riesgos y daños, entre otros fines (Cannabis en la ciudad: avances en la regulación local del cannabis en Europa, p.37). Sin embargo y como era de esperar en un asunto socialmente controvertido, estos preceptos han hecho frente a distintos recursos que han llevado a la Ley Foral 24/2014 a su nulidad y a la Ley 1/2016 de Euskadi a una delimitación más ajustada de sus competencias.

Asimismo, en lo que respecta a Ordenanzas locales, sobresalen dos ciudades: San Sebastián (País Vasco) y Rasquera (Cataluña). Ambas pioneras en el planteamiento de ciertos avances con respecto al cannabis y ambas objeto de recursos y demandas que han culminado con la nulidad de pleno derecho de la primera y la no puesta en práctica de la segunda.

Como colofón a este punto de nuestro análisis, podemos determinar que existe actualmente una participación activa a todos los niveles a la hora de dar respuesta, jurídicamente hablando, al cannabis en nuestro país. Sin embargo,

no se trata de una implicación coordinada y centralizada, sino de iniciativas regionales que no terminan de ver la luz dados los principios de jerarquía normativa y de reserva de ley, entre otros.

### **4.3. USO MÉDICO DEL CANNABIS Y SUS DERIVADOS**

#### **4.3.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL USO DE CANNABIS TERAPÉUTICO O DERIVADOS**

Al tratarse de una sustancia controvertida —principalmente por su uso como droga de abuso— es cierto que se han llevado a cabo varios estudios con la intención de demostrar la utilidad de los cannabinoides en el tratamiento de algunos síntomas típicamente asociados a ciertas enfermedades.

En este apartado, hablaremos sobre la evidencia científica de las propiedades medicinales que se atribuyen al cannabis y a sus derivados. La mayoría de los datos obtenidos se han extraído de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados y controlados. Conviene mencionar que la evidencia existente es algo confusa, pues actualmente es bastante limitada y se encuentra fragmentada; dato que debemos tener muy presente al utilizar estos estudios.

Además, en lo que a la interpretación de los datos respecta, en muchos de los análisis efectuados se han utilizado productos y preparados a base de cannabis diferentes; es decir, que las sustancias podrían estar contenidas en distintas proporciones. En adelante, hablaremos de cannabinoides para referirnos a los productos elaborados a base de distintos derivados.

Al consultar los datos de ensayos clínicos controlados, hemos podido observar que se sugiere que los cannabinoides alivian los síntomas de algunas enfermedades (Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías, 2018).

En el caso de algunas patologías, estos productos se utilizan como tratamiento complementario; es decir, que su fin es ser administrados junto a otros tratamientos farmacológicos, en lugar de emplearse en monoterapia y,

normalmente, se recurre a ellos solamente cuando el paciente ha respondido de forma insuficiente a los tratamientos convencionales para estos trastornos.

A continuación, realizaremos un breve recorrido sobre los casos concretos en los que el uso terapéutico de cannabinoides ha demostrado cierta evidencia, su grado y sus conclusiones. Nos basaremos, para ello, en el compendio recogido en el informe del Observatorio europeo de drogas y toxicomanías, de 2018.

### **NÁUSEAS Y VÓMITOS POR QUIMIOTERAPIA**

En un estudio publicado en el 2015, relacionado con los usos terapéuticos de los cannabinoides y, más concretamente, con su aplicación en el cáncer, se analizó si la utilización de estos podría tener un impacto positivo en las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia. Los productos que se evaluaron están constituidos por distintas combinaciones de cannabinoides y se observó que, con respecto al placebo, los pacientes que los utilizaban experimentaban cierta mejoría. Sin embargo, la evidencia es débil, pues existen pocos estudios que comparen los antieméticos más novedosos y eficaces con los derivados mencionados.

### **ESTIMULANTE DE APETITO**

Otro de los usos médicos analizados ha sido el de posible estimulante del apetito en pacientes con emaciación (cuadro de pérdida de peso notable en personas seropositivas) relacionada con el SIDA. El producto aprobado en EE. UU., conocido como Marinol, se basó en muy pocos estudios y las conclusiones a las que se llegó fueron que el riesgo de sesgo era considerable. Asimismo, tal y como se indica en un estudio de 2017 de la National Academies Press for the National Academies of Sciences Engineering and Medicine (NASEM, por sus siglas en inglés) pocos pacientes con SIDA presentan emaciación en la actualidad si han sido tratados con antirretrovirales de gran actividad. A esto se suma, además, que la evidencia del uso del dronabidol a la hora de estimular el apetito en el tratamiento de otras patologías, como la anorexia nerviosa o la caquexia del cáncer, es escasa.

## **ESPASMOS Y DOLORES NEUROPÁTICOS**

El tema de los espasmos musculares en pacientes con esclerosis múltiple (entre otras enfermedades neurodegenerativas) constituye otro de los puntos abordados en el uso médico de los cannabinoides. En torno a este asunto, existe una evidencia moderada cuando se recurre a nabiximoles. Dicha evidencia parece indicar que sí que se observa una reducción de estos eventos, aunque los ensayos clínicos realizados para dar respuesta a si su utilización atenúa los espasmos, han arrojado como resultado que, aunque los cannabinoides sean probablemente eficaces, sus efectos clínicos son pequeños (NASEM, 2017). Las cantidades de CBD y de THC en este producto son prácticamente similares y su administración es a través de la pulverización bucal.

## **DOLORES CRÓNICOS Y/O NEUROPÁTICOS**

El dolor crónico no oncológico —incluido el dolor neuropático— constituye una de las razones principales por las que los pacientes estadounidenses consumen cannabis con fines terapéuticos (NASEM, 2017). Entre estos dolores, que no incluimos en la categoría de dolores relacionados con el cáncer, se encuentran los derivados de la artritis, el dolor neuropático, los dolores de cabeza, cuello y hombros o los dolores de espalda.

Un metaanálisis en el que participaron varios autores (2015), examinó a un conjunto de pacientes a los que se trató con hierba del cannabis vaporizada inhalada. El tiempo de evaluación fue de dos semanas y se observó que aquellos que fueron tratados con esta, mostraban el triple de probabilidades de reducir su dolor en un 30 %, en comparación con aquellos a los que se suministró un placebo.

Por otro lado, se llevó a cabo una revisión de Cochrane (Häuser et al., 2018) en la que se cotejó la efectividad de los cannabinoides con las de placebos a la hora de disminuir el dolor neuropático crónico. Los autores concluyeron que los cannabinoides sí aumentaban el porcentaje de pacientes que lograba una reducción del dolor en hasta un 50 %, en comparación con el placebo. Asimismo, se observó más abandono en el tratamiento por contingencias relacionadas con los cannabinoides que con el placebo.

Finalmente, en otro estudio llevado a cabo en el año 2018, se concluyó que, tras los ensayos clínicos controlados y los estudios observacionales realizados, la eficacia de estos productos en el tratamiento de los dolores crónicos era limitada, aunque sí que se vieron otros beneficios, por ejemplo, en áreas como el sueño.

### **EPILEPSIA INFANTIL RESISTENTE A TRATAMIENTO**

En el caso de la epilepsia infantil resistente a tratamiento, los estudios emanan del testimonio de los progenitores que afirman que, ante el uso de aceites ricos en CBD, sus hijos han reducido las crisis. Estos testimonios se han visto apoyados por un ensayo abierto y un EAC multicéntrico llevados a cabo por distintos autores recogidos en el citado informe. Las conclusiones fueron que, en algunos síndromes (Davet o Lennox Gastaut, concretamente) sí que se reducían las crisis en niños al combinar el CBD con los antiepilépticos convencionales. Sin embargo, otras de las conclusiones citadas en el informe mencionado apuntan a que no podían extraer resultados fiables sobre su seguridad y eficacia; además de que se necesitaban más estudios para poder precisar las dosis e interacciones farmacológicas con los antiepilépticos utilizados.

#### **4.3.2. MEDICAMENTOS CON AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Una vez analizados los usos médicos estudiados hasta hoy (aunque existan otras vías de investigación activas), queremos compendiar, brevemente, algunos de los medicamentos aprobados en España y que contienen cannabidiol. El desarrollo completo de los estudios mencionados en apartados anteriores, junto con sus autores y referencias, se encuentran en el informe del Observatorio europeo de drogas y toxicomanías (2018) para su consulta y profundización.

En lo que respecta a los medicamentos que mencionaremos a continuación, la lista ha sido extraída de la infografía de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2022), elaborada por Lidia Fernández Matellano, jefa del Área de Estupefacientes y Psicotrópicos.

Los nombres que citaremos a continuación son los nombres comerciales de los productos aprobados. Asimismo, comentaremos el compuesto que los forma y la calidad de las observaciones científicas alcanzadas.

En primer lugar y para el tratamiento de las náuseas y de los vómitos, encontramos el Marinol® (derivado del cannabinoide conocido como Dronabinol). La AEMPS ha catalogado su evidencia como débil, puesto que existen tratamientos actuales que producen menos náuseas y que son, incluso, más efectivos.

En segundo lugar y para la estimulación del apetito, tenemos el Cesamet® —obtenido a partir de la Nabilona—. En este caso, la AEMPS también ha clasificado su efectividad como débil, en detrimento de tratamientos actuales que, además, cubren el tratamiento de los síntomas de más patologías.

En tercer lugar y en lo que respecta a la espasticidad muscular, se menciona el conocido Sativex® (Nabiximol), cuya calidad —en lo que a las observaciones científicas se refiere—, ha sido catalogada de moderada por la AEMPS.

Finalmente, para el tratamiento de la epilepsia infantil refractaria, tenemos el Epidiolex® (aceite extraído de las plantas derivado del CBD). Su calificación ha sido también moderada y sí que se ha observado una respuesta positiva como coadyuvante en los síndromes mencionados más arriba (Dravet o Lennox-Gastaut).

Existen otras vías de estudio activas relacionadas con patologías de múltiples campos sanitarios (como, por ejemplo, su aplicación en la psiquiatría). Las posibles vías de investigación que pueden emanar de este contenido son muy diversas, puesto que todavía son pocos los estudios que han ahondado en si los derivados de los cannabinoides constituyen una buena alternativa terapéutica. Debemos tener en cuenta que, dada su inserción relativamente reciente en los debates sanitarios o bioéticos, el abanico de posibilidades de estudio en las distintas áreas del saber es inmenso.

### **4.3.3. RIESGOS PARA LA SALUD DEL USO MÉDICO DEL CANNABIS Y LOS CANNABINOIDES**

#### **EFFECTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO**

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en un informe realizado en 2018, los efectos adversos a corto plazo notificados fueron, en general, similares a los de otros medicamentos de uso habitual y estuvieron relacionados con síntomas como mareo, sequedad de boca, desorientación, náuseas, euforia, confusión y somnolencia. En lo que respecta a los efectos adversos graves, fueron raros.

Se llevó a cabo una revisión de la evidencia disponible por Wang y cols. (2008) y no se observó un aumento del riesgo de acontecimientos adversos graves en los pacientes que usaron cannabinoides (ya sean extractos vegetales o preparados de THC) con respecto a placebo. No obstante, sí que advirtieron que las muestras eran pequeñas y que los estudios podían más posibilidades de pasar por alto efectos raros y graves, debido al propio tamaño muestral y la imposibilidad de seguimiento de pacientes como consecuencia del abandono de los ensayos.

Por su parte y más recientemente, Whiting et al. (2015) llevaron a cabo un metaanálisis de efectos adversos a corto plazo en 79 ensayos aleatorizados en los que evaluaron la eficacia de los cannabinoides en el tratamiento de náuseas y vómitos, dolor crónico, espasticidad debida a esclerosis múltiple, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, psicosis, glaucoma, trastornos del movimiento y estimulación del apetito. Este estudio mostro —con evidencia significativa— una probabilidad mayor de desarrollar un efecto adverso y adverso grave, en comparación con el placebo. Todo ello sin hallarse diferencia entre los cannabinoides utilizados; de hecho y como consecuencia, muchos de los pacientes fueron retirados de los estudios.

Los efectos adversos constatados con más frecuencia fueron mareo, sequedad de boca, desorientación, náuseas, euforia, confusión y somnolencia. En cuanto a los acontecimientos adversos graves, fueron mucho más

infrecuentes. Estos últimos consistieron en la descripción de eventos como confusión, alucinaciones, paranoia y síntomas de psicosis.

### **EFFECTOS ADVERSOS A LARGO PLAZO**

En el mismo informe del OEDT se analizaron —en base a la evidencia— los posibles efectos adversos a largo plazo y las conclusiones arrojadas sobre estos despertaron un gran interés. Es cierto que existen menos datos sobre los riesgos del uso médico de los cannabinoides a largo plazo; pero en general, los estudios parecen afirmar que son similares a los descritos a largo plazo y, normalmente, de una gravedad leve o moderada. No obstante, los datos son insuficientes y es necesario seguir investigando al respecto.

En uno de los estudios recogidos en el informe, se llevó a cabo un seguimiento a pacientes en tratamiento por espasticidad secundaria a distintas patologías. Dichos pacientes fueron tratados con cannabinoides como el nabiximol durante aproximadamente 2 y 3 años, de forma ininterrumpida. En torno al 95 % de ellos, desarrolló un riesgo adverso (aunque leve o moderado). Dentro de esta categoría de efectos leves o moderados, destacaron el mareo, el cansancio y el dolor de cabeza. Alrededor del 16 % de los participantes se retiró como consecuencia de los efectos descritos.

En otros estudios —también incluidos en el informe— relacionados con el uso de cannabinoides para control de síntomas en pacientes con cáncer, los acontecimientos adversos hallados fueron similares a los que hemos mencionado en el párrafo anterior. En la mayoría de los casos, dichos efectos se tradujeron en mareo, sequedad de boca, aumento del apetito, somnolencia y, en un pequeño porcentaje, efectos psicoactivos.

Donde sí existe una mayor necesidad de estudio de efectos adversos es en el uso de CBD en niños con epilepsia resistente al tratamiento. En este caso, la preocupación principal y, por ende, el interés es conocer los resultados sobre los posibles efectos adversos del uso de medicación a largo plazo en el desarrollo cerebral de niños y adolescentes.

Asimismo, autores como C. Espinosa-Jovel (2020) ya han apuntado que, aunque representen una alternativa nueva para el tratamiento de epilepsia refractaria, existen muchos interrogantes que deben ser despejados con estudios específicos. Este autor, en concreto, menciona los siguientes: definir si el mecanismo de acción del CBD es autónomo con respecto a otros fármacos (clobazam, especialmente) y describir su perfil y seguridad a largo plazo; sobre todo, en lo que respecta al correcto desarrollo del cerebro del feto durante el embarazo.

#### **CIERRE USO MÉDICO Y NUEVAS LÍNEAS ABIERTAS**

Como colofón a este subapartado, queremos destacar las conclusiones alcanzadas por los autores Francisco J. Appiani y Juan M. Duarte (2020). Citamos textualmente, pues nos parece que resume muy bien lo visto hasta aquí: «el desarrollo de un compuesto terapéutico debe seguir pasos estrictos que permiten —no de manera infalible— conocer el perfil de seguridad y los riesgos que implica la indicación en personas».

Estos autores denuncian la posibilidad de incurrir en el error de utilizar una moda, emanada del impulso social, para desarrollar un compuesto terapéutico determinado. A semejanza de la situación de los cannabinoides con compuestos a los que se confirió, en su día, efectos terapéuticos y que, con el tiempo, demostraron ser sumamente perjudiciales (como el mercurio y el arsénico).

La realización de estudios rigurosos es obligatoria tanto para alcanzar herramientas terapéuticas seguras como para no basar las decisiones en manifestaciones individuales procedentes de creencias (Appiani, J. F y Duarte, J.M, 2020).

#### **4.4. SITUACIÓN DEL CBD O CANNABIDIOL.**

De los numerosos cannabinoides con propiedades potencialmente terapéuticas que se conocen, una de las más relevantes y estudiada es el CBD o cannabidiol. En los últimos años, ha ganado relevancia en la sociedad debido a que no tiene efectos psicoactivos y numerosos estudios le atribuyen propiedades antiinflamatorias, antidepresivas o neuroprotectoras, entre otras.

Como consecuencia de esto, cada vez es más frecuente ver en el mercado productos con CBD tales como cosméticos, bebidas, aceites tópicos, flores y un sinfín de elaboraciones.

Debido a la aparición en escena de este popular derivado del cannabis, es obligado preguntarse cuál es la posible repercusión de su introducción en el mercado en materia de salud pública. En diciembre de 2017, un Comité Experto en Drogodependencia de la Organización Mundial de la Salud emitió un informe en el que se afirmaba que «El cannabidiol no es adictivo ni nocivo para la salud», lo que supuso un punto de inflexión para esta sustancia.

El comité de expertos concluyó, por un lado, que el uso de esta no genera dependencia en quienes la consumen y, por otro, que el consumo abusivo —llegado el caso de un posible abuso— no sería perjudicial para la salud. Además, aseveraron que no produce efectos psicoactivos ni cardiovasculares (como hace el THC). Todo esto ha supuesto un precedente y una base sólida a la hora de avanzar en la investigación científica y médica de las propiedades de este cannabinoide.

A pesar del citado informe, no hubo cambios en la situación legal del CBD en España, aunque una opinión tan contundente por parte de la OMS ha tenido un impacto muy potente a nivel internacional.

En España, no hay ninguna ley concreta donde se regule la producción o el consumo del CBD, por lo que la libre interpretación juega, en ocasiones, un papel relevante. Suele tomarse como referencia la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, donde el cannabidiol no está fiscalizado específicamente —a diferencia del THC— pero sí lo están los extractos y tinturas o resinas del cannabis, por lo que existe la posibilidad que el CBD sea considerado un extracto de este y esté sujeto sus mismas restricciones.

Basándonos en este texto, se restringe la planta de Cannabis Sativa en su totalidad, sin entrar en distinciones entre sus cannabinoides. No obstante, sí que diferencia las partes prohibidas de la planta de las que no. Si la sustancia proviene de las semillas u hojas del cannabis, no están prohibidas. Cuando proviene de la flor, fruto o cogollo, sí que lo están.

Si ponemos la vista en Europa, el Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea dictó una sentencia en diciembre de 2020 contra una empresa francesa. En dicha sentencia, el TSJUE alegaba lo siguiente (mostrándose a favor de la venta de productos con CBD): «un Estado miembro no podrá prohibir la comercialización del cannabidiol (CBD) legalmente producido en otro Estado miembro si se extrae de la planta de Cannabis sativa en su totalidad y no solo de sus fibras y semillas».

Su argumento principal fue que debía haberse restringido el CBD o el resto de cannabinoides específicamente y haberse incluido en las listas de fiscalización (como sucedió con el THC). Puesto que, al no regularse de forma explícita, no puede fiscalizarse a nivel internacional.

Como podemos observar, a nivel europeo no hay postura legal homogénea respecto al CBD, su producción, consumo o comercialización. Al margen de la sentencia del Tribunal Superior de Justicia ya mencionada, cada país aplica su propia normativa al respecto. De hecho, el TSJUE consideraba lícita la comercialización del CBD siempre que hubiese sido producido de forma legal en otro estado miembro de la UE. En el contexto de dicha sentencia, el CBD provenía de la República Checa, donde sí es legal su producción.

Volviendo nuevamente a España, aún no está autorizada la comercialización para consumo humano del cannabidiol, porque no está tipificado ni por la Agencia del Medicamento (AEMPS), ni por la Agencia de Seguridad Alimentaria (AESAN); así como tampoco como producto sanitario o como un suplemento alimenticio. De hecho, en España, el CBD todavía no se ha registrado como un complemento alimentario en la lista de suplementos autorizados de la AESAN.

Como consecuencia de lo anterior, en 2018 en varias comunidades autónomas españolas, se incautaron aceites y otros productos alimentarios que contenían CBD, por no ser considerada esta sustancia un extracto para el consumo humano. Dichas incautaciones venían motivadas por directrices de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), que ordenó inmovilizar los

suplementos alimentarios que contuviesen cannabidiol porque estos alimentos necesitaban un permiso previo.

Actualmente, el único producto formulado íntegramente a base de CBD autorizado para consumo humano en la Unión Europea y España es el Epidiolex®, un medicamento a base de cannabis indicado para el tratamiento de formas raras y graves de epilepsia, que salió a la venta en Estados Unidos en 2018 y que fue aprobado posteriormente en Europa (a mediados de 2020).

#### **4.4.1. COSMÉTICOS CON CBD**

No podemos dejar pasar tampoco la posibilidad de mencionar —aunque sea brevemente— que el CBD se ha abierto paso entre las calles de las grandes ciudades, en las que existe una tendencia creciente en la puesta en marcha de negocios que venden productos con esta sustancia.

Entre sus ventas principales, cabe mencionar el crecimiento exponencial de artículos cosméticos que se han ido abriendo hueco por ofrecer algo, como mínimo, novedoso. El cannabinoide exento de efectos psicoactivos al que se le atribuyen propiedades calmantes, antiinflamatorias e hidratantes es uno de los últimos gritos en la industria cosmética.

Ya que se ha experimentado un aumento en las aperturas de este tipo de negocios en España, es obligado preguntarse a qué base legal se aferran cuando comercializan un producto tan controvertido a nivel jurídico y legal.

Estas tiendas especializadas ofrecen una serie de productos destacados, que son los que se incluyen en la categoría de CBD de uso externo. En dicha categoría, englobamos productos de cannabidiol con aplicaciones tópicas como cremas, aceites o pomadas. Debemos saber que a este tipo de artículos de venta se les aplica una clasificación de cosmético; por lo que, como la AEMPS emplea el mismo criterio que la unión europea, la regulación aquí sería más laxa.

Dado que la resina, extracto y tintura de cannabis se sitúan en la lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y están sujetos a fiscalización internacional, únicamente los cosméticos que están elaborados con

las partes no fiscalizadas (semillas y hojas) pueden producirse de forma legal en España. Para poder hacerlo es necesario realizar una declaración responsable y registrar el producto a nivel nacional y supranacional (UE).

Esto es debido a lo que se establece en el artículo 14 del Reglamento 1223/2009, que indica que los productos cosméticos no contendrán sustancias prohibidas enumeradas en el anexo II, donde se recogen todas las sustancias de los listados I y II de la Convención única de 1961 sobre estupefacientes.

Si hacemos referencia ahora al Reglamento 1223/2009, será la empresa responsable de cada producto cosmético la que deberá proporcionar la información necesaria que demuestre que el cannabidiol no proviene de partes fiscalizadas de la planta y demostrar, así, la seguridad del producto.

En principio, esta situación no es incompatible con la comercialización de cosméticos de CBD en España producidos en otros países, en los que la producción y extracción de cannabidiol sí está permitida (como la República Checa). Esta liberalización del comercio de productos de CBD quedó ratificada por el Tribunal Supremo de la Unión Europea, en diciembre de 2020, en la sentencia que hemos comentado con anterioridad y que rezaba lo siguiente: «un Estado miembro no podrá prohibir la comercialización del cannabidiol (CBD) legalmente producido en otro Estado miembro si se extrae de la planta de *Cannabis sativa* en su totalidad y no solo de sus fibras y semillas».

Desde enero de 2012 y para los casos en los que pudiera producirse esta situación contemplada (por el hecho de ser Estado miembro), es indispensable registrar el producto cosmético con CBD en la Comisión Europea. La Comisión activó el Portal para la Notificación de los Productos Cosméticos (CPNP), una herramienta digital cuyo objetivo era facilitar a la industria cosmética la presentación de la información sobre los productos cosméticos ante el citado órgano.

Una vez iniciado el registro, debe adjuntarse la información de los componentes del producto, así como el propio etiquetado y una fotografía del envase.

Es importante saber que este mecanismo de control creado, entre otras cosas, para resolver de manera eficaz y rápida las posibles intoxicaciones derivadas del uso de un producto implica a la «persona responsable» del cosmético y al «distribuidor». Para comprender mejor lo anterior, destacaremos que la persona responsable es aquella persona física encargada de velar por el cumplimiento de las obligaciones establecidas. Si el producto ha sido producido en Europa, la propia empresa productora actuará de persona responsable; mientras que el distribuidor es aquella persona encargada de la comercialización de un producto en un determinado país de la U.E., pero producido en otro país de la Unión.

El gran debate en lo que a este tipo de ventas y artículos respecta es si lo que se está haciendo realmente es camuflar un producto que podría no ser considerado del todo legal mediante su inclusión en una categorización relacionada con la cosmética. Para acercarnos un poco a esta posible hipótesis, hemos recabado una serie de eslóganes que evidencian que la línea, entre lo que se reconoce como consumo lícito y lo que no lo es, es fina y poco precisa.

#### **4.4.2. PUBLICIDAD, LEGALIDAD Y ÉTICA**

Tal y como hemos mencionado anteriormente, si analizamos algunas de las consignas de las tiendas nacionales (refiriéndonos a España, en nuestro caso), veremos que muchas de estas tiendas son precavidas en lo que a estar dentro de los límites de la legalidad respecta, pero no dudan en dejar claro que el consumo no cosmético no dañaría al comprador potencial.

Para visualizar de forma más clara lo anterior, vamos a descomponer algunos de estos eslóganes publicitarios. Muchos de ellos han sido modificados con el fin de omitir el nombre comercial del establecimiento en cuestión.

El consumo en España está limitado a uso tópico, ya que no se acepta el CBD como complemento alimentario. Es decir, cosmética y aromaterapia en caso de las flores.

Por este motivo legal, todos los productos de nuestra tienda están etiquetados como «no fumar-no ingerir». Aunque son los mismos productos que en otros países, donde se permite el consumo.

Efectivamente, el uso en España está restringido a la aplicación tópica y no a su ingesta. Sin embargo, la marca hace saber al usuario —mediante una inferencia clara— que puede ingerirlos bajo su responsabilidad, puesto que se trata de los mismos productos que se venden en estados en los que el consumo es legal.

Otra de las tiendas analizadas recoge lo siguiente en su sitio web:

El Cannabidiol, al carecer de propiedades psicotrópicas, no está fiscalizado del mismo modo que el THC. La ausencia de legislación alrededor del cannabidiol permitió su venta como complemento alimenticio durante un corto periodo de tiempo.

En marzo de 2018, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) prohibió definitivamente el uso de CBD como suplemento alimenticio. Aunque puede encontrarse aceite de cannabidiol para uso cosmético, aplicación tópica o como producto técnico, pero no puede venderse ni fabricarse para el consumo humano. Esta prohibición no es definitiva.

El informe más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no encuentra grandes riesgos asociados al consumo de CBD. [...]. En los últimos años diversos países como Suiza, Holanda, Canadá, Estados Unidos, entre otros, han regulado y legalizado el consumo de CBD.

En este caso, menciona dos elementos que han llamado nuestra atención. En primer lugar, nos indica que la venta o la fabricación para consumo humano está prohibida, pero que este veto no es rotundo o definitivo. Efectivamente, el debate en torno a este tema está en un punto álgido y es muy probable que la legislación varíe. Sin embargo, aseverar que su prohibición no vaya a ser definitiva es lanzar una afirmación sin unos cimientos claramente firmes.

Por otro lado, recoge en su página web que la OMS no encuentra «grandes riesgos asociados» al consumo de CBD. Esta frase deja un abanico abierto a la libre interpretación del usuario, puesto que al mencionar que no se han hallado «grandes riesgos» nos induce a pensar que aun no siendo grandes, algún riesgo sí que podría tener.

Finalmente, descompondremos el contenido de la web de una última tienda:

El cultivo mal efectuado puede ser objeto de sanciones de índole penal y administrativa tal como recoge el artículo 36 de la LO de seguridad ciudadana o también el artículo 368 y siguientes del código penal español.

En el caso de este establecimiento, ya no solamente se comercializa con productos procesados (cosméticos o flores para aromas), sino con las propias semillas, para el cultivo personal.

El convenio de Viena del 88, que fue ratificado por España, penaliza el cultivo si su destino es conseguir plantas estupefacientes, en contra de lo establecido por la convención de 1961, de Viena.

En cuanto a la afirmación anterior, queremos mencionar el artículo 22 (aplicable al cultivo) de la Convención de Viena de 1961, que dice lo siguiente:

1. Cuando las condiciones existentes en el país o en un territorio de una Parte sean tales que, a su juicio, la prohibición del cultivo de la adormidera, del arbusto de coca o de la planta de cannabis resulte la medida más adecuada para proteger la salud pública y evitar que los estupefacientes sean objeto de tráfico ilícito, la Parte interesada prohibirá dicho cultivo.
2. Una Parte que prohíba el cultivo de la adormidera o de la planta de cannabis tomará las medidas apropiadas para secuestrar cualquier planta ilícitamente cultivada y destruirla, excepto pequeñas cantidades requeridas por la Parte para propósitos científicos o de investigación.

Es decir, que la Convención de Viena sí que penaliza el cultivo con fines no legales como lo son conseguir plantas estupefacientes para consumo.

Si el usuario utiliza las semillas para delinquir, es su problema y responsabilidad, ya que nuestro establecimiento deniega cualquier responsabilidad. Simplemente, se limita a enviar semillas para usos legales y legítimos, y no anima a nadie a actuar en contra de la legislación vigente [...]. El comprador es responsable de sus usos posteriores. La información de esta web es proporcionada en un país en el que la legislación no prohíbe el consumo, ni la existencia de una cultura basada en libros, revistas y demás formatos que tratan sobre el tema.

En este caso, volvemos a observar cómo con el lenguaje se da un baile entre límites poco precisos o claros. No es del todo cierto que la legislación «no prohíba su consumo». Cuando se lleva a cabo la venta de un producto, sea el

que sea, es fundamental que los datos sean rigurosos. Debemos hacer hincapié en que muchos usuarios pueden ser legos no solo en aquello que compran, sino en las barreras legales que rodean al artículo adquirido. De hecho, si observamos el párrafo siguiente, podemos ver cómo se desvinculan de lo informado o no que esté el comprador sobre aquello que obtiene.

Es cierto que existen países donde está terminantemente prohibido algún producto de esta web, el usuario debe informarse de la legislación del país de donde esté para evitar problemas. De momento, no servimos productos fuera de España. Nuestro establecimiento no tiene ninguna responsabilidad por la escasa o nula información del consumidor sobre su legislación de aplicación.

Si el establecimiento no sirve fuera de España, ¿por qué habría de preocuparse un usuario sobre la legislación dónde se encuentre para evitar problemas? Entendemos que si la legislación aplicable es la española y solo se comercializa en dicho país, bastaría con informar adecuadamente al comprador cuando se lleva a cabo la transacción.

Por último animamos a todos a seguir con su sana afición por la jardinería y la horticultura, evitando actividades tipificadas en las distintas legislaciones penales locales que puedan sancionar la mera tenencia o consumo en lugares públicos.

Concluimos este apartado con un cierre en el que el comercio anima a llevar a cabo una «sana afición». Destacamos la palabra sana, puesto que el marco cognitivo al que alude es un marco positivo; frente a las palabras «penales», «tenencia» o «consumo», que bien sabemos que las implicaciones que traen no son del todo halagüeñas.

El consumo en España es legal siempre que no sea en lugares de tránsito público, sea de forma privada y la tenencia sea de hasta 100 g como máximo. Lo que quizá debería estar en el foco del debate no es tanto si lo que se hace es legal (que puede serlo), sino si animar a que se haga es ético o no confronta directamente con la salud pública.

#### **4.5. RIESGOS PARA LA SALUD DEL USO DEL CANNABIS COMO DROGA DE ABUSO**

En el siguiente apartado, llevaremos a cabo un breve repaso sobre cuáles son los efectos negativos para la salud del consumo de cannabis como droga de abuso.

Se han descrito numerosas sustancias entre los componentes de la comúnmente conocida como marihuana. De estos, aproximadamente sesenta son cannabinoides y entre ellos, distinguimos tres que son habituales en su estructura: el delta-9-tetrahidrocanabinol ( $\Delta$ 9-THC), el cannabidiol (CBD) y el canabinol (CBN). De los anteriores, el  $\delta$ 9-thc es el principal cannabinoide psicoactivo (Limón-Pérez de León, et al., 2009).

No nos detendremos en exceso en la neurobiología del cannabis, pero sí consideramos importante conocer uno de los receptores de cannabinoides implicado, sobre todo, en los efectos psicoactivos de este. Se trata del receptor del sistema endocannabinoide CB1. Su función principal es la modular la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y el GABA (entre otras).

Si lo contraponemos a otro de los receptores principales del sistema endocannabinoide (el CB2), podemos ver que el CB1 cuenta con una presencia mayor en el sistema nervioso central y es por este motivo por el que su estimulación muestra mayores efectos.

Cuando la interacción con dichos receptores se produce por el consumo de marihuana, se pueden observar varios órganos afectados de forma aguda y crónica.

Por ejemplo, según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, entre los efectos agudos más habituales, encontramos el aumento de la frecuencia cardíaca, la relajación y ensanchamiento de los bronquios, la vasodilatación de pequeños vasos (como los de los ojos, en los que se aprecia el enrojecimiento) y el temblor y sequedad de la garganta y la boca (entre otros).

En lo que respecta a los efectos a largo plazo o crónicos, provocados por la actuación del  $\Delta$ 9-THC sobre los receptores CB1, destacaremos: la disminución de la memoria a corto plazo (secundaria a la afectación de la

plasticidad del hipocampo), la dificultad del sujeto para concentrarse y la posibilidad de sufrir alucinaciones, desorientación e incluso delirios.

Sumado a lo anterior, el efecto del THC provoca, además, alteraciones del equilibrio y disminución de la coordinación por su unión a los ganglios basales y al cerebelo.

Por otro lado, si añadimos que este consumo haya comenzado en la adolescencia y aunque la evidencia científica no haya logrado demostrar que esté directamente relacionado con el abuso de otras drogas, sí que se ha observado que un consumo temprano de esta sustancia incrementa las posibilidades de desarrollar una enfermedad mental (sobre todo, psicosis); especialmente, en personas vulnerables (Sagredo, 2011).

En lo que respecta al cáncer, algunas investigaciones apuntan hacia una posible relación entre el cannabis y el cáncer de pulmón (Turcotte, et al., 2016). De hecho, en un informe realizado por la British Lung Foundation se concluyó que el consumo diario de cannabis a lo largo de un año aumentaba el riesgo de padecer cáncer de pulmón en un 8 %. Dicha asociación se relaciona con la concentración de hidrocarburos poliaromáticos, que han demostrado ser carcinogénicos y que se muestran en unas proporciones que duplican a las habituales.

Si hablamos de inmunosupresión, un grupo de investigadores de la universidad de carolina del sur (EE. UU.) Publicó un estudio en el *European Journal of Immunology* en el que se observaba que los cannabinoides aumentaban la producción de células supresoras derivadas de línea mieloide (MDSC), encargadas de suprimir las defensas del organismo. Esto causaba una inmunosupresión, cuyo resultado era una debilitación de la respuesta del cuerpo frente a las posibles infecciones (Hegde et al., 2010). Además, sumado a este hallazgo y en línea con el apartado anterior, se conoce que uno de los efectos adversos de la estimulación de dichas células es, asimismo, el crecimiento de algunos tumores.

Los estudios en torno a esta vía siguen desarrollándose. No obstante, la evidencia científica del consumo de marihuana (fumada) ha demostrado ya una

gran negatividad desde el punto de vista de la salud pública y podríamos afirmar que no existe ninguna justificación lógica a su consideración como uso medicinal. Asimismo, se ha demostrado que el deterioro del sistema nervioso central —principalmente en jóvenes en desarrollo— es lo suficientemente grave como para tenerlo en cuenta de cara a una posible legalización y a una puerta abierta a la tolerancia social del consumo de drogas.

De hecho, ya hay autores que se han atrevido a afirmar que no es ético ni responsable exponer a la población general al consumo libre de sustancias psicoactivas utilizando como argumento que, de esta forma, se respetan derechos y decisiones personales.

## 5. DEBATE ÉTICO

El problema vinculado al uso del cannabis cuenta con una amplia trayectoria de adeptos y enemigos. Tal y como hemos ido viendo en nuestro análisis sobre la legislación, ha habido múltiples intentos de regularizar su consumo en el ámbito de la Salud Pública; sin embargo, muchos de ellos han terminado fracasando o no alcanzando el objetivo principal.

Actualmente, contamos con una demanda ascendente del consumo de marihuana y, en línea con ello, también se han visto incrementados los problemas de salud que se asocian a su uso. Si a esto le añadimos la moda creciente en torno a los productos CBD, con un menor efecto psicotrópico y una gran campaña de *marketing* sobre su potencial uso terapéutico, podríamos hallarnos ante un desafío real en lo que a ética, salud y derecho se refiere.

El debate que surge, tras el análisis realizado hasta aquí, nos conduce a una reflexión en la que nos encontramos dos escenarios: por un lado, si la posible regulación del cannabis con fines terapéuticos puede convertirse en una cuestión reprobable por parte de las autoridades —dados sus posibles efectos adversos y adictivos como droga de abuso— o, por otro lado, si es ético perpetuar una actitud prohibicionista aun conociendo los beneficios que ha

demostrado para ciertas patologías, cuyos síntomas son refractarios a los tratamientos habituales.

En cuanto al cannabis, debemos tener en cuenta tres contextos sobre los que podemos erigir nuestra reflexión y debate. El primero de ellos, incluye los productos farmacéuticos a base de cannabis o derivados, cuya finalidad radica en el abordaje de síntomas de enfermedades en las que muchos de los tratamientos son infectivos o, directamente, no existen alternativas terapéuticas eficaces. En este primer escenario, entrarían los medicamentos autorizados, regulados por agencias de medicamentos (EMA o FDA, entre otras), sobre los que existe una mayor evidencia científica disponible. En segundo lugar, encontramos los productos sanitarios de tipo cosmético, cuya aplicación, evidencia y uso se encuentra mucho menos definida. En tercer y último lugar, deliberaríamos sobre el cannabis de uso recreativo o droga de abuso. En este caso particular, debemos tener en cuenta que, aunque la finalidad pueda ser el tratamiento de ciertos padecimientos, la forma en la que se obtiene y se consume, es ilegal y en muchas ocasiones, no cuenta con garantías sanitarias.

### **5.1. CANNABIS DE USO TERAPÉUTICO**

El uso de fármacos o sustancias derivadas del cannabis ha supuesto la apertura de una enorme línea de investigación en torno a una sustancia históricamente cuestionable; especialmente, si tenemos en cuenta todos los problemas de abuso descritos durante la segunda mitad del siglo XX.

Desde entonces, la investigación con los derivados del cannabis experimentó una disminución considerable y, en algunos casos, incluso fue prohibida. Hoy en día, las perspectivas han mejorado y el mayor número de estudios realizados ha permitido introducir en el mercado fármacos que cuentan con el respaldo y las garantías de haber sido aprobados por agencias del medicamento, que aseguran un control previo y posterior a su comercialización y cuyo fin principal es garantizar la seguridad de estos.

En este primer contexto, el planteamiento ético puede parecer algo más sencillo, pues nos encontramos con fármacos que han sido extraídos de una planta (como muchos otros de uso diario) y utilizados para fijar una diana

terapéutica muy concreta, en la que se ha estudiado a conciencia la reducción máxima de los efectos adversos.

Sin embargo y haciéndonos eco de algunos de los planteamientos éticos ofrecidos por otros autores (Martínez, K. I., 2017) para dilucidar sobre este escenario, no es tan fácil arrojar una postura concreta.

En primer lugar, debemos debatir si se está haciendo frente al uso de ciertas drogas con fines terapéuticos teniendo en cuenta la perspectiva de los derechos humanos. En su artículo 3, la Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge claramente que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Teniendo esto en cuenta, debemos plantearnos que la seguridad tiene que ser el eje vertebrador de la aprobación de todo producto farmacológico y que no estamos centrando el foco exclusivamente en si un compuesto es fisiológicamente inocuo, sino si también lo es a la hora de generar, por ejemplo, una dependencia.

Por otro lado y en línea con el punto anterior, se plantea si es conveniente que el consumo de ciertas sustancias se aborde desde una perspectiva de la salud pública. La historia ya nos ha demostrado que lo que *a priori* puede parecer inofensivo y halagüeño, ha llegado a protagonizar auténticas emergencias de salud pública, como la crisis del OxyContin® en EE. UU.

Las autoridades estadounidenses aprobaron el uso de este medicamento como una gran alternativa para el dolor (derivado de la tebaína, sustancia presente en el opio) y garantizaron que, aparentemente, no provocaba dependencia. En el año 2001, las ventas suponían ya el 80 % de los ingresos de la compañía productora del fármaco.

Según la Agencia de Investigación y Calidad de la Asistencia Médica de EE. UU., más de 60 000 personas fallecieron como consecuencia de los opioides en 2016 y, en 2017, el presidente Donald Trump llegó a plantear la posibilidad de decretar una emergencia de salud pública en toda la nación.

¿Está la ética preparada para competir contra el poder de los beneficios económicos? La historia nos demuestra que, aunque no podamos hacer un juicio

categorico e incriminatorio sobre si la seguridad y la ética están presentes en cada uno de los debates en torno a la aprobación de fármacos, sí que debemos poner en el foco del debate ciertos acontecimientos que podrían hacernos dudar.

Otro de los posibles planteamientos bioéticos del asunto es la probable criminalización y estigmatización de los consumidores. Debemos tener en cuenta que las connotaciones negativas que giran en torno múltiples temas de salud (podemos verlo, por ejemplo, con la salud mental) llevan a la población al señalamiento de aquellos que padecen ciertas dolencias o que, en este caso, recurren a un producto que —aun recetado por su médico— puede conducir al paciente a una situación de incomprensión y aislamiento social. El riesgo-beneficio de esta hipótesis debería estar también en el punto de mira, puesto que, como ya hemos visto, no es solo la inocuidad del producto en la fisiología lo que debería tenerse en cuenta, sino si es asimismo inofensivo en el resto de las esferas de la vida del hombre, en general y del individuo, en particular.

También debemos tener en cuenta, enlazando con el último punto que abordaremos más adelante, que se torna necesario reforzar la acción preventiva del consumo de drogas en jóvenes. Un artículo del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2022) recoge lo siguiente:

What can teenagers do to protect themselves?

Take charge of your own health. The best thing teenagers can do is to turn away from peer pressure to use opioids «for fun» and to only take opioids as prescribed by your doctor.

Este artículo, no solo normaliza la prescripción de opioides en jóvenes por su facultativo, sino que deposita en el individuo la realidad del cuidado de su propia salud «encárgate de tu propia salud. Lo mejor que puedes hacer es huir de la presión del uso de opioides por diversión y solo recurrir a ellos por prescripción». Debemos considerar que el acceso a la información y al conocimiento en torno a ciertos temas, no es igualitario para todos. La percepción de la propia seguridad puede difuminarse si cede ante el desconocimiento y no es extraño observar, en el día a día profesional, que la

población no siempre es consciente de su propio autocuidado y mucho menos si entramos en temas técnicos que no se encuentran al alcance de todos.

Para terminar, la última hipótesis en este primer contexto es la discusión que surge alrededor de la utilidad de sustancias activas derivadas de la marihuana con fines terapéuticos y científicos. Pese a todo lo anterior, sí que nos encontramos una realidad en la que muchos síntomas que no ceden ante ciertos tratamientos se ven aliviados con el uso de estos medicamentos. En este último aspecto, quizá deberíamos pensar si el foco del debate debería estar en si son o no una buena opción (pues podrían serlo bien utilizados) o si, más bien, debería estar en cimentar una clara acción preventiva e integral en la que se aborde su uso desde una perspectiva más global: no solo salud, sino también de ética y seguridad.

## **5.2. CANNABIS COMO PRODUCTO COSMÉTICO**

En segundo lugar, nos encontramos aquellos productos que han catalogados como «producto sanitario», pero con ciertos interrogantes. En este grupo están incluidos, principalmente, aquellos artículos derivados del cannabis, cuyo componente principal es el CBD.

¿Qué podemos incluir en esta categoría? numerosos productos cosméticos, cremas, aceites e, incluso, partes de las plantas que se pueden fumar o inhalar. La lista crece tanto como la fama de los establecimientos que dan acceso a los mismos.

Según el artículo 11.2 de la Declaración Universal de los DD. HH., «nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito». ¿Por qué mencionamos este artículo? porque, como ya vimos al principio, uno de los éxitos principales de estas tiendas es que el derecho nacional de los distintos países en torno a ciertos temas puede ser sumamente distinto. De hecho, en España, las partes de las plantas no se venden con el objetivo de ser consumidas o inhaladas, tampoco con ningún fin alimentario o medicinal (como bien recogen en sus sitios web); sino como productos «técnicos

no destinados al consumo humano». En cambio, no es raro encontrar en esas mismas páginas web mensajes que infieren que, aunque aquí no se incita al potencial comprador a consumirlas, cuentan con la seguridad suficiente para ello, puesto que sí que se hace en países en los que su consumo está permitido.

Este vacío, nos pone al frente del primer problema ético de este subapartado. ¿Modifica la ley la percepción de la ética? La moral del individuo es una suma de factores en los que la cultura, la sociedad y lo que se considera legal o ilegal juegan un papel muy relevante. ¿Podríamos atisbar diferencias si hacemos esta misma pregunta en un estado en el que el consumo sea legal?

Por otro lado y en lo que a evidencia científica respecta, vemos una clara limitación; puesto que la de los derivados es pobre y la de los productos de estas características, lo es aún más. La óptica de la problemática puede ser enfocada desde distintos ángulos: en primer lugar, se trata de productos que se venden en distintos formatos de aplicación y uso. Cualquier persona podría acudir a una tienda de este tipo y solicitar una alternativa para una dolencia (como puede ser un dolor articular, por ejemplo). El vendedor, cuya formación no está regulada —puede ejercer cualquiera— asesora al cliente y le recomienda un producto de la tienda para un uso claramente medicinal o terapéutico; es decir, no un uso cosmético.

En segundo lugar y en línea con lo anterior, hemos visto que el CBD comercializado tiene unas cantidades ínfimas de THC, que es la sustancia psicoactiva; pero aun así, se vende con la intención de paliar ciertos síntomas. La pregunta aquí es: ¿por qué los fármacos a base de derivados del cannabis con los que se está investigando están sometidos a un estricto control y una necesidad de evidencia elevada, mientras que estos productos no? Aunque la evidencia científica disponible avale que no muestran resultados psicoactivos ¿garantiza esto que no van a tener ningún efecto adverso derivado de un abuso, combinación con otros fármacos o interferencia con patologías subyacentes del propio consumidor?

En tercer lugar, los precios de estos productos oscilan en torno a los 300 € por cada 100 gr (según la variedad adquirida). Si contamos con que el importe

es considerablemente elevado y que esto convive con un potencial mercado ilegal del mismo producto en otros formatos no regulados, no es desdeñable dilucidar sobre la posibilidad de que el usuario final recurra a otras formas de obtención, quizá, más clandestinas. Esto podría conducir a una implementación de un mercado negro subyacente que, por qué no, derive a largo plazo en un posible desafío para la salud pública.

La problemática en España es que, como consecuencia de este vacío legal con respecto a otros Estados miembros, estos establecimientos han utilizado la bandera de la «cosmética» para —en muchas ocasiones— introducir productos «terapéuticos» con objetivos mucho más variados que el uso tópico.

Si aplicamos el principio ético de no maleficencia y a ello le sumamos que hay una evidencia científica escasa, que se ha producido una venta indiscriminada de estos artículos en los últimos años y que podría llevarse a cabo una posible innovación autodidacta en las formas de uso, podríamos terminar enfrentándonos a un reto a múltiples niveles y con complejas soluciones.

### **5.3. CANNABIS DE USO RECREATIVO**

En tercer y último lugar, hablaremos del cannabis destinado al uso recreativo. Este uso del cannabis es uno de los que más regulados está. Actualmente, como se ha tratado con anterioridad, su consumo en España está restringido a unas cantidades máximas por persona y al ámbito privado. Todo lo que atente contra esas condiciones, a grandes rasgos, puede ser constitutivo de delito.

En los últimos meses, aunque es un debate que se ha puesto sobre la mesa previamente, algunos grupos parlamentarios se han mostrado a favor de la regulación del cannabis con fines recreativos, aprovechando el debate de la regulación del cannabis terapéutico que ha estado latente. Uno de los ejemplos más recientes que se utilizan para abordar este tema es el caso de Canadá, primer país del G20 en adoptar una medida de esta trascendencia.

Como hemos visto, la marihuana ha demostrado tener una serie de efectos perjudiciales para la salud, que han de ser tenidos en cuenta a la hora

de legislar sobre esta cuestión. Es muy probable que la intención del Gobierno canadiense tuviera, *a priori*, un afán recaudatorio. Debemos tener en cuenta que esta droga ya circulaba por sus calles de manera ilegal. Sin embargo y, aunque suene contradictorio, esta legalización permite también dar ciertas garantías sanitarias a la comercialización de un producto que antes podía venderse adulterado o en proporciones no analizadas. Es decir, que aunque no se va a abolir de forma radical la venta ilegal, la legalización controlada sí que podría reducir ciertos riesgos derivados de su consumo, puesto que el consumo en sí no va a desaparecer (sea este legal o ilegal).

Si nos ceñimos al territorio nacional, en nuestro país (España) siempre han existido reticencias a la hora de plantear la despenalización de la producción, venta y consumo de cannabis. Generalmente, basadas en la indiscutible evidencia científica de los problemas de salud que provoca el cannabis en sus consumidores, así como los problemas sociales que acarrea la adicción a cualquier tipo de droga tanto para el afectado como para su entorno.

Hoy en día, existe un consumo de sustancias legalmente comercializadas, como alcohol y el tabaco, por las que se recaudan una serie de impuestos no precisamente bajos. La evidencia existente sobre las repercusiones potencialmente negativas del acceso a estas dos sustancias es sumamente amplia; de hecho, las podemos considerar drogas legales con un consumo muy extendido y normalizado. Pese a ello, las acciones que llevan a cabo para evitar su uso se limitan a algunas restricciones en cuanto al consumo en ciertos espacios, campañas publicitarias, notas de advertencia en los envases, etc. El problema es que estas medidas han demostrado ser poco eficaces y han puesto en evidencia la escasa capacidad estatal para evitar las consecuencias destructivas del abuso y uso.

La primera hipótesis ética en cuanto a esto es bastante clara. Es inevitable cuestionarse si es ético que un estado, que conoce las consecuencias negativas de una sustancia, siga permitiendo su distribución. Para muchos ciudadanos, que el Gobierno se entrometa en un asunto de estas características, supone una merma de su propia libertad individual. Es evidente que tanto jefes de Estado como ciudadanos son conscientes de los efectos nocivos del consumo de ciertas

sustancias o productos. Es decir, la parte preventiva sí se cumple, puesto que la conciencia colectiva de su daño existe, incluso, entre los consumidores.

Sin embargo, el problema de estos productos no es tanto si el individuo elige libremente o no, sino su claro componente adictivo. Este punto clave debe ser tenido en cuenta en el debate, puesto que marca una clara diferencia con respecto a otras acciones diarias que pueden tener impacto en nuestra salud, pero que no son adictivas ni han demostrado generar dependencia.

Si nos centramos en el asunto que nos ocupa, la ética, debemos tener en cuenta que las reglas y los principios estudiados deben aplicarse y probarse mediante un proceso participativo de examen y de debate entre todas las partes implicadas. Es fundamental procurar encontrar soluciones adecuadas a casos concretos e iniciar un diálogo que permita alcanzar una decisión sobre las medidas más oportunas.

Si analizamos los principales dilemas éticos observados y observables en muchos de los debates que ocupan el ideario colectivo actualmente, podemos ver lo siguiente:

En cuanto a la autonomía o autodeterminación, no solamente debe tenerse en cuenta la libertad del individuo en torno a la decisión sobre su propia salud. Esta independencia no puede interferir con la de otros individuos y tampoco puede contraponerse a la salud pública. Ya hay autores que plantean la importancia de marcar una clara diferencia entre un uso lúdico puntual y una dependencia, en la que la capacidad autónoma en la toma de decisiones empezaría a ser cuestionable (Martínez, K. I, 2017). En nuestro caso, además, añadimos que una autonomía sin información es claramente deficiente, puesto que no es autonomía. Para poder elegir, es fundamental conocer. Especialmente, en temas de salud.

En segundo lugar, debemos tener en cuenta la justicia distributiva, que aboga por un reparto justo e igualitario entre daños y beneficios (tanto a nivel individual como social). Efectivamente, las posibilidades de desarrollar una patología asociada al consumo de ciertas sustancias son elevadas y existe la suficiente evidencia científica como para afirmar que el gasto en salud pública

para sobreponerse a estos problemas es altísimo y evitable. Sin embargo, esto se contrapone a los impuestos que se aplican también a estos productos, por los que la pérdida y la ganancia pueden estar, hasta cierto punto, equiparados. El debate aquí es si el principio de justicia distributiva debe permitir que los recursos de todos acaben sufragando complicaciones asociadas a conductas que son claramente nocivas, porque un estado encuentre en la legalización de las mismas un buen filón económico. Obviamente, siempre va a existir la comercialización ilegal. Lo que debemos poner sobre la mesa es si los daños producidos por ese comercio ilegal son iguales, en cantidad, a los daños que encontramos cuando el producto se ha legalizado.

En lo que concierne al respeto a otras personas, debemos tener en cuenta que cuando se legisla o se diseña una política (de cualquier tipo), no solamente hay que tener en cuenta a la persona que afecta (en este caso, el potencial consumidor), sino al entorno de la misma. ¿Permitir el consumo de cannabis sería éticamente cuestionable si ponemos al resto de la sociedad en la otra parte de la balanza? La respuesta es compleja, pero si analizamos el consumo del alcohol, por ejemplo, en relación con muchos accidentes de tráfico veremos que esta hipótesis cobra una importancia mayor. Cuando algo es ilegal, automáticamente hay una parte de la población que lo destierra de su pensamiento. En cambio, la legalización de un producto—aun conociendo sus efectos nocivos—provoca una respuesta, cuando menos, curiosa. Es como si comprendiéramos sus claras repercusiones negativas, pero pesase más la libertad de elegir sabiendo que no habrá un castigo por ello. ¿Es el cannabis lo suficientemente seguro como para que su legalización no agrave problemas que ya conviven con nosotros hoy en día? ¿Podríamos estar abriendo una puerta a otros desafíos que no son solamente de salud pública?

Por último y atendiendo al principio de veracidad, existe una obligación ineludible de informar al individuo sobre los riesgos y beneficios de aquello sobre lo que consulta, así como de asegurarse de que ha comprendido claramente lo que se le pretendía transmitir. Es decir, que la legalización del cannabis implicaría un conocimiento a dos niveles: primero, el del profesional (médico o cualquier otro implicado) al que se le consulte—independientemente de su

postura con respecto al tema— y, segundo, el del usuario (en este caso, paciente). ¿Contamos actualmente con la suficiente evidencia como para poder conferir al usuario una información de calidad?

## 6. CONCLUSIONES

Como cierre y colofón del presente estudio, compilaremos en las páginas siguientes, las principales conclusiones alcanzadas en el transcurso de nuestra investigación.

Para ello y con el objetivo de sintetizar y unificar nuestros resultados o respuestas, nos serviremos de los tres supuestos o de las tres hipótesis planteadas al inicio y utilizaremos, como hasta ahora, la ética como eje vertebrador o axial.

Asimismo y con el fin último de que el lector pueda acceder al contenido de forma mucho más sencilla, presentaremos dichas conclusiones divididas en apartados o epígrafes que faciliten la ubicación del contenido, en consonancia con su desarrollo en el cuerpo teórico del trabajo.

### EN LO RELATIVO AL CANNABIS COMO USO TERAPÉUTICO

Quizá, tal y como hemos podido ver en el desarrollo de la parte práctica, esta primera hipótesis sea la más fácil de responder (aun no pudiendo atribuirle la cualidad de ser simple). Debemos recordar que, si en algo hay un control minucioso, es en la introducción de fármacos o terapias ratificadas, aprobadas y validadas por una comunidad científica acreditada y objetiva.

En cualquier caso, si aplicamos la óptica de la ética, sí se plantean ciertas cuestiones que podrían poner en jaque el uso del cannabis como terapia, en detrimento de otros fármacos con fines o respuestas (*a priori*) similares.

- En primer lugar y de acuerdo con el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (como vimos anteriormente).

Nuestro planteamiento en torno a este tema y dadas las consecuencias que tuvieron otros medicamentos tiempo atrás, debemos considerar si en la seguridad de la inocuidad de un fármaco estaríamos teniendo en cuenta si este genera o no una dependencia (consecuencia ética y médica negativa).

- En segundo lugar y en línea con lo anterior, debemos tener en cuenta que, en materia de salud pública, la seguridad es incuestionable. No obstante, la realidad nos demuestra que dicha seguridad ética y sanitaria no siempre está presente cuando hay actividades comerciales presentes. En EE. UU., la crisis de los opioides —iniciada por una industria farmacéutica, en un intento de mitigar el dolor sin generar adherencia al fármaco en sí— nos mostró que, si entran en juego factores económicos, la ética y la seguridad pueden cimentarse en unas bases endeble y poco sólidas; pudiendo resultar en una auténtica emergencia sanitaria.
- En tercer lugar, hemos mencionado la estigmatización del paciente como un posible tema ético no desdeñable. Antes de aprobar el consumo de un producto, debemos recordar que existe un ideario colectivo que juzga duramente en base a sus propias creencias. Utilizar un derivado del cannabis como alternativa terapéutica podría suponer un señalamiento del paciente por parte de su entorno. En este caso, debemos entender que cuando hablamos de inocuidad no solamente tenemos que abordarlo desde el punto de vista de la salud, sino desde el resto de las esferas de la vida de la persona (entendiendo su existencia como un todo, interdisciplinar y multifactorial). Utilizar la ética como eje se torna, cuando menos, esencial y preceptivo.
- En cuarto lugar, mencionábamos el riesgo que supone para una población más joven depositar el cuidado de su salud en un criterio de autocuidado propio. Situaciones previas con otros fármacos han demostrado que puede erigirse todo un mercado secundario y no legal en torno a medicamentos que generan dependencia y que acaban utilizándose más como una droga que como una ayuda farmacológica. Aunque su venta se ciña a toda una red de conexiones seguras entre profesionales, la historia nos demuestra que no siempre es fácil controlar las consecuencias de un uso abusivo. Asimismo, analizábamos las medidas preventivas de otros países en materia de autocuidado y

veíamos que se pasa por alto que no todo el mundo tiene la misma conciencia de salud, de enfermedad, de inofensivo o de dañino; puesto que no todo el mundo tiene el mismo acceso al conocimiento o a la información. ¿Es ético depositar la conciencia del autocuidado y la evasión del abuso en una persona no instruida en el tema? ¿La prevención ha de ser cosa del individuo o de sus sistemas de salud pública?

- Finalmente, concluíamos esta hipótesis analizando una realidad que es, a día de hoy, difícilmente cuestionable: los derivados del cannabis han demostrado atenuar ciertos dolores que no remiten ante otros fármacos. Por ello, concluimos que el debate debe cimentarse en establecer una acción preventiva integradora y clara en la que el uso e introducción de una nueva sustancia se aborde desde una perspectiva interdisciplinar, utilizando la ética como eje vertebrador e integrando la seguridad y la salud como elementos clave en el debate y en el análisis del riesgo-beneficio.

#### **EN LO RELATIVO AL CANNABIS COMO PRODUCTO COSMÉTICO**

En esta segunda hipótesis, existe un vacío considerable y una realidad preocupante, debido al crecimiento exponencial y descontrolado de la venta de los productos derivados del CBD. Cabe recordar que, obviamente, la presencia de THC en los mismos es ínfima, pero su reciente introducción al mercado no ha permitido ver si, verdaderamente, son inofensivos.

- En primer lugar, se ha producido un choque frontal entre lo que se considera cosmético y lo que se considera sanitario. Las tiendas que podemos observar ya en casi cualquier gran ciudad de España venden derivados del CBD con un fin aparentemente cosmético. Sin embargo, y si examinamos sus sitios web en busca de estos productos, podemos observar que ya existen cremas con fines sanitarios o curativos (para el dolor, para problemas cutáneos, articulaciones, etc.). ¿Es ético permitir el acceso a un producto «sanitario» que no ha pasado los mismos controles que un fármaco, cuando su fin último va a ser igualmente terapéutico?

- En segundo lugar, hemos visto que las plantas se venden como un producto técnico no apto para el consumo humano y así queda reflejado en la mayoría de las páginas de venta online. En cambio y como la legislación entre países oscila, vemos que muchas de las tiendas no dudan en aclarar que, aunque su venta para el consumo no esté permitida en España, serían completamente seguras si se consumieran. Volvemos a hacernos eco aquí de una serie de cuestiones obligadas: qué es lo realmente seguro, cómo entendemos la seguridad, quién determina dicha seguridad y si esta seguridad está mediada por el principio ético de no maleficencia.
- En tercer lugar y como consecuencia de que se ha atribuido la facultad de legislar sobre el tema a nivel nacional y no supranacional o internacional, cada país entiende este asunto desde la óptica de su propia moral, desde la moral de sus individuos (que responde, muchas veces, a su propia cultura, entorno o estilo de vida). Este punto clave hace que alcanzar un criterio fijo sea sumamente complejo y abre una puerta enorme al bajo control de productos, a la venta indiscriminada de derivados del CBD y a la no cohesión en materia de salud pública, que sí que tiene que ver bastante en este asunto.
- En cuarto lugar, debemos recordar que no se exige formación especializada a aquellos que se ponen al frente de estos establecimientos. Esto puede dar lugar a situaciones preocupantes, puesto que sí que se venden productos de uso tópico o terapéutico (aunque se camufle tras la ambigüedad de «terapia alternativa»). Ya hemos visto las repercusiones de este tipo de prácticas en otros productos de venta piramidal y no es desdeñable que vuelva a producirse con esta nueva tendencia.
- Finalmente, debemos tener en cuenta que el precio por gramo de cada uno de estos derivados es sumamente elevado. No se trata de productos baratos, pues están a la altura de los importes que manejan grandes casas cosméticas. Esto, sumado a la venta de plantas y otros productos para otros usos, podría traer consigo la aparición de un mercado negro o no del todo legal. La perpetuidad de estos puntos de venta debe permitirse únicamente si el control es minucioso y está a la altura del de

otros establecimientos que vendan productos sanitarios o cosméticos. El principio de no maleficencia debe regir la toma de decisiones éticas y, si examinamos con detenimiento cada uno de los puntos expuestos, no podemos aseverar que dicho principio tenga la presencia y fuerza requerida en esta segunda hipótesis.

### **EN LO RELATIVO AL CANNABIS COMO USO RECREATIVO**

Para terminar, cerraremos nuestras conclusiones con el debate —latente hoy entre los grupos parlamentarios— sobre si se debería o no legalizar el consumo de cannabis de uso recreativo en España. Antes de empezar, cabe recordar que nuestro país cuenta con una regulación que permite un consumo controlado (en cuanto a cantidades) y siempre en el ámbito privado. Lo que se pone sobre la mesa, por ende, es una regulación a mayor escala.

- En primer lugar, hemos tenido en cuenta una variable muy importante desde el punto de vista ético y es que el consumo del cannabis (recreativo) es nocivo para la salud. Esta premisa no es cuestionable, puesto que ha sido objetivamente demostrada (como en el caso del tabaco o del alcohol).
- En segundo lugar y en línea con lo anterior, muchos países barajan legalizar su uso recreativo porque impedir el mercado negro es imposible y legalizarlo ayuda no solo a controlar, sino también a recaudar. La ética o la seguridad podrían pasar a un segundo plano si al frente tenemos una variable económica de peso. Este planteamiento de muchos gobiernos (poco ético) no está exento de riesgos. Pensemos que aunque de este modo consigamos atenuar la venta ilegal y controlar que el producto legalizado es «seguro» en cuanto a composición y adulteración, seguiríamos sabiendo que es nocivo y que esto no tiene debate posible. Asimismo, la venta en las calles no se erradicaría, puesto que bastaría con que los comerciantes ilegales bajasen un poco los precios con respecto al cannabis legalizado.
- En tercer lugar, no podemos olvidar que se darían problemas sociales y sanitarios por adición no eludibles. La libertad individual del consumo —que reivindican muchos adeptos a su legalización— confrontaría directamente con unas políticas de prevención y de salud pública que ya

luchan hoy con las consecuencias de otros productos legalizados, pese a su peligrosidad.

- Finalmente, hemos puesto sobre la mesa cuatro principios éticos fundamentales para poder abordar mejor este último punto. En primer lugar, el principio de autonomía o de libertad individual. Es cierto que muchos ciudadanos reivindican que el consumo debería ser libre y que debemos tomar nuestras propias decisiones como individuos. Sin embargo y enlazando con los dos siguientes principios que mencionaremos, esto no puede confrontar con la libertad de sus coetáneos. En esa libertad, se encuentran también la justicia distributiva y el respeto a los demás. Según el principio de justicia distributiva, los recursos deberían ser repartidos de la forma más equitativa posible. Ser conscientes del daño que produce algo, legalizarlo abiertamente y cargar las consecuencias sobre los hombros del resto de la sociedad no sería fiel a este fundamento. Debemos recordar que la sanidad en España es, a día de hoy, una sanidad pública. Por otro lado, en lo que respecta al respeto a los demás, hemos visto que ya hay sustancias adictivas legalizadas (como el alcohol) que nos han demostrado que no solo causan desafíos sanitarios, sino también sociales. El cannabis es una sustancia psicotrópica depresora del sistema nervioso y no deben infravalorarse las consecuencias comunitarias de su consumo normalizado. Para terminar, encontramos el principio de veracidad. Éticamente, debemos entender este principio como el acceso a un conocimiento objetivo y veraz en cuanto a un tema. En el caso del cannabis, el principio de veracidad encuentra un claro enemigo: el componente adictivo. Ya hemos visto que aun recibiendo toda la información negativa que pueda girar en torno a un tema, es difícil ser objetivo cuando hay de fondo una posible adicción.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

AEMPS. (2021). *Informe de posicionamiento terapéutico de cannabidiol (epidyolex®) en el tratamiento coadyuvante del síndrome de lennox-gastaut y síndrome de dravet*. [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2021/IPT\\_43-2021-cannabidiol.pdf?x67032](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2021/IPT_43-2021-cannabidiol.pdf?x67032)

- Appiani, J. F. y Duarte, J. M. (2020). Cannabis medicinal: Riesgos relacionados con la indicación previa a su aprobación. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 118(1), 64-67. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n1a15.pdf>
- Arana, X. (2015). *La regulación del cannabis en Europa: Informe sobre España*. [https://www.tni.org/files/publication-downloads/spain\\_spanish.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/spain_spanish.pdf)
- Blickman, T. (et al.). (2019). *Cannabis en la ciudad: Avances en la regulación local del cannabis en europa*. [https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-combinedreport\\_sp\\_web.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-combinedreport_sp_web.pdf)
- Brotos Albert, H. (2017). Principio de proporcionalidad, derechos fundamentales y atipicidad de los CSC. En David Pérez Martínez Oró (Ed.). *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (pp.464-478). Bellaterra.
- Convención única de 1961 sobre estupefacientes. 25 de marzo de 1961. [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)
- EMCDDA. (2018). *Uso médico del cannabis y los cannabinoides*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584\\_TD0618186ESN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ESN_PDF.pdf)
- Espinosa-Jovel, C. (2020). Cannabinoides en epilepsia: eficacia clínica y aspectos farmacológicos. *Neurología*, 1-7. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485320300402>
- Fernández Matellano, L. (2022). *Cannabis: Situación en España*. Departamento de Inspección y Control de Medicamentos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2022/Agora9/20220331\\_Agora9\\_Fernandez\\_Matellano\\_L\\_AEMPS\\_Ponencia.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2022/Agora9/20220331_Agora9_Fernandez_Matellano_L_AEMPS_Ponencia.pdf)
- Häuser, W. (et al.). (2018). *Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults: cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494210/pdf/CD012182.pdf>
- Hegde, V. L. (et al.). (2010). Cannabinoid receptor activation leads to massive mobilization of myeloid-derived suppressor cells with potent immunosuppressive properties. *European Journal of Immunology*, 40(12), 3358-3371. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eji.201040667>
- Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias. (2016). [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-4170](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-4170)

- Ley 13/2017, de 6 de julio, de las asociaciones de consumidores de cannabis. (2017). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-9367-consolidado.pdf>
- Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las naciones unidas. (1967). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1967-5592>
- Ley foral 24/2014, de 2 de diciembre, reguladora de los colectivos de usuarios de cannabis en navarra. (2014). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-13626-consolidado.pdf>
- Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal. (1995). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444&p=20220413&tn=1#a368>
- Ley orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. (2015). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-3442>
- Lima, L. (2019). Los Sackler, la reservada familia de multimillonarios a la que señalan de beneficiarse con la crisis de opioides en estados unidos. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-41744306>
- Limón-Pérez de León, I. L. (et al.). (2009). La marihuana y el sistema endocanabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica. *Revista biomédica*, 20(2), 128-153. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6055661>
- Martínez Martínez, K. I. (2017). Bioética y salud pública en la regularización de la marihuana. *Investigación y ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (71), 104-106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=7163173>
- Orden INT/28/2013, de 18 de enero, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos de la dirección general de la policía. (2013). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-662&p=20190523&tn=6>
- Naciones Unidas. *La declaración universal de derechos humanos*. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Recuperado el día 20 de julio de 2022 de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- NASEM. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC.: National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK423845/>

- NIH. (2022). *More FAQs about opioids*. National Institute on Drugs Abuse: Advancing addiction Science. Recuperado el día 15 de mayo de 2022 de <https://nida.nih.gov/publications/opioid-facts-teens/more-faqs-about-opioids>
- NIH. (2013). *Abuso de la marihuana, ¿Cómo afecta la marihuana al cerebro y al resto del cuerpo?* National Institute on Drugs Abuse: Advancing addiction Science. <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/abuso-de-la-marihuana/como-afecta-la-marihuana-al-cerebro-y-al-resto-del-cuerpo>
- Pettinato, M. (2018). Cannabis medicinal: Una guía para enfermeras. *Nursing2018*, 35(2), 34-39. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538218300396>
- Reglamento (ce) n.º 1223/2009 del Parlamento europeo y del Consejo, de 30 de noviembre de 2009, sobre los productos cosméticos. (2009). <https://www.boe.es/doue/2009/342/I00059-00209.pdf>
- Rivera-Olmos, V. M. y Parra-Bernal, M. C. (2016). Cannabis: Effects in the Central Nervous System Therapeutic, societal and legal consequences. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 626-634. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428345>
- Sagredo, O. (2011). Efectos farmacológicos y fisiológicos del consumo de cannabis. *Trastornos adictivos*, 13(3), 94-96. <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1575097311700204>
- Turcotte, C. (et al.). (2016). Impact of cannabis, cannabinoids, and endocannabinoids in the lungs. *Frontiers in Pharmacology*, 15(7), 317. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27695418/>
- Wang, T. (et al.). (2008). Adverse effects of medical cannabinoids: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(13), 1669-1678. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413308/>
- Whiting, P. F. (et al.). (2015). Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 313(24), 2456-2473. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2338251>