

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales



## **Acceso y desafíos en la legalización del cannabis medicinal en Latinoamérica: un análisis de Uruguay, Argentina y Colombia**

Tesina de grado: Licenciatura en Ciencia Política

Autora: Violeta Santamaría

Legajo: S-2365/5

Mail: [viole.santamaria01@gmail.com](mailto:viole.santamaria01@gmail.com)

Director: Lic. Marco Gaiero

Diciembre, 2024

## **Resumen**

Este escrito es el resultado de la investigación realizada en el marco del trabajo final de grado de la Licenciatura en Ciencia Política. El objetivo del mismo es analizar el acceso al cannabis medicinal en tres países: Uruguay, Argentina y Colombia, destacando las diferencias en sus enfoques regulatorios. Se plantea como supuesto la existencia de una distorsión entre los mecanismos de acceso al cannabis medicinal establecidos en las regulaciones de cada uno de los países y las condiciones en que los usuarios efectivamente acceden al mismo. A tales fines, en un primer momento, se presenta el marco teórico que fundamenta la investigación, explicando los conceptos clave para abordar el problema. Luego, se analiza el proceso regulatorio de cada país seleccionado, reconstruyendo el contexto histórico, la demanda, los actores involucrados y las normativas sancionadas sobre el acceso al cannabis medicinal. Posteriormente, se examinan las limitaciones de las normativas en cada caso, identificando las dificultades para garantizar el acceso real al cannabis medicinal. Por último, se presentan las conclusiones y reflexiones finales, abordando tanto los aspectos específicos de cada caso como las cuestiones comunes entre ellos. La metodología utilizada es de carácter cualitativa y se recuperan fuentes de información primaria (leyes, decretos y resoluciones) y secundarias (artículos académicos y diarios de alcance nacional e internacional).

**Palabras clave:** cannabis medicinal, regulación, acceso, prohibicionismo, derecho a la salud.

## **Agradecimientos**

*A mi familia por la incondicionalidad.*

*A mis amigos, los viejos y los que hice a lo largo de estos años, por la compañía y el cariño de siempre.*

*A mi director de tesis, Marco, por la predisposición y el compromiso.*

*A la universidad pública por ser fuente infinita de oportunidades.*

*A la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales por abrirme a una nueva forma de comprender la vida.*

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>Estructura de la tesina.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I. Notas conceptuales sobre el régimen prohibicionista, el cannabis medicinal, su regulación y mecanismos de acceso.....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo II. Los marcos regulatorios: contextos de surgimiento, formulación de las demandas y construcción de condiciones legales de acceso.....</b>	<b>21</b>
Uruguay.....	21
Argentina.....	26
Colombia.....	32
<b>Capítulo III. El acceso real al cannabis medicinal: limitaciones y desafíos.....</b>	<b>37</b>
Uruguay.....	37
Argentina.....	42
Colombia.....	47
<b>Capítulo IV. Conclusiones.....</b>	<b>53</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>59</b>

## **Introducción**

Actualmente, Latinoamérica atraviesa un contexto general de difusión de las políticas de legalización del consumo de cannabis medicinal. Es por esta razón que es especialmente relevante estudiar las dificultades que encuentran estas políticas al momento de garantizar el acceso por parte de los usuarios, en un escenario regional signado por los problemas derivados del prohibicionismo y el narcotráfico. En consecuencia, es pertinente abordar este fenómeno desde la perspectiva de reducción de daños y el enfoque de los derechos humanos, a partir de las herramientas metodológicas que aporta la Ciencia Política con el fin de indagar sobre las condiciones de acceso a este tipo de productos en Latinoamérica.

El surgimiento de aquella perspectiva, como alternativa, se vincula con las consecuencias negativas, la erosión y la pérdida de legitimidad del prohibicionismo implementado desde el siglo pasado. Se considera que las políticas de drogas punitivistas han ocasionado mayores daños sociales e individuales que el propio consumo de drogas, por lo que surge cada vez más, en diferentes sectores, la necesidad de abandonar al fallido prohibicionismo y apostar por la seguridad y la salud de los usuarios. De allí la necesidad de abordar la problemática de drogas de un modo más humano y respetuoso de los derechos humanos, poniendo el foco en la demanda, no mediante el castigo, sino en el intento de mejorar las condiciones de vida de los sujetos, impulsando la prevención y el tratamiento.

En el presente trabajo se pretende profundizar una investigación precedente que se desarrolló en el contexto de la Práctica Pre-Profesional de la Licenciatura en Ciencia Política, la cual permitió un primer acercamiento a la problemática<sup>1</sup>. Es a partir de ello que se reconoce como relevante analizar cómo las regulaciones existentes en torno al consumo regulado de cannabis medicinal influyen en las condiciones en que efectivamente acceden al mismo los usuarios. De este modo, se pretende contribuir a un proceso de aprendizaje que permita un mayor y mejor acceso a la salud, la mejora en la calidad de vida y el respeto de

---

<sup>1</sup>La Práctica Pre-Profesional fue realizada en 2023 y la institución solicitante fue Miradas para una Nueva Política de Drogas. A partir de la presentación de una demanda por parte de la institución, se definió como objetivo realizar un análisis comparado de la legislación referida a la utilización de cannabis medicinal en Argentina, respecto de determinados países considerados relevantes en la materia: Uruguay, Colombia y México. No obstante, se buscó enfatizar en el impacto que dichas legislaciones tuvieron en la realidad de los usuarios, desde su sanción hasta finales del año 2023. En este sentido, se hizo hincapié en las condiciones reales de acceso por parte de los usuarios. A tales fines, se definieron un conjunto de variables a considerar para el estudio de cada uno de estos casos.

los derechos de los usuarios, a partir del reconocimiento de las dificultades y la corrección de errores en la implementación de este tipo de marcos regulatorios por parte de los Estados.

En este sentido, la Ciencia Política ofrece herramientas clave para analizar los procesos políticos y las estrategias regulatorias adoptadas por cada país, según sus particularidades sociales, políticas, económicas y culturales. Esto, mediante el reconocimiento de las dinámicas de poder y la observación de los diversos actores involucrados. Así, se busca comprender cómo las distintas perspectivas sobre la problemática -en este caso: el acceso a sustancias históricamente consideradas ilícitas- inciden en áreas como la salud, la justicia social, la seguridad y el desarrollo económico en cada caso.

Por su parte, los casos seleccionados para el análisis -esto es: Uruguay, Argentina y Colombia- fueron elegidos teniendo como criterio de selección las características que distinguen la realidad latinoamericana de lo que acontece en otras latitudes, entendiendo que el escenario social y político regional es central para comprender la coyuntura en que tiene lugar la formulación e implementación de políticas públicas de este tipo. Comprendiendo que aquel está signado, principalmente, por los altos niveles de violencia vinculados a la producción y tráfico ilegal de drogas. A diferencia de los países centrales que presentan como característica el consumo de drogas, América Latina presenta un complejo panorama regional, en donde “el consumo y el tráfico de drogas y la criminalidad se han convertido en elementos claves para descifrar la vida cotidiana” (Dammert, 2009, p.119).

Asimismo, la selección de los casos se vincula con las particularidades que hacen a cada uno de ellos. El caso uruguayo fue elegido teniendo en cuenta que es un caso paradigmático a nivel global, tras constituirse en el primer país del mundo en legalizar el consumo de marihuana con fines de consumo adulto y, posteriormente, legalizar el consumo con fines medicinales. Del mismo modo, el caso argentino propone en sus normativas un abordaje orientado al acceso a la salud de los usuarios, en busca de garantizar el mismo de diversos modos contemplados en la legislación. Esto nos permite contrastar con otro caso, como el colombiano, que propone una concepción diferente, no orientada al acceso a la salud, sino que entiende a la legalización del cannabis medicinal como una oportunidad de negocios internacionales, con una mirada claramente mercantilista. Tal heterogeneidad existente entre los países seleccionados nos permite conocer las diferentes vías en que se logró la

regulación, para comprender el fenómeno desde las distintas formas en que los Estados buscaron dar respuesta a la demanda y cómo esto se refleja en la realidad de los usuarios.

A partir de lo desarrollado, se plantean los siguientes interrogantes: ¿En qué contexto surgieron los marcos regulatorios de cannabis medicinal en Uruguay, Argentina y Colombia? ¿Cuáles son las condiciones de acceso que establecen las normativas? ¿Qué requisitos establecen para los productores y para los usuarios? ¿Cómo acceden los usuarios al cannabis medicinal en Uruguay, Argentina y Colombia? ¿Qué limitaciones presentan dichas normativas para el acceso real de los usuarios de cannabis medicinal? ¿Cuáles son las características de los productos a los que tienen acceso los usuarios? ¿Con qué tipo de formación cuentan los profesionales de la salud respecto del cannabis medicinal?

De esta manera, esta investigación se propone analizar el acceso al cannabis medicinal en Uruguay, Argentina y Colombia. Para ello se busca determinar el contexto de surgimiento de los marcos regulatorios de cannabis medicinal en cada uno de los casos. Asimismo, se pretende analizar las condiciones de acceso establecidas en estas normativas y abordar las limitaciones que estas presentan para el acceso real al cannabis medicinal por parte de los usuarios.

A estos fines se procede a la recopilación y el análisis de la bibliografía respecto al acceso al cannabis medicinal. En este sentido, se pueden mencionar distintos abordajes sobre este fenómeno, por lo que la bibliografía disponible puede ser organizada en torno a cuatro ejes ordenadores. En primera instancia, se encuentran aquellos trabajos que buscan comprender los procesos subyacentes al cambio de legislación respecto al uso del cannabis medicinal, desde una perspectiva de las ciencias sociales. En segundo lugar, se hallan aquellas investigaciones que comprenden el fenómeno de un modo mercantilista, orientado a la obtención de un rédito económico. En tercer lugar, se deben mencionar aquellos análisis que buscan comprender la cuestión desde la perspectiva del acceso a la salud y los derechos humanos. Por último, se ubican las investigaciones que abordan los problemas derivados del prohibicionismo y las posibilidades de implementar enfoques alternativos como el de la reducción de daños.

Con respecto al primer punto, es importante mencionar aquella bibliografía orientada a analizar los diversos procesos políticos, sociales, económicos, legislativos y judiciales que

derivaron en la regulación del uso del cannabis medicinal y/o terapéutico a nivel global -especialmente concentrado en casos europeos, americanos y/o asiáticos- (Aguilar, Gutierrez, Sánchez y Nougier, 2018; López y Gómez Roca, 2021) y regional (Corda, Cortéz y Piñol Arriagada, 2019; Labiano, 2020). Algunos, aún más específicos, estudian particularmente los procesos desarrollados en Uruguay (Garat, 2017; Hudak, 2018; Zeballos, 2020; Álvarez, Queirolo y Sotto, 2021; Lasso, 2022), Argentina (Labiano, 2018, Díaz, 2019; Díaz, Aguilar y Romero, 2021; Del Valle, 2022; Baca Paunero, 2023) y Colombia (Rivera, 2019; Hurtado Pardo, 2020; García Carvajal y Villa Arévalo, 2023). Entre ellos, la teorización desarrollada por Aguilar et al. (2018) indica que el proceso desarrollado en cada uno de los países tiene sus particularidades. A partir de ello, los autores reconocen una serie de mecanismos que han asegurado el acceso al cannabis medicinal de diversos modos, como los que regulan el otorgamiento de autorizaciones individuales excepcionales, otros en que el Estado controla la oferta o la demanda y aquellos en los que se adhiere al sistema regulatorio general de los medicamentos. Por su parte, Labiano (2020) plantea que en Latinoamérica tuvo lugar un proceso de difusión internacional de políticas públicas respecto del cannabis medicinal, el cual se desarrolló entre 2015 y 2017. Además, demuestra que el mecanismo que lo posibilitó está tipificado como imitación o difusión normativa.

En segundo lugar, se consideran múltiples investigaciones que analizan las ventajas de la legalización del cannabis medicinal desde el punto de vista mercantilista. Estas orientan el análisis de los casos respecto de las posibilidades que tienen los países latinoamericanos de insertarse en un mercado mundial, a partir del desarrollo de la industria del cannabis para la exportación (López y Gómez Roca, 2021). Entre ellos se destacan principalmente los estudios del caso colombiano, debido a que la legislación se encuentra orientada esencialmente hacia el desarrollo industrial, en detrimento del acceso a la salud (Vélez, 2017; Ramírez, 2019; Cárdenas, 2021; Agudelo, Tirado y Jiménez, 2023).

En tercer lugar, existen trabajos que cuestionan el modelo prohibicionista y proponen un enfoque de acceso a la salud y los derechos humanos (Garzón y Pol, 2015; Corda, Cortéz y Piñol Arriagada, 2019; Lynch, 2020; Lasso, 2022). En este aspecto, se destaca el trabajo de Lasso (2022), quien sostiene que, bajo el modelo prohibicionista, los usuarios de drogas son víctimas de limitaciones en el acceso a la salud. El autor también reconoce la existencia de un discurso estigmatizante que invisibiliza las necesidades de los usuarios de drogas. A partir

de que dicho modelo prohibicionista no tiene como eje central la garantía de los derechos humanos de las personas usuarias y no centra su atención en ellas, sino en la sustancia. A este discurso, contraponen la perspectiva política reguladora del cannabis. La misma entiende a la salud de un modo integral, considerando los aspectos físicos y mentales, y se garantiza el acceso a productos de calidad por parte de los usuarios, mediante la sanción de un marco regulatorio.

Por último, se encuentran una serie de trabajos que analizan el Régimen Internacional de Control de Drogas o Drogas Ilícitas (Sánchez Avilés, 2014; Tokatlian, 2019). Estos autores discuten los resultados y/o consecuencias del régimen prohibicionista imperante, a la vez que introducen el enfoque de reducción de daños, basado en el respeto a los derechos humanos (Inchaurraga, 1999; Menéndez, 2012; Bergman, 2016). Todos ellos coinciden en el reconocimiento del fracaso del prohibicionismo y, esencialmente, de su versión más rígida conocida como “guerra contra las drogas”, al tiempo que contemplan la reducción de daños como posible alternativa. Algunos autores realizan un abordaje general del asunto (Romani 2008; Menéndez, 2012), en tanto otros se concentran en la región latinoamericana (Díaz, 2023). La mayoría de ellos consideran a América Latina como un sujeto pasivo que fue blanco de políticas prohibicionistas impuestas desde Estados Unidos. Sin embargo, existe un conjunto de trabajos que cuestionan esta posición y reconocen a la región como un agente central en la formulación del prohibicionismo y los debates sobre drogas (Tokatlian, 2019; Beckmann, 2021). Otros autores, como Inchaurraga (1999), condensan los lineamientos generales del modelo de reducción de daños, aceptando el consumo de drogas como un hecho y respetando los derechos y la dignidad de los usuarios.

De aquí que el presente trabajo propone como supuesto<sup>2</sup> de investigación que existe una distorsión entre los mecanismos de acceso al cannabis medicinal establecidos en las regulaciones de cada uno de los países y las condiciones en que los usuarios efectivamente acceden al mismo. Esta distorsión se vincula con la existencia de una ambigüedad normativa en los ordenamientos jurídicos nacionales ya que, a pesar de la existencia de legislaciones que regulan el acceso al cannabis medicinal, aún se encuentra vigente un marco normativo

---

<sup>2</sup>Se enuncia un supuesto ya que no es posible formular aún una respuesta clara, con un nivel de articulación tal, que permita plantear una hipótesis acerca del fenómeno bajo estudio (Piovani, 2007).

de carácter prohibicionista y punitivista. Tal situación deriva en altos niveles de exigencias para productores, procesos burocráticos muy lentos y costosos, elevados costos de producción, falta de formación profesional y escasa variedad de productos disponibles que dificultan el acceso por parte de los usuarios.

Es entonces que, entendiendo que la metodología es “el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” (Taylor y Bodgan, 1987, p.15), el criterio metodológico que se utiliza en esta investigación es de carácter cualitativo. La elección del mismo se debe a que el objetivo de la presente es realizar un análisis de lo particular y lo concreto de la problemática planteada, focalizando en los aspectos micro y desarrollando una descripción de la situación que enfatiza en los significados intersubjetivos de la acción social (Forni, s/f). Entre las principales bases epistemológicas de la metodología cualitativa se encuentra la fenomenología, que pretende comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor, sometiendo las palabras y conductas de las personas a investigación (Taylor y Bodgan, 1987). De esta manera, se pretende alcanzar una comprensión holística y profunda de los escenarios que son objeto de análisis; permitiendo conocer la realidad del modo en que es percibida e interpretada por los usuarios de cannabis medicinal en cada caso seleccionado.

Para ello, se realiza un relevamiento, análisis y sistematización de datos e información de cada uno de los casos, mediante la utilización de técnicas de observación de datos y documentos. A esos fines, se procede a la triangulación de datos, utilizando diversas y variadas fuentes de información sobre cada uno de los casos sujetos a análisis, permitiendo alcanzar diferentes dimensiones de la dinámica social y obteniendo información más profunda y diversificada (Cea D’Ancona, 2001). Para esto se recurre a fuentes de información primaria, así como también a fuentes de información secundaria.

Los datos se analizan a la luz del conjunto de categorías y aportes de carácter teórico que han sido recuperados previamente y que guían la investigación, tales como régimen internacional de drogas ilícitas, el enfoque de reducción de daños, cannabis medicinal, los modos en que se han conformado las demandas y los mecanismos de acceso al Cannabis. De tal modo que se conjuga la teoría con la descripción propia de cada uno de los casos para iluminar sus rasgos y facilitar el abordaje y la comprensión de los mismos (Taylor y Bodgan,

1987). Dando lugar al análisis de los datos e información mediante un proceso dinámico, flexible y creativo.

En el caso de las fuentes primarias, se recurre al rastreo y análisis de las normativas de cada uno de los países -tales como leyes, decretos del poder ejecutivo y reglamentos-, en los que han sido delineados los mecanismos legales de acceso al cannabis medicinal, en cada uno de los casos. Sin embargo, ante la dificultad para acceder a documentos o instancias de evaluación gubernamentales sobre este tipo de políticas, para conocer las condiciones de acceso de los usuarios y poder realizar un análisis de cómo funcionan en la realidad, se procede a la recopilación y análisis de fuentes de información secundaria.

Entre las últimas, se encuentran particularmente artículos periodísticos de cada uno de los países analizados donde se reportan avances y/u obstáculos con respecto a la aplicación de las normativas, publicados en medios con alcance internacional, nacional o local tales como: *El País, La Nación, Página 12, AmericaRetail, El Observador, Clarín, LexLatin, Bloomberg Línea, Ámbito, Infobae y elDiario.Ar*. También se utilizan artículos académicos donde son estudiados los casos desde diversas áreas involucradas, es decir, no solo desde la política, sino también desde la salud, la seguridad pública, la economía o, incluso, los derechos humanos.

## **Estructura de la tesina**

La presente tesina se encuentra organizada en cuatro capítulos. En el primero de ellos se recupera el contenido teórico que da sustento a la investigación, mediante la reconstrucción de conceptos centrales para el abordaje de la cuestión problemática.

El segundo capítulo tiene como fin analizar el proceso regulatorio que tuvo lugar en cada uno de los casos seleccionados. Para esto se propone la reconstrucción del contexto en que han surgido las normativas en cada caso, puntualizando en los antecedentes históricos, el modo en que se conformó la demanda, la problematización de la cuestión y los principales actores involucrados. Luego, se da cuenta de las distintas instancias del proceso regulatorio, el tipo de normativas que obtuvieron sanción y cuáles son los mecanismos que establecen dichas normativas para el acceso al cannabis medicinal. Para ello, este capítulo está dividido en tres secciones, cada una de ellas responde a cada uno de los casos.

En el tercero se busca dar cuenta de las limitaciones que presentan dichas normativas para el acceso real por parte de los usuarios al cannabis medicinal en cada uno de ellos. Se entiende que cada uno de los casos en su particularidad experimenta diversas dificultades para garantizar el acceso, las cuales son relativas al espíritu mismo de las normativas sancionadas, como así también al contexto social, político, económico y cultural de cada uno de los países. Es por esto que se pretende responder a la pregunta acerca de cuáles son las dificultades para garantizar el acceso que atañen a cada uno de los casos según sus propias particularidades

Por último, el cuarto capítulo se orienta a expresar algunas conclusiones y reflexiones acerca de cada uno de los casos en particular y aquellas cuestiones que tienen en común.

## **Capítulo I. Notas conceptuales sobre el régimen prohibicionista, el cannabis medicinal, su regulación y mecanismos de acceso**

Considerando los objetivos del presente proyecto de investigación, se recuperan una serie de aportes de carácter teórico que permitirán abordar el problema del acceso al cannabis medicinal en los casos seleccionados. Para comprender este fenómeno es necesario reconstruir un conjunto de categorías en torno al Régimen Internacional de Drogas Ilícitas, el enfoque de reducción de daños, el cannabis y sus diferentes usos, los modos de conformación de las demandas en favor de su regulación y los mecanismos de acceso al cannabis medicinal.

En primer lugar, el denominado Régimen Internacional de Drogas Ilícitas (en adelante referido como RIDI) (Tokatlian, 2017) o Régimen Internacional de Control de Drogas (RICD) (Sánchez Avilés, 2014), aunque aún vigente, es blanco de cuestionamientos cada vez mayores. El mismo se constituyó desde comienzos del siglo XX -en un intento de controlar el consumo del opio- y se consolidó a mediados de siglo con la firma de tres tratados internacionales impulsados por la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas (ONU), tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial<sup>3</sup>. Mediante los mismos se fue consolidando el enfoque de control y regulación de los usos lícitos e ilícitos de sustancias, junto con la dimensión punitiva del Régimen (Sánchez Avilés, 2014).

Por consiguiente, aquellos tratados, mediante el establecimiento de criterios homogéneos para el tratamiento de la problemática de las drogas, tuvieron como fin “institucionalizar una política represiva y prohibicionista” (Carvajal Lasso, 2022, p.119). En este sentido, limitaron la producción, el consumo y el comercio de estupefacientes a fines médicos y científicos, e instauraron la absoluta ilegalidad de su uso con cualquier otra finalidad. Junto con los tratados, se constituyó un conjunto de órganos de control en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los cuales se encargan de la fiscalización y la supervisión del

---

<sup>3</sup>Al respecto ver: Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972) (recuperado de [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)); el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (recuperado de [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf)); y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (recuperado de [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf)).

cumplimiento de las obligaciones por parte de los Estados signatarios (Sánchez Avilés, 2014)<sup>4</sup>.

Este régimen de carácter prohibicionista es comprendido como “la búsqueda de la abstinencia y de una sociedad libre de sustancias ilegales” (Tokatlian, 2017, p.15) Esto “implicaría suprimir el cultivo, la producción, el procesamiento, el tráfico, la distribución, la comercialización y el uso de un conjunto específico de sustancias psicoactivas” (Tokatlian, 2017, p. 15), entre las que se incluye al Cannabis.

Es importante tener en consideración, sin embargo, que “la inclusión y clasificación de las diversas plantas y sus productos derivados en las listas de control no siempre se realizó en base a estudios científicos sino partiendo de la creencia de que todos los estupefacientes eran igualmente peligrosos” (Sánchez Avilés, 2014, p.156). En otras palabras, la inclusión de ciertos elementos en las listas de sustancias peligrosas que componen los tratados que conforman el RIDI, en muchos casos, no respondió a la construcción de evidencia científica que demostrara su peligrosidad, sino a prejuicios culturales y morales respecto del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los países industrializados de occidente (Sánchez Avilés, 2014).

Paulatinamente, el RIDI fue enfatizando los esfuerzos en la eliminación del tráfico ilícito de drogas, acentuando las medidas de represión y la aplicación de la ley, obligando a los Estados Parte a modificar su derecho penal interno y a cooperar con otros Estados para los abordar delitos relacionados con el tráfico ilícito de sustancias controladas (Sánchez Avilés, 2014). De esta forma, el Régimen fue acentuando cada vez más su carácter punitivo. Así surgió la versión más rígida del RIDI, la llamada “guerra contra las drogas”, impulsada por Estados Unidos y exportada a naciones más débiles o subordinadas (Tokatlian, 2017). Tokatlian (2017) señala que la misma gravitaba bajo la idea de “seguridad nacional”, por lo que se necesitaban Estados fuertes y represivos cuyo objetivo punitivo era hacer cumplir las leyes, asegurando castigos severos a los enemigos (traficantes, consumidores y adictos), esencialmente mediante del uso y despliegue de las fuerzas policiales y militares.

---

<sup>4</sup>Dichos órganos de control son la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Comisión de Estupefacientes (CNE) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

De esa manera, el régimen se concentró, especialmente, en el control de la oferta y privilegió “el uso del derecho penal como respuesta, con la aplicación de sanciones desproporcionadas y el aumento progresivo de las penas” (Benitez, 2005, p.4). No obstante, tanto Tokatlian (2017) como Beckmann (2021) sostienen que, en el caso de los Estados americanos, la tendencia a la criminalización relativa a las drogas no respondió solo a presiones externas, sino también a motivaciones del ámbito doméstico.

A nivel global, el RIDI ha tenido escasos resultados respecto del cumplimiento de sus objetivos, ya que no solo no redujo la producción y el consumo, sino que tampoco logró reducir el crimen organizado (Menéndez, 2012). Es por ello que ha perdido legitimidad, recibiendo cada vez mayores objeciones y resistencias. Además, tampoco logró contener, prevenir y erradicar la producción y el consumo, y su implementación contribuyó a aumentar los niveles de violencia y corrupción (Beckmann, 2021). Al mismo tiempo, su puesta en marcha derivó en severas violaciones a los derechos humanos por parte de los Estados y las organizaciones criminales, según afirmó la Organización de las Naciones Unidas en un Informe publicado en 2015 (Garzón y Pol, 2015). Así, “las políticas más vehementes no sólo no han logrado resolver el problema de las drogas, sino que han agravado las desigualdades sociales y políticas existentes” (Tokatlian, 2017, p.26), ya que este tipo de medidas han afectado especialmente a los sectores sociales más pobres, no sólo respecto de las prácticas coercitivas y persecutorias, sino también en lo referido a lo delictivo, la salud, la morbilidad y la mortalidad (Menéndez, 2012; Tokatlian 2017). Esto se debe a que la prohibición ha derivado en la marginación y estigmatización de los usuarios de drogas, invisibilizando las necesidades de atención médica que los mismos requieren (Lasso, 2023).

En palabras de Tokatlian (2017), el reconocimiento del fracaso de la guerra contra las drogas ha abierto una *ventana de oportunidad* para repensar el paradigma prohibicionista y contemplar alternativas. El autor reconoce la existencia de una tendencia a modificar el paradigma imperante y “ensayar esquemas distintos que resulten más humanos, razonables y también más efectivos” (Tokatlian, 2017, p.41). Desde hace décadas, han comenzado a erigirse otras perspectivas e, incluso, otras alternativas regulatorias.

Es así que, en segunda instancia, recuperamos el enfoque de reducción de daños, surgido en la década del 80. El mismo no discute cuestiones vinculadas a la legalidad o a la prohibición,

sino que sostiene que las políticas de drogas de tipo punitivista y/o abstencionista han generado mayores problemas sociales, económicos y de salud que el propio consumo de drogas (Inchaurraga, 1999; Bergman, 2016). Es por eso que autores como Bergman (2016) plantean la necesidad de cambiar el enfoque, abandonando el fallido prohibicionismo, para canalizar los esfuerzos, recursos y capacidades burocráticas hacia la reducción de daños.

Desde dicha perspectiva se propone una mirada más humana, que incorpora la óptica de los usuarios, reconociéndolos como interlocutores válidos en la discusión, y constituyéndose como una “estrategia que pretende dotar a los individuos de cierto control sobre sus propias vidas” (Romani, 2008, p.312). De esta manera, se pretende dejar atrás un enfoque centrado en la producción, para focalizar en en el control de los daños producidos por los estupefacientes.

A los fines del presente trabajo, se recupera la concepción de reducción de daños desarrollada por Inchaurraga (1999), quien sostiene que dicha perspectiva tiene como fin reducir las consecuencias negativas derivadas del uso de drogas. De esta forma, la centralizada no recae en el consumo de drogas o en la abstinencia, sino en los daños relacionados con las drogas, garantizando el acceso de todos a la información, la prevención y el tratamiento, buscando evitar los costos sociales y subjetivos que acarrea la penalización: estigmatización, persecución, encierro, enfermedad y muerte (Inchaurraga, 1999; Menéndez, 2012; Bergman, 2016). Es por ello que:

La reducción de daños puede ser vista como un objetivo -la reducción de múltiples daños asociados con el uso de drogas- y como una estrategia -un abordaje específico que hace hincapié en las consecuencias negativas del uso de drogas más que en el nivel de uso. (Inchaurraga, 1999, p.24)

Según la autora, además de ser un abordaje que respeta la dignidad y los derechos de los usuarios de drogas, este se caracteriza por su pragmatismo, puesto que considera poco factible la posibilidad de eliminar por completo el consumo de drogas. Abandona los discursos moralistas y entiende como un hecho inevitable el uso de algunas sustancias psicoactivas, a la vez que comprende que “aunque se corren riesgos, el uso de drogas también provee al usuario de beneficios que deben tomarse en cuenta si se quiere entender

la conducta de usar drogas” (Inchaurreaga, 1999, p.22). Al mismo tiempo, este enfoque busca:

(...) impulsar la articulación entre el conjunto de actores sociales que se organizan en torno a cuestionar las políticas prohibicionistas, en la defensa de los derechos de los consumidores y, en particular, en la aplicación de acciones para reducir daños y riesgos. (Menéndez, 2012, p.16)

Considera que existen una multiplicidad de abordajes o estrategias posibles para abordar la problemática de las drogas. Es por ello que la abstinencia no es la única respuesta posible, debido a que en muchos casos puede ser adecuada la disminución del consumo o la modificación de la forma de uso (Inchaurreaga, 1999). Por este motivo, el presente enfoque no se focaliza en la disminución del consumo en sí mismo, sino en las múltiples y diversas consecuencias negativas que el mismo produce en la salud, lo social y lo económico tanto a nivel individual, como colectivo. De este modo, el abordaje busca “impulsar la construcción y/o reconstitución de redes sociales de protección, de sostén, de ayuda mutua entre los usuarios” (Menéndez, 2012, p.15).

En este sentido, desde la reducción de daños, se propone abordar la problemática de drogas de un modo más humano, dejando de lado el paradigma estrictamente punitivista de las políticas previas, considerando que el mismo produce mayores daños sociales e individuales que el propio consumo de drogas. Desde este punto de vista, es comprendido como un problema de salud pública, que pone el foco en la demanda, no mediante el castigo, sino a partir de la mejora de las condiciones de vida de los sujetos, apostando por la prevención y el tratamiento. Es por ello que busca evitar, reducir e, incluso, eliminar la persecución y penalización de los consumidores (Menéndez, 2012).

De aquí que tal perspectiva se vincula con el enfoque de los Derechos. El mismo se basa en los principios de interdependencia e integralidad de los derechos humanos y entiende que los individuos y grupos sociales excluidos de determinados bienes y/o servicios son titulares de derechos que obligan al Estado, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud (Benitez, 2007; Nierenberg, 2013). A partir de esto se considera que el punto de partida para el diseño de políticas públicas son los sujetos con derecho a demandar determinadas

prestaciones y conductas, impuestas a los Estados por los tratados internacionales de Derechos Humanos.

A pesar de que el RIDI ha experimentado pocas modificaciones desde su implementación, debido a un conjunto de obstáculos de tipo jurídico, ideológico y político, los Estados han contado con ciertos márgenes de maniobra respecto del carácter punitivo del mismo (Sánchez Avilés, 2014). Esto les ha permitido implementar políticas más pragmáticas que se amoldan a su contexto específico, sin la necesidad de abandonar el Régimen o enfrentarse a las autoridades internacionales de fiscalización.

En este sentido, Sánchez Avilés (2014) sostiene que “existe todo un continuum de políticas que pueden rebajar el nivel de punición de la prohibición, que en general suelen manifestarse en el marco de las políticas relacionadas con el consumo personal” (p.228). Esto permite la eliminación de las sanciones penales, aunque la prohibición continúe vigente. Así surgió un conjunto de iniciativas diversas que supusieron avances en un sentido menos punitivo, pero que continúan estando enmarcadas dentro del prohibicionismo (Sánchez Avilés, 2014). Entre ellas, Sánchez Avilés (2014) menciona los esquemas de expedición de cannabis medicinal.

El Cannabis<sup>5</sup>, que históricamente se había utilizado como alimento, fuente de fibra, droga y medicina<sup>6</sup>, fue prohibido una vez institucionalizado el RIDI durante el siglo XX (Galzerano Guida, Orellana Navone, Ríos Pérez, Coitiño González y Velázquez Ramos, 2019; Agnese, López, Vicenti y Franco, 2019). Sin embargo, con el advenimiento del siglo XXI comenzaron a recuperarse sus usos médicos y/o terapéuticos y se convirtió en objeto de estudios científicos para el tratamiento de diversas patologías, en un intento de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Diferenciando dichos usos de aquellos considerados recreativos, los cuales pueden vincularse “con fines sociales, festivos, espirituales, artísticos, intelectuales o

---

<sup>5</sup>Al hablar de Cannabis se hace referencia a una planta compleja, con más de 550 compuestos, entre los cuales se encuentran los cannabinoides (entre ellos: delta-9-tetrahidrocannabinol o THC y Cannabidiol o CBD). Su nombre científico es Cannabis Sativa, el cual se divide en tres variedades: sativa subsp sativa, sativa subsp índica y sativa subsp ruderalis (López, A. y Gómez Roca, S., 2020).

<sup>6</sup>El término Cannabis suele hacer referencia a los usos médicos, científicos y/o recreativos. En tanto al emplear el término Cáñamo se hace referencia, usualmente, a los usos industriales de la planta. Por ejemplo: alimentos, textiles, fibras, entre otros.

simplemente relajantes o placenteros” (Lynch, 2020, p.212), y que suelen ser descalificados e, incluso, estigmatizados.

Muchos de los argumentos en favor de su legalización han girado en torno al “goce efectivo del derecho a la salud, concebida, no como la ausencia de enfermedad o capacidad de tratamiento o curación, sino más bien del disfrute individual y colectivo del nivel más alto de bienestar físico y mental” (Corda, Cortéz y Piñol Arriagada, 2019, p.5). A pesar de ello, todavía su uso terapéutico está sujeto a grandes controversias sociales, económicas, políticas, culturales e, incluso, religiosas derivadas de la estigmatización del uso recreativo del cannabis (Guida et al., 2019). A lo cual se adiciona la escasa formación médica para la prescripción y uso de este tipo de sustancias (Corda et al., 2019).

La estigmatización y la falta de formación han contribuido al desarrollo de procesos artesanales de cultivo, procesamiento y formación por parte de las personas usuarias y sus familiares, quienes han conformado redes de cultivadores. En muchos casos, esto ocurrió en paralelo a procesos políticos, legislativos y judiciales que impulsaron cambios en las regulaciones de los países; algunos de ellos estimulados por la necesidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en tanto otros fueron establecidos por la oportunidad de desarrollo de una industria de alto rendimiento económico con posibilidad de rápido crecimiento e inserción en el mercado internacional (Corda et al., 2019).

Es así que el modo en que se ha regulado el acceso en cada uno de los países responde a diferentes procesos que, a su vez, han definido qué se entiende como uso medicinal y/o terapéutico del cannabis, qué tipos de productos se encuentran disponibles y bajo qué mecanismos se accede a los mismos (Aguilar et al., 2018). Estos procesos pueden tener diferentes orígenes. Debido a que en algunos casos la conformación de la demanda que da lugar a este tipo de regulaciones se produce “desde arriba”, en tanto, en otros casos, la demanda se conforma “desde abajo”.

Entendemos que una demanda o problema se conforma “desde arriba” cuando refiere a asuntos que, desde su surgimiento, fueron aceptados como problemáticos por la autoridad gubernamental, y que se insertan en la agenda “institucional” para ser tratados (Aguilar Villanueva, 1991). Es decir, la problematización se da al interior del Estado y sus

instituciones, que “independientemente de si han despertado o no el reconocimiento e interés de toda la comunidad política, logran obtener la atención de políticos y funcionarios y ser aceptados como objetos de su intervención” (Aguilar Villanueva, 1991, p.34).

En cambio, la conformación de la demanda “desde abajo” responde a cuestiones que, en principio, fueron socialmente problematizadas por los miembros de la comunidad política (por fuera del Estado), porque se consideran merecedoras de atención pública, pasando a formar parte de la agenda “sistémica” (Aguilar Villanueva, 1991). Sin embargo, que estas cuestiones sean problematizadas por la comunidad política, no significa que vayan a ser atendidas por las autoridades de gobierno y logren formar parte de la agenda del gobierno. Para ello, deben obtener la visibilidad necesaria para constituirse en un problema público. Para Villanueva (1991) el “sesgo del sistema y de las dependencias públicas cumple la función de filtrar selectivamente la corriente de los problemas y demandas que se levantan desde la sociedad” (p.42).

A partir de esto, podemos recuperar la clasificación de los procesos regulatorios respecto del acceso al cannabis medicinal desarrollada por Aguilar et al. (2018): 1) Casos individuales defendidos en las cortes que desatan precedentes o sentencias de aplicación general; 2) Ejercicios de democracia directa, como referéndums y consultas populares; 3) Ejercicios legislativos y de política pública encabezados por gobiernos nacionales o subnacionales; 4) Empresas que desarrollan cannabis medicinal y exigen que las autoridades gubernamentales faciliten su uso lícito.

Estas diversas regulaciones han definido, a su vez, diferentes mecanismos de acceso al cannabis medicinal en cada uno de los casos, los cuales han sido clasificados por Aguilar, et al. (2018) en cuatro categorías: a) El otorgamiento de autorizaciones individuales especiales para la importación y uso de cannabis medicinal que mantienen las prohibiciones generales, pero establecen excepciones a la ley que permiten a los pacientes tener el acceso a los medicamentos; b) La regulación de la oferta a través de la creación de sistemas de licencias que se otorgan a privados de acuerdo al tipo de actividad que se desempeña; c) La regulación de la demanda a través de mecanismos de acceso legal a medicamentos o preparaciones herbales de cannabis; d) El diseño e implementación de políticas públicas que

regulen el acceso a determinados productos en apego al sistema regulatorio de los medicamentos.

En última instancia, resulta importante considerar que, no obstante se haya alcanzado la regulación del cannabis medicinal, la prohibición respecto de otros usos no medicinales o científicos se mantiene, respetando los límites establecidos por el RIDI. Como se mencionó anteriormente, Sánchez Avilés (2014) considera que este tipo de regulaciones no necesariamente suponen un incumplimiento de las obligaciones que los Estados han adquirido mediante el RIDI, sino que suponen en realidad una aplicación menos punitiva del prohibicionismo, ajustándose el propio funcionamiento del Régimen. Otros autores como Labiano (2018) lo definen como “una pequeña grieta en la visión prohibicionista que ha dominado la política en la materia” (p.76), proponiendo como un pequeño cambio en el subsistema de drogas.

## **Capítulo II. Los marcos regulatorios: contextos de surgimiento, formulación de las demandas y construcción de condiciones legales de acceso**

En medio de un panorama global que presentó al cannabis como una industria próspera, Latinoamérica se ha convertido en la región del mundo con mayor cantidad de países que poseen algún tipo de regulación para el cannabis medicinal (Corda, Cortés y Piñol Arriagada, 2019). Asimismo, el subcontinente es reconocido por contar con ventajas comparativas para el desarrollo de la industria del cannabis (Corda et al., 2019). Como correlato, entre 2015 y 2017, Argentina, Chile, Perú, Paraguay, Colombia, México, Jamaica y Puerto Rico regularon el acceso al cannabis medicinal y terapéutico de las formas más diversas (Labiano, 2020).

A pesar de la contemporaneidad de la regulación, los procesos que han tenido lugar en cada uno de los casos analizados responden a diferentes lógicas, poseen antecedentes diversos y modos de problematización divergentes. Algunos de los países impulsaron su regulación a partir de la movilización “desde abajo”, es decir mediante la demanda de la sociedad civil, en tanto otros lo hicieron “desde arriba”, con la apertura y problematización desde instancias gubernamentales. Como consecuencia de ello, cada uno de los casos experimentó particularidades que lo diferencian del resto en la búsqueda de respuestas a la demanda por regular el acceso al cannabis medicinal. A continuación, se mencionan las particularidades de cada uno de los casos de estudio de la presente investigación.

### **Uruguay**

El caso uruguayo es fuente de particularidades que lo diferencian de los otros casos analizados en este trabajo. El contexto en que fue aprobada la regulación que atañe al cannabis medicinal se encontraba signado por cuestiones que deben ser consideradas.

En principio, es destacable que el proceso regulatorio posee un punto de partida diferente a otros casos, ya que la Ley de Estupeficientes sancionada en 1974 (durante la dictadura militar) despenalizó la posesión de sustancias consideradas ilícitas. Esto se debe a que su artículo 31º señalaba: “Quedará exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal” (Congreso, 1974). A su vez, otorgaba gran poder a los jueces para la interpretación de los casos. Esta situación fue

generando demandas cada vez mayores de ciertos sectores de la sociedad civil en favor de la regulación del acceso legal al cannabis (Hudak, Ramsey y Walsh, 2018).

Es así que desde comienzos del siglo XXI, durante la presidencia de Jorge Batlle (2000-2005), ya se consideraba positivamente la posibilidad de sancionar algún tipo de regulación que legalizara el acceso al cannabis, surgiendo de esta manera movimientos que pugnaron por la reforma de la política prohibicionista (Lasso, 2023). Finalmente, el tema de la regulación del cannabis comenzó a ser abordado públicamente a comienzos de 2012, debido a dos cuestiones. Por un lado, porque la coalición gobernante se dispuso a aprobar un proyecto de ley<sup>7</sup> y, por el otro, porque el entonces presidente José Mujica presentó “Estrategia por la vida y la convivencia”, un plan de gobierno que contemplaba, entre otras cuestiones, la legalización de la marihuana. Así, en el año 2013, Mujica envió un Proyecto de Ley al Congreso para la legalización del consumo recreativo de cannabis. Su propuesta era “crear un monopolio estatal sobre la producción y distribución del cannabis” (Hudak et al., 2018, p.3), enfatizando en la seguridad pública y en la necesidad de reducir daños derivados del consumo, así como también intentando mejorar algunos indicadores relacionados a la criminalidad, la violencia y la convivencia (Garat, 2017; Zeballos, 2020; Lasso, 2022).

En este contexto, se sancionó la Ley N° 19.172 de “Control y Regulación del Estado de la Importación, Producción, Adquisición, Almacenamiento, Comercialización y Distribución de Marihuana y sus Derivados”, conjugando el Proyecto de Mujica con otro que estaba siendo tratado en el Congreso por esos días, en el que se contemplaba el autocultivo<sup>8</sup>. El primer decreto reglamentario de tal ley, reguló tan solo el consumo adulto. De ahí que este caso cuenta con la particularidad de que el consumo adulto fue legalizado años antes que el medicinal, colocando al país en un lugar de excepción (Zeballos, 2020).

Uruguay fue el primer país en regular el acceso al cannabis en todo su territorio, creando un mercado legal de marihuana destinada al consumo recreativo regulado enteramente por el Estado, abordado desde una perspectiva de la salud pública, según se señala en el primer artículo de la ley. Al mismo tiempo, creó una compleja trama de organismos estatales que

---

<sup>7</sup>José Mujica resultó electo presidente, por el periodo 2010-2015, por la coalición denominada Frente Amplio (FA).

<sup>8</sup>Ley N° 19.172 de 2013, sancionada por el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013>

tenían como fin regular la actividad, entre los cuales se encuentra el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA)<sup>9</sup>.

A pesar del “evidente escepticismo y desaprobación de la medida entre los uruguayos” (Hudak et al., 2018, p.6), Uruguay se convirtió en el primer país de la región y del mundo en legalizar el consumo de marihuana. Es por ello que sostenemos que el proceso regulatorio en el caso uruguayo comienza con una demanda que se conforma desde arriba, debido a que fue la autoridad gubernamental quien percibió la cuestión del cannabis, la problematizó e insertó en su agenda de gobierno (Aguilar Villanueva, 1991).

Esta política se fundamentaba en el acceso a la salud pública -corriendo el foco de la “guerra contra las drogas”-, pero las cualidades médico-terapéuticas de la planta no fueron reglamentadas hasta 2015. Así, el proceso de regulación se fue consolidando de modo progresivo y, poco a poco, fueron sancionados diversos decretos reglamentarios que regularon cada uno de los usos -el recreativo, el médico y el industrial (Zeballos, 2020). Es decir, que el proceso regulatorio del Cannabis en Uruguay respondió, según la clasificación ensayada por Aguilar, Gutierrez, Sánchez y Nougier (2018), a un conjunto de ejercicios legislativos y de política pública encabezados por el gobierno nacional.

En tal sentido, en 2015, un mes antes de que Mujica terminara su presidencia, se emitió por primera vez un Decreto reglamentario de la Ley N°19.172 que autorizaba la investigación y el uso médico del cannabis: el Decreto 46/2015<sup>10</sup>. Esta iniciativa, a diferencia del cannabis recreativo, obtuvo mayor apoyo por parte de la opinión pública (Álvarez, Queirolo y Sotto, 2021).

En su Artículo 1 establece que “[...] se encuentra permitida la plantación, cultivo, cosecha, acopio y comercialización de cannabis (psicoactivo y no psicoactivo) para ser destinado, en

---

<sup>9</sup>El IRCCA funciona bajo las indicaciones establecidas por la Junta Nacional de Drogas. Tiene como objetivo “promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y daños asociados al uso problemático de Cannabis y fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley y la presente reglamentación” (IRCCA, 2024). Además, la ley que lo creó le otorga la función de llevar registros anónimos de los usuarios. Así, en su página web el organismo sostiene que su misión es “Regular las actividades relativas a la producción, comercialización y uso del cannabis para los diversos fines, en cumplimiento de la normativa vigente y contribuyendo desde una perspectiva de derechos humanos al cumplimiento de los objetivos nacionales de salud pública, combate al narcotráfico y seguridad ciudadana” (IRCCA, 2024).

<sup>10</sup>Decreto Nacional N°46/015 - REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.172 RELATIVA A LA REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS, Boletín oficial de la República Oriental del Uruguay, 10/02/2015.

forma exclusiva, a la investigación científica, o a la elaboración de Especialidades Vegetales o Especialidades Farmacéuticas para uso medicinal”<sup>11</sup>. De esta manera, se establecieron los dos tipos de productos a través de los cuales podían acceder los usuarios al cannabis medicinal: la especialidad farmacéutica (medicamento a base de cannabis) y la especialidad vegetal (hierba de cannabis y/o cáñamo industrial). También se diferenció entre sus variedades psicoactivas y no psicoactivas, estableciendo el límite entre ambas en 1% de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).

En esta normativa se facultó a la principal agencia de regulación en la materia -el IRCCA- a autorizar el acceso al Cannabis a investigadores, permitir que los médicos receten cannabis con fines medicinales a sus pacientes y legalizar la producción y suministro de especialidades medicinales en farmacias. Esta normativa determinó que quienes quisieran llevar adelante la producción e industrialización de ambas especialidades debían contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública (MSP). Asimismo, para los usuarios se estableció la obligatoriedad de contar con una receta médica e inscribirse en un registro de usuarios para acceder a la venta en farmacias.

Dos años después de la publicación del Decreto 46/015, comenzó a comercializarse, de manera legal, el primer producto con cannabis medicinal en el país. No obstante, esto tuvo lugar a partir de la sanción del Decreto 298/017, por parte del entonces presidente Tabaré Vázquez (2015-2020), mediante el cual se autorizó la venta de especialidades farmacéuticas con cannabidiol (CBD) (con un contenido menor al 1% de THC) bajo la categoría de “Venta Bajo Receta Profesional” en Farmacias de Primera y Segunda categoría (comunitarias y hospitalarias respectivamente)<sup>12</sup>.

Ante estos lentos avances, se instaló en la agenda pública la necesidad de avanzar sobre el registro e investigación de los productos demandados por usuarios (Zeballos, 2020). De ahí que hacia finales de 2019 se aprobaron las Leyes N° 19.845 y N° 19.847. La primera de ellas regula e impulsa la investigación científica del Cannabis en todas las áreas del

---

<sup>11</sup>Decreto Nacional N°46/015 - REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.172 RELATIVA A LA REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS, Boletín oficial de la República Oriental del Uruguay, 10/02/2015.

<sup>12</sup>Decreto Nacional N°298/017 - AUTORIZACIÓN DE "VENTA BAJO RECETA PROFESIONAL" PARA LAS ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS CON CANNABIDIOL COMO PRINCIPIO ACTIVO, Boletín oficial de la República Oriental del Uruguay, 24/10/2017.

conocimiento<sup>13</sup>. En tanto la segunda -reglamentada recién a comienzos de 2023- tuvo como fin viabilizar el acceso al cannabis medicinal y terapéutico seguro y de calidad por parte de los usuarios. Para ello, se propone agilizar los tiempos y ampliar la gama de productos disponibles. Es por este motivo que agregó a los dos productos iniciales (especialidades farmacéuticas y vegetales) otras dos formas de acceso: la producción de fórmulas magistrales en farmacias habilitadas y la importación de productos en base a cannabinoides con fines medicinales<sup>14</sup>.

De modo tal que, según la regulación actualmente vigente en Uruguay, se establece que pueden acceder a cannabis medicinal aquellos pacientes con indicación médica y que se encuentran inscriptos en el registro de usuarios. Para ellos se encuentran disponibles cuatro tipos de productos: 1) especialidades farmacéuticas registradas; 2) productos vegetales; 3) formulaciones magistrales prescritas; y 4) productos en base a cannabis y cannabinoides con fines medicinales importados (bajo prescripción médica). Los mismos pueden ser adquiridos en farmacias habilitadas para tal fin o a través del autocultivo (con un límite de hasta 6 plantas por persona). De este modo, el mecanismo a través del cual acceden los usuarios al cannabis medicinal en Uruguay está determinado por la regulación de la demanda, como modo de acceder a medicamentos o preparaciones a base de cannabis (Aguilar et al., 2018).

Sin embargo, el desarrollo del sector industrial ha sido el más relegado, puesto que las disposiciones que regulan de manera más detallada este asunto fueron incorporadas a las normativas recién en 2021 a partir del Decreto 246/021, el cual derogó el Decreto 46/015<sup>15</sup>. En el nuevo se “[...] incluye la posibilidad de producir materias primas o productos semielaborados y exportarlos (a diferencia del decreto anterior que sólo permitía la exportación de productos terminados) con habilitación del Ministerio de Salud Pública (MSP)” (Álvarez et al., 2021, p.15). De modo que, al menos, hasta el momento de la sanción de tal normativa, las licencias expedidas para la industria habían sido escasas.

---

<sup>13</sup>Ley N°19.845 de 2019, sancionada por el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19845-2019>.

<sup>14</sup>Ley N°19.847 de 2019, sancionada por el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19847-2019#:~:text=Decl%C3%A1rase%20de%20inter%C3%A9s%20p%C3%ABlico%20las,y%20riesgos%20de%20su%20uso>

<sup>15</sup>Decreto Nacional N°246/021 - REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.172, RELATIVO A LA REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS, Boletín Oficial de la República Oriental del Uruguay, 5/8/2021.

A partir de tal Decreto se establece que los productores deben contar con la autorización por parte del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) y del Ministerio de Salud Pública (MSP) para la plantación, cultivo, cosecha, secado, acondicionamiento, acopio, producción, fabricación y comercialización de cannabis psicoactivo y no psicoactivo, ya sea para ser destinado a la investigación científica o a la producción, extracción y fabricación de materia prima, productos terminados y semielaborados, a base de cannabis o cannabinoides para uso medicinal<sup>16</sup>.

## **Argentina**

Desde la última década del siglo XX, se han presentado numerosos proyectos que han pretendido modificar la Ley Nº 23.737, la cual rige la política de drogas a nivel nacional en Argentina<sup>17</sup>. No obstante, todos ellos han fracasado, encontrándose aún vigente aquella norma sancionada en 1989, caracterizada por su alto grado de prohibicionismo y punitivismo. En la misma, se penalizó incluso la tenencia de drogas para uso personal, a pesar de la existencia de jurisprudencia precedente que determinaba la inconstitucionalidad de la criminalización de la tenencia de estupefacientes para consumo personal en el Fallo Bazterrica de 1986 (Labiano, 2018).

A comienzos del siglo XXI inicia una nueva puja por la regulación del consumo del cannabis medicinal en Argentina, con gran participación de la sociedad civil y parte de la comunidad médica. Múltiples proyectos destinados a despenalizar el consumo terapéutico del cannabis y la investigación científica habían sido presentados ante el Congreso previo al año 2015, pero ninguno de ellos prosperó. Contemporáneamente, en 2009, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del Fallo Arriola, declaró la inconstitucionalidad del artículo 14 de la Ley Nº 23.737, es decir de la penalización de la tenencia para consumo personal de marihuana (Díaz, 2020).

---

<sup>16</sup>Se considera, según la legislación vigente, Cannabis no psicoactivo cuando cuenta con -1% de THC y psicoactivo 1% o más de THC.

Decreto Nacional Nº246/021 - REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.172, RELATIVO A LA REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS, Boletín Oficial de la República Oriental del Uruguay, 5/8/2021.

<sup>17</sup>Ley Nº 23.737 de 1989, sancionada por el Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>

Sin embargo, esta movilización de la sociedad civil dió lugar a la emergencia de “una nueva forma de organización del activismo cannábico compuesta por familiares de niños y jóvenes con diversas encefalopatías, y trastornos generales del desarrollo” (Díaz, Aguilar y Romero, 2021, p.101). Es así que, hacia 2015, un conjunto renovado de actores (entre los que se encontraban organizaciones sociales, activistas, investigadores, médicos y legistas) instaló nuevamente el debate en la arena pública nacional, desembocando en la sanción de la Ley N° 27.350 durante 2017.

Dicho conjunto de actores, encabezado por las organizaciones de madres movilizadas por el derecho al acceso a la salud de sus hijos, problematizó la cuestión de un modo diferente a como se había hecho previamente, ya que incorporaron a los niños como usuarios del cannabis (Díaz et al., 2021). De esta manera, “introdujeron una imagen renovada del consumo de marihuana, representada por el aceite de cannabis y otros derivados; y construyeron una perspectiva terapéutica alternativa a la farmacología hegemónica” (Díaz et al., 2021, p.101). A su vez, desde el sector médico y científico, paulatinamente, la cuestión se fue circunscribiendo al tratamiento de la epilepsia refractaria en niños y adolescentes, enfatizando el interés en el CBD (cannabidiol) (Díaz, 2020; Díaz et al., 2021). En consecuencia, es evidente que en este caso de análisis la cuestión del cannabis medicinal fue socialmente problematizada por los miembros de la comunidad política como una cuestión que merecía atención pública hasta que, progresivamente, logró la visibilidad necesaria para constituirse en un problema público (Aguilar Villanueva, 1991).

Durante el debate que precedió a la sanción de la Ley N° 27.350 participaron numerosos actores los cuales dieron cuenta de los diferentes posicionamientos respecto del acceso al cannabis terapéutico y sus formas. Usuarios, madres y cultivadores pugnaban por la legalización del autocultivo, como un modo de “*democratizar*” el acceso, ante los altos costos y la reducida oferta de los productos ofrecidos por las farmacéuticas (Díaz et al., 2021). Por su parte, organizaciones sociales y legisladores propusieron el cultivo comunitario. En tanto, desde ciertos entes de regulación -como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT)-, sostuvieron la necesidad de una fuerte presencia del Estado en la regulación de medicamentos con el fin de garantizar condiciones de trazabilidad y calidad de los productos consumidos (Díaz et al., 2021).

Finalmente, se sancionó una ley que estableció el marco regulatorio para la “Investigación Médica y Científica del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados”, que se conformó como la primera legislación federal que regulaba la planta cannabis y reconocía su uso desde el paradigma de la salud (Del Valle, 2022). De esta manera, creó un programa nacional de investigaciones médicas y científicas y tipificó vías de acceso al cannabis medicinal, a la vez que facultó al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para desarrollar diversas funciones regulatorias e investigativas<sup>18</sup>. Sin embargo, el texto que fue sancionado generó un gran descontento entre los actores que demandaban acceder al cannabis medicinal en el país, debido a que “fue la experticia científica la que prevaleció en el texto sancionado, que constituyó una ley de investigación que no contempló el acceso ni la producción, salvo vía importación y para casos de epilepsia refractaria” (Díaz et al., 2021, p.105).

De esta manera, el pedido de democratización del acceso al Cannabis con fines medicinales realizado por los usuarios fue desoído no solo en la ley, sino también en el primer decreto que la reglamentó. El Decreto N° 738/2017 sólo reglamentó algunos de los artículos presentes en el texto de la ley y permitió tan solo la importación de productos con fines medicinales, paliativos y/o terapéuticos, a la vez que limitó el cultivo y la producción para fines científicos<sup>19</sup>. En consecuencia, se mantuvo la ilegalidad del autocultivo y se restringió el acceso al cannabis medicinal -mediante el programa conformado por la ley- a una sola patología: epilepsia refractaria, dejando por fuera a muchísimas otras. Al mismo tiempo, limitaba las vías de acceso a los productos derivados del cannabis a la importación, profundizando las condiciones de desigualdad en quienes no tenían los recursos económicos para afrontar los altos costos en dólares.

A partir de esto, Del Valle (2022) sostiene que este primer decreto reglamentario fue sumamente restrictivo respecto del espíritu de la ley, a la vez que el Estado se asignaba obligaciones limitadas en lo que a garantizar el acceso al cannabis respecta. Es a raíz de esta

---

<sup>18</sup>Ley N° 27.350 de 2017, elaborada por el Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27350-273801/texto>.

<sup>19</sup>Decreto Nacional N° 738/17 Investigación Médica y Científica, Boletín Oficial de la República Argentina, 22/09/2017.

situación que la lucha de los activistas continuó y en 2020 se consiguió la derogación de aquel Decreto y la sanción de uno nuevo por parte del entonces presidente Alberto Fernández (2019-2023): el Decreto 883/2020.

En las consideraciones del decreto se menciona la necesidad de modificar la reglamentación precedente de la Ley Nº 27.350 debido a que se la considera restrictiva y económicamente excluyente<sup>20</sup>. El mismo procuró eliminar “la mayoría de las restricciones burocráticas y desigualdades en términos económicos que generaba el anterior” (Paunero, 2023, p.168) y propuso un enfoque desde la salud pública y los derechos humanos. De esta manera, se concedió el demandado autocultivo, el cultivo solidario y se extendió el consumo a todos aquellos a quienes les sea indicado como tratamiento por un médico<sup>21</sup>.

Todos ellos podrían acceder al cannabis medicinal, según el Artículo 7 de la normativa, mediante cuatro formas: especialidades médicas dispensadas a través del Banco Nacional de Drogas Oncológicas y/o farmacias autorizadas, importación de especialidades medicinales, formulaciones magistrales elaboradas en farmacias autorizadas y/o mediante el autocultivo o cultivo solidario llevado a cabo por ONGs<sup>22</sup>. Para ello, establece, que se debe contar con receta médica doble o archivada, sin necesidad de ser parte de algún registro de usuarios.

De esta forma, se creó un régimen que buscó dar respuesta a los reclamos sociales, que es mucho más permisivo que el anterior, ya que el autocultivo está permitido a partir de la creación del “Registro del Programa de Cannabis” (REPROCANN) (Del Valle, 2022; Paunero, 2023)<sup>23</sup>. Al mismo tiempo que se obliga al Estado, las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud del Sistema Nacional al abastecimiento de derivados del cannabis (Del Valle, 2022). Además, en su articulado se buscó impulsar el rol de las ONGs y el desarrollo de investigaciones.

---

<sup>20</sup>Decreto Nacional N° 883/20 Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, Boletín Oficial de la República Argentina, 12/11/2020.

<sup>21</sup>Decreto Nacional N° 883/20 Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, Boletín Oficial de la República Argentina, 12/11/2020.

<sup>22</sup> Decreto Nacional N° 883/20 Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, Boletín Oficial de la República Argentina, 12/11/2020.

<sup>23</sup>El Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN) es un registro nacional en el que los pacientes o sus familiares deben inscribirse “con el fin de emitir la correspondiente autorización, a los y las pacientes que acceden a través del cultivo controlado a la planta de Cannabis y sus derivados, como tratamiento medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor” (Decreto Nacional 883, 2020).

En ese sentido, el Estado Nacional adquirió un rol preponderante ya que se facultó al Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) para llevar adelante la investigación del Cannabis para uso medicinal, terapéutico y/o paliativo. Al mismo tiempo que designó al Instituto Nacional de Semillas (INASE) como el órgano que regula las condiciones de producción, difusión, manejo y acondicionamiento de los órganos de propagación de la especie cannabis, asegurando la trazabilidad de los productos vegetales. Asimismo, este organismo también posee un rol central en la elaboración de productos y derivados a través de la red de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) (Paunero, 2023).

Resulta claro que, en el caso argentino, a diferencia de otros casos, la normativa que regula el acceso al cannabis medicinal tiene un enfoque orientado al acceso a la salud y a la promoción de la investigación científica. No obstante, la misma no regulaba cuestiones relativas a la producción, industria o comercio de las sustancias.

Así, la industria del cannabis no fue promovida de manera clara hasta el 2023. A mediados de dicho año, el entonces presidente Alberto Fernández reglamentó la Ley N° 27.669: "Marco Regulatorio para fomentar el desarrollo de la Industria del cannabis medicinal y el Cáñamo Industrial", sancionada meses antes, mediante el Decreto 405/2023<sup>24</sup>. Esta habilita la realización de cada una de las etapas del proceso productivo, pero establece que los productores deben contar con licencias y/o autorizaciones con respecto a las distintas etapas y actividades de dicho proceso. Estas son extendidas por la Agencia Regulatoria de la Industria del Cáñamo y del Cannabis Medicinal (ARICCAME).

En consecuencia, podemos afirmar que en el caso argentino, en términos de Aguilar et al. (2018), el acceso al cannabis medicinal se garantiza por medio de un control ejercido sobre la oferta, ya que no existe un registro de usuarios, pero sí se ha creado un régimen de licencias que se otorgan de acuerdo al tipo de actividad realizada por parte de los productores. Sin embargo, existe otra forma de control que ejerce el Estado, que queda por fuera de las categorías propuestas por los autores, y tiene que ver con la conformación del

---

<sup>24</sup>Ley N° 27.669 de 2022, elaborada por el Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27669-365303/texto>; Decreto Nacional N° 405/23 MARCO REGULATORIO PARA EL DESARROLLO DE LA INDUSTRIA DEL cannabis medicinal Y EL CÁÑAMO INDUSTRIA, Boletín Oficial de la República Argentina, 07/08/2023.

registro para cultivadores (REPROCANN). Este no supone una regulación de la demanda, puesto que incluye tanto el autocultivo como el cultivo solidario. No obstante, tampoco es una regulación que recaer sobre la oferta a través de un sistemas de licencias que se otorgan a privados de acuerdo a su actividad, ya que el mismo no está pensado para funcionar en términos mercantilistas de intercambio entre la oferta y la demanda, sino que se plantea en términos solidarios o de autocultivo. De modo que transita por un camino distinto al de la industria.

La actual gestión del gobierno nacional ha introducido modificaciones al marco normativo del cannabis medicinal. Las actuales autoridades del Poder Ejecutivo de la República Argentina, Javier Milei y Victoria Villarruel, en su rol de diputados nacionales, votaron en contra de la ley de Cannabis Industrial sancionada en 2022. No obstante, voceros del gobierno han señalado que los cambios propuestos para el cannabis medicinal se centran en la seguridad, no en la salud de los pacientes. En este contexto, en agosto de 2024, el Ministerio de Salud publicó la Resolución 3132/2024 que modificó los requisitos para la inscripción en el REPROCANN y estableció nuevos límites de plantas cultivadas por persona autorizada<sup>25</sup>.

Entre las cuestiones más relevantes, estableció que quienes soliciten autorizaciones no pueden tener antecedentes penales relacionados con el uso de estupefacientes y que los profesionales médicos debe encontrarse registrado en la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) y contar con título de posgrado (maestría o diplomatura) en cannabis medicinal, de manera excluyente. Además, determinó que cada tercero que se encuentre inscripto en REPROCANN solo puede cultivar para un máximo de dos personas, a la vez que incorpora la posibilidad de realizar el cultivo en el exterior<sup>26</sup>.

Meses después, mediante el Decreto 833/24, el presidente ordenó la intervención de la Agencia Regulatoria de la Industria del Cáñamo y del Cannabis Medicinal (ARICCAME). Sosteniendo la necesidad de tornar más eficiente y menos burocrático el funcionamiento de

---

<sup>25</sup>Resolución 3132 de 2024 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por el cual se modifican los artículos 4º, 8º, 10º, 10º BIS y los Anexos I, II y IV de la Resolución Ministerial N° 800 del 10 de marzo de 2021. 16 de agosto de 2024.

<sup>26</sup>Resolución 3132 de 2024 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por el cual se modifican los artículos 4º, 8º, 10º, 10º BIS y los Anexos I, II y IV de la Resolución Ministerial N° 800 del 10 de marzo de 2021. 16 de agosto de 2024.

la agencia, ya que se “evidencia una falta de personal, una inadecuada operatividad, falta de emisión de licencias y autorizaciones habilitantes”<sup>27</sup>.

A partir de lo desarrollado, podemos sostener que el caso argentino encaja, en la clasificación desarrollada por Aguilar, Gutierrez, Sánchez y Nougier (2018), dentro de los casos cuyos procesos regulatorios del cannabis medicinal se hicieron efectivos a partir del conjunto de ejercicios legislativos y de política pública encabezados por los gobiernos nacionales. En este caso, con la participación del Poder Legislativo en la sanción de leyes y el Poder Ejecutivo en la reglamentación de las mismas, a través de Decretos Presidenciales y Resoluciones Ministeriales.

### **Colombia**

En la década del 70 del siglo XX, Colombiase convirtió en el mayor productor de marihuana del mundo y, tan solo una década después, en el mayor productor de cocaína. A diferencia de otros casos analizados, Colombia es un país que sufre graves problemas derivados de la producción y el tráfico de drogas desde mediados del siglo pasado, lo que ha marcado parte de su historia política y asiste a la particularidad del caso (Vélez, 2017).

La realidad presentada contribuyó a que el país conforme uno de los blancos de Estados Unidos en su denominada “guerra contra las drogas” (Martinez Rivera, 2019). Esta influencia determinó que el Estado colombiano sostuviera siempre una política altamente punitivista y militarizada, especialmente a partir de que los grupos paramilitares pasaran a controlar la producción y el tráfico de drogas (Vélez, 2017; Martinez Rivera, 2019). Esto supuso graves violaciones a los derechos humanos, que persisten hasta la actualidad, por la represión ejercida por las fuerzas de seguridad -aun en situaciones de legalidad.

La cuestión de la penalización, regulación o legalización del consumo de drogas ha tenido múltiples vaivenes en el país. Sin embargo, la legislación colombiana posee una postura menos punitivista que otros casos, debido a que la posesión de dosis para el consumo personal se encuentra despenalizada desde hace décadas (Vélez, 2017). La postura más punitivista al respecto había comenzado a cambiar a partir de un conjunto de fallos de la

---

<sup>27</sup>Decreto Nacional 833/24 - Intervención de la Agencia Regulatoria de la Industria del Cáñamo y del cannabis medicinal (ARICCAME), Boletín Oficial de la República Argentina, 17/09/2024.

Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional que, a lo largo de los años, habían procurado proteger los derechos del consumidor consagrados constitucionalmente (Vélez, 2017).

En ese sentido, Vélez (2017) vincula la prematura despenalización del consumo con que, a razón de los graves problemas vinculados al narcotráfico que sufre el país desde hace décadas, fue necesario distinguir entre consumidores y traficantes. Además, años después se agregó la categoría de “dosis de aprovisionamiento”, que permite la posesión de dosis superiores a las consideradas de uso personal, pero que también se encuentran destinadas al consumo propio.

Durante su primera presidencia, Juan Manuel Santos (2010-2014) -quien como Ministro de Defensa había sostenido un enfoque prohibicionista- dio lugar al debate, dentro de su espacio político, acerca de la legalización del cannabis y el abordaje desde un enfoque de reducción de daños (Hurtado Pardo, 2020). Es importante recordar que en este momento se producen cambios en el escenario internacional respecto al posicionamiento frente a la problemática de las drogas. Hurtado Pardo (2020) sostiene que “incluso organizaciones tradicionalmente punitivas, como la Policía Nacional hablaban de enfoques alternativos al prohibicionismo” (p. 96).

En esa sintonía, diversos autores reconocen que la sociedad colombiana se mostraba favorable a la regulación del cannabis utilizado con fines medicinales, pero no respecto del cannabis recreativo (Martinez Rivera, 2019; Hurtado Pardo, 2020). Es por ello que, paulatinamente, el debate público fue acotándose a la regulación del cannabis para usos medicinales y terapéuticos y, para 2015, se convirtió en la “narrativa hegemónica” entre los movimientos sociales, activistas y grupos étnicos, ya que era menos disruptivo que la legalización del consumo adulto o recreativo (Hurtado Pardo, 2020). Es por esta razón que sostenemos que, en este caso, la demanda respecto de la regulación del cannabis medicinal emergió desde abajo (Aguilar Villanueva, 1991). Si bien como se comentó anteriormente el gobierno fue quien abrió el debate acerca del cannabis, fue la sociedad civil quien problematizó la cuestión, recortándola al cannabis medicinal y logrando convertirla en un problema público. De esta manera, se inició un proceso regulatorio que tuvo lugar a través de una serie de ejercicios legislativos encabezados por el gobierno nacional, a través de

leyes sancionadas en el Congreso y decretos reglamentarios expedidos por el Poder Ejecutivo (Aguilar et al., 2018).

En este marco, para el año 2014, el Congreso colombiano discutió un proyecto presentado por el entonces senador Juan Manuel Galán (perteneciente al bloque liberal) que tenía como objetivo regular el acceso seguro e informado al cannabis y sus derivados para fines médicos y científicos (Martínez Rivera, 2019). La propuesta se argumentaba en la necesidad de un cambio de enfoque en la política de drogas, ya que el prohibicionismo claramente no había logrado solucionar los problemas vinculados a la producción y el tráfico de drogas (Hurtado Pardo, 2020). Además, justificaban el proyecto en función de las enfermedades infantiles que podrían tratarse con la planta (Hurtado Pardo, 2020).

A pesar del aval social, el proyecto no logró el apoyo suficiente para ser tratado y su debate debió ser aplazado. Es por ello que, hacia finales 2015 y en medio de una polémica, el gobierno de Santos firmó un Decreto con el fin de regular el cultivo, la producción, fabricación, importación y uso del cannabis y derivados para fines médicos y científicos (Martínez Rivera, 2019)<sup>28</sup>.

No obstante, tiempo después, la ley tratada por el Congreso fue aprobada. De modo que, a mediados de 2016, se sancionó la Ley N° 1.787, la cual introdujo nuevos elementos dado que era más abarcativa que el decreto expedido por el ejecutivo<sup>29</sup>. La ley reasignó funciones a distintos organismos e instituciones estatales y buscó agilizar los tiempos al momento de otorgar licencias para cada uno de los eslabones de la cadena productiva<sup>30</sup>. De esta forma, el Congreso “excluyó del Código Penal las sanciones para el cultivo y comercialización del cannabis de uso terapéutico y científico” (García Carvajal y Villa Arévalo, 2023, p.51), para quienes cuenten con las licencias correspondientes.

Un año después, en 2017, el Poder Ejecutivo, por medio del el Ministerio de Salud y de Protección Social, publicó el Decreto 613 que reglamentó aquella Ley y especificó aún más

---

<sup>28</sup>Decreto Nacional 2467/15 -Por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6 y 8 de la Ley 30 de 1986, Boletín oficial de la República de Colombia, 22/12/2015.

<sup>29</sup>La Ley N° 1.787 también fue popularmente conocida como Ley Galán, en referencia al apellido de su autor.

<sup>30</sup>Ley N° 1.787 de 2016, sancionada por el Congreso de la República de Colombia. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80394>.

su contenido<sup>31</sup>. El mismo derogó el Decreto presidencial anterior y creó un marco legal para el acceso al cannabis y sus derivados. A través de este, se pretendió regular la evaluación, el seguimiento y el control del cannabis y sus derivados con fines médicos y científicos. También introdujo la conformación del Grupo Técnico de Cupos (organismo gubernamental encargado del seguimiento, la evaluación y el análisis de las solicitudes) e incorporó beneficios para los pequeños productores y cultivadores de cannabis para fines medicinales.

De este modo, el decreto estableció determinaciones fundamentales, y entre ambas legislaciones se delinearón los tipos de licenciamientos, así como la documentación que debe presentarse para tramitar las solicitudes. Por lo tanto, sostenemos que estas normativas estructuraron las bases para el desarrollo de una industria del cannabis medicinal definiendo requisitos, licencias y cupos para cada una de las instancias de la cadena productiva; a la vez que establecieron los tipos de productos que pueden ser comercializados<sup>32</sup>. De acuerdo a lo establecido por estas normas, en Colombia el acceso al cannabis medicinal tiene lugar a partir de una regulación de la oferta mediante la construcción de un sistema de licencias que son otorgadas a privados según la actividad que realizan (Aguilar et al., 2018).

Fue mediante “estos instrumentos, que el Estado colombiano asumió el control y la regulación de las actividades de cultivo, producción y fabricación del cannabis y sus derivados con fines medicinales y científicos” (Ramírez, 2019, p.18). Se definieron cuatro tipos de licencias: a) licencia para fabricar derivados del cannabis, b) licencia de uso de semillas para siembra, c) licencia de cultivo de plantas de cannabis psicoactivo, y d) licencia de cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo. Al mismo tiempo, se estableció que no se requieren autorizaciones para el desarrollo del autocultivo (fijando el límite para el mismo en 20 plantas)<sup>33</sup>. Además, los usuarios que quieran acceder a cualquiera de los productos

---

<sup>31</sup>Decreto Nacional 613/17 - Reglamentación de la Ley 1787/16 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis, Boletín oficial de la República de Colombia, 10/4/2017.

<sup>32</sup>Decreto Nacional 613/17 - Reglamentación de la Ley 1787/16 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis, Boletín oficial de la República de Colombia, 10/4/2017.

<sup>33</sup>Decreto Nacional 613/17 - Reglamentación de la Ley 1787/16 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis, Boletín oficial de la República de Colombia, 10/4/2017.

disponibles deben anotarse a un registro de usuarios y contar con estudios clínicos que avalen el uso de cannabis medicinal para el tratamiento de sus patologías o dolencias.

En última instancia, ante las presiones de la Asociación Colombiana de Industrias de Cannabis y otros gremios de pequeños y medianos productores para poder exportar flores secas con fines medicinales comercialmente, en 2021 se sancionó el Decreto 811 (García Carvajal y Villa Arévalo, 2023). El mismo modifica a su precedente y permite la siembra, comercialización, exportación e importación con fines investigativos y de uso medicinal de Cannabis. De esta forma, introdujo los usos industriales y “deja las reglas claras para la comercialización internacional de materia prima y de productos terminados a base de cannabis” (Fagua Cárdenas, 2021, p.23)<sup>34</sup>. Reafirmando las intenciones de proyectar el sector productivo al mercado internacional, por medio del aprovechamiento de las ventajas comparativas con las que cuenta Colombia, para la exportación de productos industriales y productos médicos (Agudelo, Tirado y Jiménez, 2023) -instalando la distinción entre ambos<sup>35</sup>. A la vez que expande el número de licencias, especificando aún más cada una de las etapas del proceso productivo. No obstante, los incentivos para el desarrollo del mercado interno han sido precarios, debido a que muchos de los productos que pueden ser exportados no pueden ser comercializados al interior del país.

A raíz de este desarrollo normativo, Martínez Rivera (2019) afirma que está claro que en este caso “se abrió la puerta no sólo a la investigación científica sino a un negocio que cada vez toma más fuerza en el mundo” (p.2), apuntando a la creación de una industria farmacéutica con proyección internacional.

---

<sup>34</sup>Decreto Nacional 811/21 - se sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis, Boletín oficial de la República de Colombia, 23/7/2021.

<sup>35</sup>El Decreto 811 distingue entre ambos y sostiene que los productos con “fines industriales: Son los usos distintos a los médicos y científicos; entre ellos, pero sin limitarse a estos, los usos de las fibras, usos hortícolas o para alimentos, bebidas, suplementos dietarios y usos cosméticos del grano, componente vegetal y de los derivados no psicoactivos de cannabis para uso humano y veterinario” (Presidencia de la República de Colombia, 2021, Capítulo 1. Artículo Artículo 2.8.11.1.3.); en tanto, los que tienen “fines médicos: .Son los usos humanos y/o veterinarios terapéuticos destinados a la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación y paliación” (Presidencia de la República de Colombia, 2021, Capítulo 1. Artículo Artículo 2.8.11.1.3.).

### **Capítulo III. El acceso real al cannabis medicinal: limitaciones y desafíos**

Tanto a nivel internacional como regional, los marcos regulatorios que se proponen ordenar el acceso al cannabis medicinal están aún en una etapa de experimentación y aprendizaje. En general, estos procesos han avanzado de forma cautelosa y gradual, siendo muy estrictos en la evaluación del control de la trazabilidad y la calidad de los productos (López y Gómez Roca, 2021). Tal rigurosidad ha contribuido al surgimiento de diversas dificultades para garantizar el acceso a los usuarios en cada uno de los casos. Dichas complicaciones pueden vincularse con el espíritu mismo de las normativas sancionadas, así como también con el contexto social, político, económico y cultural de cada uno de los países. A continuación, se desarrollan las dificultades que han encontrado cada uno de los casos para garantizar el acceso al cannabis medicinal.

#### **Uruguay**

A pesar de que el proceso normativo avanzó con los sucesivos gobiernos, las condiciones reales de acceso para los usuarios no han sido óptimas ni se ajustan completamente a lo estipulado por la legislación. Como se mencionó, fue dos años después de la publicación del Decreto 46/015 cuando comenzó a comercializarse legalmente el primer producto con cannabis medicinal, tras la publicación del Decreto 298/017. Este autorizó la venta de productos farmacéuticos bajo la categoría de “Venta Bajo Receta Profesional” y reguló los productos con cannabis no psicoactivo: CBD o menos del 1% de THC, lo que generó críticas debido a la “baja potencia” de las cantidades establecidas para los tratamientos.

La baja cantidad de CBD y THC que contienen los fármacos comercializados en el mercado legal derivó en una de las principales críticas hacia el marco regulatorio: gran parte de los usuarios se ven obligados a recurrir al mercado ilegal o “mercado gris” para conseguir sus productos<sup>36</sup>. Andrea Krell, la CEO de la empresa *YVY Science* sostuvo, en una entrevista con *El Observador* en 2022, que “hoy por hoy aquellos uruguayos a quienes se les indica THC (el componente psicoactivo del cannabis) para su tratamiento deben recurrir al mercado

---

<sup>36</sup>Ariet, A. (2 de agosto de 2023). “Cannabis en Uruguay: una legalización con luces y sombras”. *Dw.com*. Recuperado de <https://www.dw.com/es/cannabis-en-uruguay-una-legalizaci%C3%B3n-con-luces-y-sombras/a-66422741>

clandestino, y quienes necesitan CBD (el componente activo), solo pueden acceder a éste en concentraciones muy bajas (de 3%, 5% y 10% de CBD)”<sup>37</sup>.

Así, a pesar de que según la Ley N° 19.847 actualmente se encuentran regulados cuatro tipos de productos, uno de los principales reclamos por parte de la comunidad médica-científica y de los usuarios es que la oferta de fármacos es reducida. A la vez que denuncian la falta de capacitación de farmacéuticos y de médicos en la materia.

En 2021, *elDiario.Ar* publicó un artículo donde denunciaba que, a 4 años de la regulación que habilitó el consumo medicinal de cannabis en Uruguay, tan solo tres fármacos podían conseguirse en el mercado legal<sup>38</sup>. Los tres destinados al tratamiento de la epilepsia refractaria y con precios exorbitantes que volvían muy restringido su acceso para los pacientes<sup>39</sup>. El alto costo se vincula, al menos en parte, con la necesidad de importar materias primas para el desarrollo de los productos y la falta de cobertura pública de estos medicamentos.

Pese a que las sucesivas regulaciones han aumentado la cantidad de productos disponibles, *El Observador* publicó en 2023 que los 13 productos registrados en el Ministerio de Salud Pública (MSP) eran todos para el tratamiento de epilepsia refractaria<sup>40</sup>. No obstante, la Ley N°19.847 estableció la posibilidad de importar otros productos no disponibles en el mercado local. Sin embargo, esto no parecería ser una respuesta a la escasez de productos disponibles, puesto que la importación implica un costo altísimo para los uruguayos debido al tipo de cambio. Además, se debe mencionar la complejidad del procedimiento

---

<sup>37</sup>“Presidencia da luz verde a decreto que mejora el acceso al cannabis medicinal”. (16 de noviembre de 2022). *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/cannabis-medicinal-presidencia-da-luz-verde-a-decreto-que-mejora-al-acceso--2022111513320>.

<sup>38</sup>Barreiro, R. (16 de octubre del año 2021). “Uruguay apuesta al cannabis medicinal: su aplicación reduce en tres veces el uso de opioides contra el dolor”. *elDiario.Ar*. Recuperado de [https://www.eldiarioar.com/sociedad/uruguay-apuesta-cannabis-medicinal-aplicacion-reduce-tres-veces-opioides-dolor\\_1\\_8401554.html](https://www.eldiarioar.com/sociedad/uruguay-apuesta-cannabis-medicinal-aplicacion-reduce-tres-veces-opioides-dolor_1_8401554.html).

<sup>39</sup>Barreiro, R. (16 de octubre del año 2021). “Uruguay apuesta al cannabis medicinal: su aplicación reduce en tres veces el uso de opioides contra el dolor”. *elDiario.Ar*. Recuperado de [https://www.eldiarioar.com/sociedad/uruguay-apuesta-cannabis-medicinal-aplicacion-reduce-tres-veces-opioides-dolor\\_1\\_8401554.html](https://www.eldiarioar.com/sociedad/uruguay-apuesta-cannabis-medicinal-aplicacion-reduce-tres-veces-opioides-dolor_1_8401554.html).

<sup>40</sup>“Decreto permite acceder al cannabis medicinal a través de ‘fórmulas magistrales’: receta del médico y preparación en farmacias”. (24 de febrero de 2023). *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/decreto-permite-acceder-al-cannabis-medicinal-a-traves-de-formulas-magistrales--202322317520>.

burocrático, la necesidad de contar con una receta médica especial y el conocimiento de proveedores en el extranjero (Queirolo et al., 2021).

Por su parte, los especialistas exigen una mayor capacitación para farmacéuticos respecto a la producción de fórmulas magistrales a base de cannabinoides. A su vez, denuncian que son pocos los médicos que cuentan con la formación necesaria para la prescripción de cannabis medicinal y, más específicamente, para la dosificación de sus componentes y creación de planes de tratamiento eficaces (Queirolo et al., 2021). De esta manera, la comunidad médico-científica reclama por más y mejor capacitación por parte del Estado y la Universidad.

Además, los investigadores demandan que el IRCCA y la JND se resisten a compartir datos de la implementación de esta política pública (Hudak, 2018), así como también les han limitado el acceso a medios para el desarrollo de investigaciones, como es el caso de las variedades y cultivos.

En última instancia, debemos mencionar las cuestiones vinculadas al desarrollo productivo e industrial. El desarrollo de la industria del cannabis ha sido tímido, sostienen Queirolo et al. (2021), y lo atribuyen, en parte, a las escasas licencias otorgadas para el cultivo y la industria. Esto se vincula con la incorporación tardía de disposiciones que regulan el desarrollo industrial, ya que fue recién en 2021 que el Decreto 246/021 incluyó “[...] la posibilidad de producir materias primas o productos semielaborados y exportarlos (a diferencia del decreto anterior que sólo permitía la exportación de productos terminados) con habilitación del Ministerio de Salud Pública (MSP)” (Queirolo et al., 2021, p.15).

Queirolo et al. (2021) comentan que “el proceso de otorgamiento de licencias es descrito por los entrevistados como complejo [...]. Las principales tensiones se perciben a nivel institucional, entre los organismos directamente involucrados en su otorgamiento” (p.17). Esto da cuenta de la complejidad del entramado institucional respecto de la temática de drogas en el país. En ella intervienen una multiplicidad de agencias gubernamentales que cuentan con lógicas diferentes y hasta contradictorias<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup>En el otorgamiento de licencias interviene no solo el IRCCA, sino también el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) y/o del MSP, dependiendo de la actividad

El Decreto 246/021 parece ser un intento de superación de dichas dificultades y demuestra el interés gubernamental para la obtención de licenciamientos para el desarrollo de la industria, tanto para mercado interno como a la exportación. No obstante, las dificultades para su desarrollo continúan hasta la actualidad, según los diversos actores involucrados. Los procesos de obtención de licencias son largos, burocráticos y engorrosos, desincentivando el crecimiento del sector (Queirolo et al., 2021).

Además del complejo entramado institucional, los productores se encuentran con altas exigencias en términos de calidad de los productos, con estándares farmacéuticos que resultan difíciles y costosos para las pequeñas industrias<sup>42</sup>. De esta manera, el gobierno en un intento por “garantizar la calidad de los productos y evitar el mal uso de la marihuana, ha creado una burocracia que dificulta el crecimiento del sector”<sup>43</sup>.

No solo las regulaciones funcionaron como un limitante para el desarrollo del sector, sino también la baja demanda del mercado local e internacional. A su vez, aumentó la competencia entre empresas por el aumento de la oferta en los mercados derivada de la creciente regulación del cannabis medicinal a nivel global<sup>44</sup>. Además se sumó la problemática del acceso a servicios bancarios, una de las más antiguas vinculadas a la legalización del consumo de Cannabis en Uruguay.

Al respecto de este punto, cuando Uruguay reguló el cannabis de uso adulto en 2013, muchos bancos uruguayos continuaron trabajando con farmacias que, en ese momento, comenzaron a comercializar cannabis. Sin embargo, poco después, los bancos que trabajaban con cuenta interbancaria en Estados Unidos fueron notificados de que debían

---

<sup>42</sup>Parks, K. (20 de septiembre de 2024). “Uruguay prometía ser potencia del cannabis medicinal y ahora enfrenta un éxodo empresarial”. *Bloomberg Línea*. Recuperado de <https://www.bloomberglinea.com/latinoamerica/uruguay/empresas-de-cannabis-salen-de-uruguay-el-primer-pais-que-legalizo-la-marihuana/>

<sup>43</sup>“El negocio de cannabis medicinal en Uruguay enfrenta un futuro incierto” (24 de septiembre de 2024). *AmericaRetail*. Recuperado de <https://america-retail.com/paises/uruguay/el-negocio-de-cannabis-medicinal-en-uruguay-enfrenta-un-futuro-incierto/>

<sup>44</sup>“El negocio de cannabis medicinal en Uruguay enfrenta un futuro incierto” (24 de septiembre de 2024). *AmericaRetail*. Recuperado de <https://america-retail.com/paises/uruguay/el-negocio-de-cannabis-medicinal-en-uruguay-enfrenta-un-futuro-incierto/>; “Crisis en la industria de cannabis medicinal : cerraron 116 empresas” (13 de febrero de 2024). *Ámbito*. Recuperado de <https://www.ambito.com/uruguay/crisis-la-industria-cannabis-medicinal-cerraron-116-empresas-n5944134>

dejar de trabajar con aquellas farmacias, ya que la venta de cannabis contrariaba la ley estadounidense (Hudak et al., 2018). Inevitablemente, esto afectó más tarde al mercado del cannabis medicinal ya que, según sostuvo Ignacio Bussy de *GreenMed*, las empresas están “operando en una industria legalmente establecida, pero sin acceso a servicios bancarios adecuados como si no lo fuera, lo que complica obtener créditos y manejar las finanzas”<sup>45</sup>, afectando al comercio interno y a la exportación.

Este conjunto de dificultades que afectó a las empresas derivó, en los últimos años, en la fuga de capitales y el cierre de muchas de ellas en el país, ya que “de las 150 empresas que empezaron en el negocio hace 10 años, junto con la legalización de la actividad, solo quedan 34”<sup>46</sup>. Por tal motivo, es evidente que “estos desafíos del sector productivo afectan la accesibilidad a productos farmacéuticos por parte de los pacientes” (Queirolo et al., 2021, p.19). En ese sentido, los perjuicios que sufren los usuarios han derivado en el desarrollo de una industria artesanal, ilegal y de dudosa calidad, cuyos productos son costosos para los pacientes.

En definitiva, a pesar de que las normativas que regulan el acceso al cannabis en Uruguay han supuesto la aplicación de políticas más pragmáticas, no han superado el prohibicionismo. Esto se debe a que continúa vigente la Ley de Estupefacientes sancionada en 1974, un marco normativo que regula las drogas desde una perspectiva prohibicionista. Por lo que, pese a que ha surgido un conjunto de normativas que avanzan en un sentido menos punitivo, estas siguen enmarcadas dentro del prohibicionismo (Sánchez Avilés, 2014).

En ese sentido, al observar las limitaciones con las que se encuentra la normativa al momento de garantizar el acceso a los usuarios, es evidente que el paradigma prohibicionista y punitivista presente en el derecho penal continúa jugando un papel central en lo que a drogas respecta. Esto constituye límites que afectan al cultivo, la producción y la comercialización de productos derivados del cannabis, ya que la prohibición respecto al uso

---

<sup>45</sup>Lapasta, B. (junio de 2024). “GreenMed, la planta de cannabis medicinal uruguaya que se prepara para ingresar al mercado europeo”. *Forbes UY*. Recuperado de <https://www.forbesuruguay.com/negocios/greenmed-planta-cannabis-medicinal-uruguaya-prepara-ingresar-mercado-europeo-n57834>

<sup>46</sup>“Crisis en la industria de cannabis medicinal : cerraron 116 empresas” (13 de febrero de 2024). *Ámbito*. Recuperado de <https://www.ambito.com/uruguay/crisis-la-industria-cannabis-medicinal-cerraron-116-empresas-n5944134>

de otras drogas se mantiene, exigiendo mayores requisitos y aplicando controles más estrictos que los que recaen sobre otros fármacos.

En este caso, como se observó anteriormente, las limitaciones no solo se vinculan con la superposición de normas a nivel interno, sino incluso con las normas de otros países con los que posee vínculos financieros, como es el caso de los bancos estadounidenses.

Asimismo, no debemos desconocer el rol de ciertas cuestiones que tienen que ver, no con el campo de lo legal, sino de lo simbólico: las controversias sociales, económicas, políticas, culturales e, incluso, religiosas derivadas de la estigmatización del uso recreativo del Cannabis (Guida et al., 2019). Esto ha contribuido a la falta de formación profesional, impulsada tanto desde la oferta académica como desde la demanda de los profesionales. Nudos problemáticos que han contribuido al desarrollo de procesos artesanales de producción de cannabis medicinal, que van por fuera de los circuitos legales. Esto, a su vez, agrava las desigualdades sociales y políticas derivadas de los altos costos y de las dificultades para el acceso al cannabis medicinal, ya que no han podido garantizarse derechos humanos fundamentales como el acceso a la salud (Menéndez, 2012; Tokatlian 2017).

### **Argentina**

Aunque la segunda reglamentación de la Ley N° 27.350, sancionada por el entonces presidente Alberto Fernández en 2020 respondió a muchas demandas de los usuarios y sus familias, en la práctica enfrenta dificultades. Así, a seis años de su sanción, el acceso al cannabis medicinal en Argentina sigue suponiendo diversos obstáculos. El primero de ellos tiene que ver con que, a mediados de 2022, solo se comercializaban cuatro productos a base de cannabis, todos con bajo valor terapéutico, por ser exclusivamente fabricados con CBD. Como resultado, la mayoría de los usuarios recurre al autocultivo o a cultivos solidarios.

La industria del cannabis no fue promovida de manera clara hasta 2023, cuando el presidente Alberto Fernández reglamentó la Ley N° 27.669, sancionada meses antes mediante el Decreto 405/2023, el cual estableció el "Marco Regulatorio para fomentar el desarrollo de la Industria del cannabis medicinal y el Cáñamo Industrial". Debido a que esta normativa es aún reciente, sus resultados no son todavía claros. Pero, a finales de 2023, la

ANMAT autorizó la comercialización del primer aceite de cannabis producido íntegramente en el país.

A esto debemos agregar el letargo que vivenciaron las organizaciones civiles a la hora de ser habilitadas a inscribirse en el REPROCANN, puesto que pudieron hacerlo recién a comienzos del 2023, a pesar de que su funcionamiento fue reglamentado en 2020<sup>47</sup>. Esto contribuyó a las dificultades que han experimentado los pacientes para acceder a productos y derivados del cannabis medicinal, ya que obstaculizó el vínculo con las ONGs que realizan cultivos solidarios. A comienzos de 2024, sólo 51 ONGs estaban “autorizadas a producirlo y cada una tiene habilitación para proveer hasta 150 pacientes lo que no permite absorber la necesidad de los más de 300.000 registrados”<sup>48</sup>. Esto constituye un panorama muy complejo en un mercado donde, como sostuvo Piero Liebman -abogado especialista en cannabis y director de la ONG WePlant- “el abastecimiento nunca está dado por productores industriales de cannabis. Lo más parecido a los productores son los cultivadores solidarios [...]”<sup>49</sup>.

En segundo lugar, se evidencian obstáculos que tienen que ver con los asuntos penales, la persecución policial y judicial de los cultivadores (Díaz et al., 2021). Existen múltiples testimonios de cultivadores que han sufrido la represión de fuerzas de seguridad, e incluso del Poder Judicial, a pesar de contar con las licencias necesarias para la producción y consumo de cannabis. Puesto que, aunque existe una ley que permite la investigación y el consumo de cannabis para fines medicinales, aún sigue vigente la Ley N° 23.737, enmarcada en el paradigma prohibicionista. Esto tiene como resultado una ambigüedad normativa en el ordenamiento jurídico nacional, por la superposición de una ley que reconoce y busca

---

<sup>47</sup>Duffort, M. (11 de junio de 2024). “Reprocann: ingresó a la Cámara de Diputados de la Nación Argentina un pedido de informes por la demora en las autorizaciones para el acceso al cannabis”. *Aire de Santa Fe*. Recuperado de <https://www.airedesantafe.com.ar/politica/reprocann-ingreso-la-camara-diputados-la-nacion-argentina-un-pedido-informes-la-demora-las-autorizaciones-el-acceso-al-cannabis-n587269>.

<sup>48</sup>Allende, J. (27 de abril de 2024). “cannabis medicinal: en medio de quejas por demoras en el registro, el Gobierno dice que el sistema está saturado por la alta demanda”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cannabis-medicinal-en-medio-de-quejas-por-demoras-en-el-registro-el-gobierno-dice-que-el-sistema-nid27042024/>.

<sup>49</sup>Allende, J. (27 de abril de 2024). “cannabis medicinal: en medio de quejas por demoras en el registro, el Gobierno dice que el sistema está saturado por la alta demanda”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cannabis-medicinal-en-medio-de-quejas-por-demoras-en-el-registro-el-gobierno-dice-que-el-sistema-nid27042024/>.

garantizar el derecho a la salud con el uso del cannabis y otra que obstaculiza su ejercicio y persigue penalmente a productores y usuarios (Calvo y Lampolio, 2021).

En tercer lugar, una limitación adicional que enfrentan los pacientes para acceder a sus tratamientos son las Obras Sociales o Prepagas. En varias ocasiones, la Justicia tuvo que intervenir para garantizar que cubrieran los tratamientos con cannabis que se negaban a autorizar argumentando que existían otros productos alternativos para esas afecciones. Esta cuestión contribuye a agravar las desigualdades sociales y económicas existentes, ya que recorta el acceso solo a aquellos que tienen los recursos suficientes para costear su propio tratamiento. Es por esto que, en más de un caso, el Poder Judicial se expidió y sostuvo que, según lo determina el Decreto 883/2020 las Obras Sociales, al igual que el Estado, “deberán dar cobertura para el uso de derivados de la planta de cannabis en aquellos pacientes con indicación médica”<sup>50</sup>.

Por último, encontramos las demandas de sectores de la comunidad médico-científica. Por una parte, existen quienes denuncian “escasa o nula capacitación de los profesionales de la salud y del público en general sobre esta temática” (Bertotto, Montoya y Uema, 2020, p.4), generando dificultades a la hora de recetar un tratamiento. Por otra parte, y en contradicción con los intereses de los pacientes y, en particular de las madres cultivadoras, ciertos sectores médico-científicos presentan resistencia ante la legalidad y desarrollo del autocultivo del cannabis medicinal. Esto se debe a que los mismos aseguran que no existen mecanismos por parte del Estado para controlar la calidad de los extractos y/o aceites elaborados de manera artesanal por los usuarios, sus familiares y/o ONGs (Bertotto et al., 2020). De este modo, sostienen, que no se puede garantizar la eficacia y la seguridad en la utilización de dichos productos.

Pablo Ordoñez, defensor público oficial ante un caso que llegó a la Corte Suprema, sostuvo que “tiene que haber un control sobre las madres cultivadoras”, es necesaria una mayor presencia y control por parte del Estado en lo que al autocultivo refiere a través del

---

<sup>50</sup>Vazquez, B. (21 de octubre de 2021). “La Corte Suprema decidió que obras sociales y el Estado deberán cubrir el tratamiento con cannabis medicinal”. *Clarín*. Recuperado de [https://www.clarin.com/sociedad/corte-obligara-obras-sociales-cubrir-tratamiento-cannabis-medicinal\\_0\\_G5A-fSs7V.html](https://www.clarin.com/sociedad/corte-obligara-obras-sociales-cubrir-tratamiento-cannabis-medicinal_0_G5A-fSs7V.html)

REPROCANN<sup>51</sup>. Entre los diversos sectores que desde hace tiempo denuncian una alta demora en la obtención de las licencias, la Justicia ha reconocido que los tiempos de dicho registro son largos y los obstáculos burocráticos que atraviesan quienes deseen inscribirse en él pueden desalentar a hacerlo<sup>52</sup>. Es por ello que en uno de sus fallos ha instado al organismo a acelerar los procesos.

En esta dirección apuntó la gestión del actual presidente de la República Argentina, Javier Milei, ya que, como se desarrolló en el capítulo previo, introdujo modificaciones en las normativas que regulan el acceso al cannabis medicinal. De esta manera, no solo modificó algunos de los requisitos para acceder al REPROCANN, con el fin de establecer mayores controles sobre quienes se inscriben en el Registro, sino que ordenó la intervención de la ARICCAME con el objetivo de agilizar los procesos burocráticos. Esto ocurrió debido a que, según el gobierno, en la auditoría realizada sobre el organismo “se encontró un cuello de botella de más de cien mil solicitudes pendientes de revisión, de las cuales ocho de cada diez prescripciones indicadas son por trastornos de ansiedad, insomnio y/o dolores”<sup>53</sup>, a la vez que denunció la inconsistencia derivada de que gran parte de las prescripciones han sido realizadas por los mismos médicos.

A pesar de que el gobierno afirma que estos cambios buscan mejorar el acceso, los usuarios y sus organizaciones argumentan que, en realidad, lo complican y restringen. Por un lado, esto se debe a que al limitar el acceso solo a quienes no tienen antecedentes penales, excluye a muchos cultivadores “que han sido detenidos por tener plantas de marihuana en su casa con el fin de generar aceites paliativos del dolor para ellos mismos o para sus

---

<sup>51</sup>Allende, J. (5 de julio de 2022). “cannabis medicinal : por qué la Corte definió que es necesario un registro público para el autocultivo”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cannabis-medicinal-por-que-la-corte-definio-que-es-necesario-un-registro-publico-para-el-autocultivo-nid05072022/>

<sup>52</sup>Allende, J. (27 de abril de 2024). “cannabis medicinal : en medio de quejas por demoras en el registro, el Gobierno dice que el sistema está saturado por la alta demanda”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cannabis-medicinal-en-medio-de-quejas-por-demoras-en-el-registro-el-gobierno-dice-que-el-sistema-nid27042024/>

<sup>53</sup>Devanna, C. (1 de julio de 2024). “El Gobierno restringirá el acceso al programa de cannabis medicinal”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/politica/el-gobierno-restringira-el-acceso-al-programa-de-cannabis-medicinal-nid01072024/>

hijos”<sup>54</sup>. Esta situación, como explica Labiano (2018), da cuenta de que la regulación del cannabis medicinal en Argentina es tan solo una pequeña grieta en la visión prohibicionista, de modo que supone tan solo un pequeño cambio en el subsistemas de drogas a nivel nacional. Dado que se sostiene la prohibición de otros usos no medicinales o científicos, sobre el cultivo, la producción, comercialización, etc., a la vez que se mantiene la perspectiva punitivista mediante el uso de fuerzas policiales y militares (Sánchez Avilés, 2014; Tokatlian, 2017). Esto se debe a que la legislación nacional presenta una ambigüedad, ya que, aunque la Ley N°27.350 reconoce el uso medicinal del cannabis, sigue vigente la Ley N°23.737. Esta última, recordemos, se encuentra enmarcada en el RIDI, que persigue penalmente a productores y usuarios. Esto, además, se ha agravado por la demora en la renovación de licencias, dejando a muchos cultivadores, que obtuvieron sus plantas legalmente, desprotegidos al no poder extender sus licencias<sup>55</sup>. De este modo, quedó totalmente desconocido el recorrido de las organizaciones y madres cultivadoras que luchan desde hace años por no ser penalizadas por cultivar y producir medicinas de consumo personal o para sus hijos.

Por otro lado, el requisito que establece que solo pueden recetar productos derivados de cannabis quienes cuenten con un título de posgrado (maestría o diplomatura) que los avale en el área, es considerado “discriminatorio” por parte de los usuarios<sup>56</sup>. Como resultado, esta disposición torna el acceso al cannabis más elitista, debido a que este tipo de capacitaciones no son brindadas por el Estado, sino que son privadas, por lo que son escasos los médicos que cuentan con las mismas.

---

<sup>54</sup>Muñoz, N. (6 de septiembre de 2024). “La promesa truncada: como nuevas restricciones ponen en jaque el acceso al cannabis medicinal en Argentina”. *Bacap*. Recuperado de <https://bacap.com.ar/2024/09/06/la-promesa-truncada-como-nuevas-restricciones-ponen-en-jaque-el-acceso-al-cannabis-medicinal-en-argentina/>

<sup>55</sup>Allende, J. (27 de abril de 2024). “cannabis medicinal : en medio de quejas por demoras en el registro, el Gobierno dice que el sistema está saturado por la alta demanda”. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cannabis-medicinal-en-medio-de-quejas-por-demoras-en-el-registro-el-gobierno-dice-que-el-sistema-nid27042024/>

<sup>56</sup>Muñoz, N. (6 de septiembre de 2024). “La promesa truncada: como nuevas restricciones ponen en jaque el acceso al cannabis medicinal en Argentina”. *Bacap*. Recuperado de <https://bacap.com.ar/2024/09/06/la-promesa-truncada-como-nuevas-restricciones-ponen-en-jaque-el-acceso-al-cannabis-medicinal-en-argentina/>

A partir del desarrollo precedente, otra de las dificultades que atraviesan los usuarios en el acceso tiene que ver con la escasez de productos ofertados por la industria cannábica y la falta de capacitación de los profesionales de la salud, lo cual, como plantean Corda et al. (2019), suele contribuir al desarrollo de procesos artesanales de cultivo, procesamiento y formación por parte de los usuarios y sus familiares. Pero, a pesar de encontrarse legalizado el autocultivo en este caso, también encuentra obstáculos vinculados a los entramados burocráticos y sus tiempos que no lo facilitan. De igual manera, los tiempos burocráticos tampoco facilitan el funcionamiento de las ONGs que realizan cultivo solidario. Esta coyuntura no sólo da cuenta de la persistencia del paradigma prohibicionista al momento de abordar esta problemática, sino también de que el uso de cannabis medicinal aún está sujeto a múltiples y diversas controversias derivadas de la estigmatización de su uso recreativo (Guida et al., 2019). Esta situación ha contribuido a profundizar las desigualdades sociales, afectando especialmente a los sectores más pobres, no sólo respecto de las prácticas coercitivas y persecutorias, sino también en lo referido al goce de derechos fundamentales, como la salud (Menéndez, 2012; Tokatlian 2017).

Hasta el momento, ninguna de tales limitaciones en el acceso ha logrado ser resuelta con las nuevas reglamentaciones y/o resoluciones expedidas por los diversos gobiernos nacionales. Es por esta razón que diversos gobiernos subnacionales -como Santa Fe, Chubut o CABA- han comenzado a sancionar sus propias leyes y decretos para garantizar el acceso de los usuarios en su territorio.

## **Colombia**

Si bien en los Decretos 613/17 y 811/21 parecieran favorecer a los pequeños y medianos productores, lo cierto es que “el principal obstáculo que enfrentan los pequeños y medianos productores ha sido precisamente la misma legislación” (Martínez Rivera, 2018, p.18)<sup>57</sup>.

Estos sectores sociales han tenido grandes dificultades para insertarse y desarrollarse en este sector productivo. Fagua Cárdenas (2021), como resultado de un ciclo de entrevistas, concluye que esto responde a dos grandes motivos. Por un lado, los procesos para tramitar las licencias son demasiado costosos para los pequeños o medianos productores. Debido a

---

<sup>57</sup>Aquellos que poseen menos de 5.000 m<sup>2</sup> cultivados (Presidencia de la República de Colombia, 2017, Decreto 316).

que implica gastos que incluyen desde las asesorías legales previas, hasta gastos de evaluación de calidad de los productos que deben ser costeados por quienes solicitan las licencias. En ese sentido, diferentes cultivadores sostuvieron que para comenzar a producir se necesita, como mínimo, una inversión inicial de cincuenta mil dólares<sup>58</sup>. A la vez, los procesos son demasiado largos, ante la imposibilidad por parte del Estado de procesar toda la información y documentación que solicita para las licencias (Fagua Cárdenas, 2021).

Por otro lado, a causa de que el tipo de legislación que estableció Colombia apunta al desarrollo de una industria farmacéutica con proyección internacional, los productores deben cumplir con estándares y protocolos de producción internacionales. Esto hace que los procesos de evaluación de calidad sean mucho más engorrosos, estrictos y lentos, lo cual, sumado a los altos costos, acaba desalentando a los productores.

Además, otra traba para la inclusión de los pequeños y medianos productores en el circuito legal es la prohibición de cultivar cannabis medicinal en terrenos previamente utilizados por el narcotráfico, según el Capítulo 2 del Decreto 613<sup>59</sup>. Esto implica un alto costo de erradicación y de re-siembra de los cultivos, tanto por la inversión requerida, como por los tiempos prolongados que supone, durante los que no se puede cosechar. Así, se fomenta que los productores continúen operando en la ilegalidad. Al respecto, Fagua Cárdenas (2021) señala que:

Ante los elevados costos de las asesorías privadas y la falta de respuesta del Estado, se fueron creando barreras de acceso al mercado del cannabis para las personas que buscan licenciarse como pequeños y medianos cultivadores, las cuales no cuentan con el músculo financiero para invertir altas sumas de dinero. (p. 37)

Asimismo, el acceso a créditos por parte de los productores no ha sido fácil debido a que, como se desarrolló en el caso uruguayo, los servicios bancarios también se han encontrado con las limitaciones normativas bancarias vigentes en EEUU (López y Gómez Roca, 2021). De

---

<sup>58</sup>Díaz, D. y otros (28 de agosto de 2022). "La promesa del cannabis medicinal se esfuma para los pequeños productores". *El País*. Recuperado de [https://elpais.com/america-colombia/2022-08-28/la-promesa-del-cannabis-medicinal-se-esfuma-para-los-pequenos-productores.html?event=fa&event\\_log=fa&prod=REGCRART&o=cerrado](https://elpais.com/america-colombia/2022-08-28/la-promesa-del-cannabis-medicinal-se-esfuma-para-los-pequenos-productores.html?event=fa&event_log=fa&prod=REGCRART&o=cerrado).

<sup>59</sup>Decreto Nacional 613/17 - Reglamentación de la Ley 1787/16 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis, Boletín oficial de la República de Colombia, 10/4/2017.

esta forma, quienes efectivamente han logrado la obtención de licencias para desarrollarse en el sector fueron los grandes laboratorios, ya que son los que cuentan con los recursos económicos y legales necesarios para enfrentar el proceso de licenciamiento.

A su vez, la inserción en el mercado internacional no solo refiere a la exportación, sino también a la importación, produciendo una competencia desleal con los pequeños productores locales. Así, “las grandes compañías se presentan entonces como una amenaza al cumplimiento de todos los objetivos de la legalización” (Vélez, 2017, p.343), acaparando el mercado local y las inversiones extranjeras.

De esta forma, los altos costos de producción -derivados del cumplimiento de las normativas- se reflejan en los precios de los productos, lo cual restringe el acceso de los pacientes y empuja a ciertos sectores al consumo de productos artesanales. Además, las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) han buscado interpretaciones legales para negar la cobertura de tratamientos con productos a base de cannabis medicinal, argumentando que no están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Esto ha vedado el acceso para muchos pacientes, los cuales -en algunos casos- acaban recurriendo al Poder Judicial en busca de una sentencia favorable a la cobertura de sus tratamientos<sup>60</sup>.

Esta situación es especialmente crítica debido a que en Colombia “los tratamientos pueden llegar a costar más de 100 dólares mensuales, un valor inaccesible para muchos. Esto ha implicado que muchos pacientes usen medicamentos artesanales, menos costosos pero también más riesgosos”<sup>61</sup>. Jaime Jaramillo (médico anesthesiólogo) determinó que “el

---

<sup>60</sup>Sacristan, J. F. (15 de febrero de 2024) “Pacientes con dolores crónicos podrán acceder a marihuana medicinal: esta fue la petición de la Corte Constitucional al Ministerio de Salud”, en el portal del medio *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/colombia/2024/02/15/pacientes-con-dolores-cronicos-podran-acceder-a-marihuana-medicinal-esta-fue-la-peticion-de-la-corte-constitucional-al-ministerio-de-salud/>.

<sup>61</sup>El salario mínimo en Colombia durante 2022 era de un millón de pesos colombianos, es decir 250 dólares aproximadamente (Salazar Castellanos, 2021) Díaz, D. (19 de septiembre de 2022). “La promesa del cannabis medicinal en Colombia aún es una costosa utopía para los pacientes”. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/america-colombia/2022-09-19/la-promesa-del-cannabis-medicinal-en-colombia-a-un-es-una-costosa-utopia-para-los-pacientes.html>.

Gobierno no aplicó la Ley de forma rigurosa, y dejó vacíos jurídicos y médicos que afectan principalmente a los pacientes”<sup>62</sup>.

A partir de esto, en 2021, Miguel Samper, presidente de la Asociación Colombiana de Industrias de Cannabis (Asocolcanna), expresó: "Estamos exportando principalmente a Canadá, Alemania, Israel y Australia, pero estamos jugando el mundial sin tener liga nacional en Colombia"<sup>63</sup>. Los actores hacen referencia a que se están cumpliendo lo establecido por las normativas desarrollando productos que cumplen con los estándares necesarios para insertarse en el mercado internacional, es decir que los esfuerzos y recursos se dirigen a producir para exportar. Pero no se está logrando garantizar el acceso para los colombianos en el mercado local. Muchos atribuyen esta situación a que, un marco normativo que surgió como forma de garantizar el acceso a la salud desde un enfoque de la salud pública, pronto viró hacia la idea de desarrollar un negocio altamente rentable (Martínez Rivera, 2018).

Los productores reconocen que existe en realidad un mercado local, ya que hay usuarios de cannabis medicinal en el país. No obstante, sostienen que es un mercado atendido por la ilegalidad, afectando a la industria formal que ha realizado grandes inversiones en cumplir con los altos estándares y desarrollar productos seguros. Esto se vincula no solo con el alto costo de los productos legales, sino que también deriva de la prohibición para la compra y venta en el mercado legal de flores de cannabis o cogollos para uso medicinal<sup>64</sup>. Estas debilidades en la legislación produce que la demanda sea atendida en la ilegalidad y la criminalidad, con productos de mala calidad y dudosa procedencia, descuidando la salud de los pacientes<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup>Díaz, D. (19 de septiembre de 2022). "La promesa del cannabis medicinal en Colombia aún es una costosa utopía para los pacientes". *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/america-colombia/2022-09-19/la-promesa-del-cannabis-medicinal-en-colombia-a-un-es-una-costosa-utopia-para-los-pacientes.html>.

<sup>63</sup>"Colombia debate avanzar hacia la legalización del cannabis para uso recreativo" (29 de noviembre de 2022). *Página12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/502719-colombia-debate-avanzar-hacia-la-legalizacion-del-cannabis-p>.

<sup>64</sup>Mejía, M. (4 de junio de 2024) "Crisis en la producción legal de marihuana en Colombia: empresarios aseguran que la legislación es imposible de cumplir". *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/colombia/2024/06/04/asocolcanna-denuncia-estandares-inalcanzables-para-la-venta-y-comercializacion-del-cannabis/>.

<sup>65</sup>Pixammo, S. L. (14 de marzo de 2024). "Las fallas en la regulación están marchitando la industria de la marihuana en Colombia". *Voz de América*. Recuperado de

No obstante, hacia finales de septiembre de 2024, el Ministerio de Salud publicó un proyecto que propone modificar el Decreto 811. El mismo busca garantizar el acceso al cannabis controlado y seguro para los pacientes<sup>66</sup>. Entre las modificaciones que se realizarían resaltan aquellas que permitirían la distribución legal de la flor de marihuana en farmacias y hospitales. Además, buscaría ajustar la normativa para beneficiar a pequeños y medianos cultivadores con transferencia de conocimientos y adquisición de materiales<sup>67</sup>.

Sin embargo, el problema del desarrollo de un mercado local aún no ha encontrado solución por parte de los distintos gobiernos que se han sucedido. Al mismo tiempo, la inserción en el mercado internacional tampoco resultó como se había previsto. En 2019, Fedesarrollo publicó un estudio en el que estimaba que para 2025 esta industria lograría exportar más de 800 millones de dólares. Pero para 2023 apenas logró exportar 30 millones, lo cual pone de manifiesto la “disparidad entre las expectativas y la realidad económica del sector”<sup>68</sup>.

Según afirma Asocolcanna, sólo el 1% de las hectáreas licenciadas para el cultivo de cannabis medicinal han sido efectivamente utilizadas<sup>69</sup>. Esta situación derivó en el cierre de varias empresas, la pérdida de empleos y una caída en las inversiones, ya que las expectativas de crecimiento y rentabilidad del sector se han desvanecido con el paso de los años. Como consecuencia, los productores exigen normativas más pragmáticas y adaptadas a las necesidades del sector y los usuarios.

---

<https://www.vozdeamerica.com/a/las-fallas-en-la-regulacion-estan-marchitando-la-industria-de-la-marihuana-en-colombia/7524769.html>.

<sup>66</sup>Moreno González, N. (20 de septiembre de 2024). “Minsalud propone cambios clave al acceso medicinal del cannabis en Colombia”. *Consultor Salud*. Recuperado de <https://consultorsalud.com/minsalud-acceso-medicinal-cannabis-colombia/>.

<sup>67</sup>Pardo, J. (19 de septiembre de 2024) “Importante cambio en la comercialización de cannabis en Colombia: este es el producto que podrá venderse libremente y hasta ser formulado por los médicos”. *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/colombia/2024/09/19/importante-cambio-en-la-comercializacion-de-cannabis-en-colombia-ahora-este-elemento-podra-venderse-libremente-y-hasta-ser-formulado-por-los-medicos/#:~:text=%E2%80%9CColombia%20por%20fin%20va%20a,congresista%20en%20sus%20redes%20sociales>

<sup>68</sup>Mejía, M. (4 de junio de 2024) “Crisis en la producción legal de marihuana en Colombia: empresarios aseguran que la legislación es imposible de cumplir”. *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/colombia/2024/06/04/asocolcanna-denuncia-estandares-inalcanzables-para-la-venta-y-comercializacion-del-cannabis/>

<sup>69</sup>Mejía, M. (4 de junio de 2024) “Crisis en la producción legal de marihuana en Colombia: empresarios aseguran que la legislación es imposible de cumplir”. *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/colombia/2024/06/04/asocolcanna-denuncia-estandares-inalcanzables-para-la-venta-y-comercializacion-del-cannabis/>

Resulta claro, entonces, que en Colombia uno de los principales obstáculos para el acceso al cannabis medicinal se relaciona con las problemáticas vinculadas al narcotráfico. En este caso, a diferencia de otros, no parecen ser víctimas de persecución quienes realizan el autocultivo o son usuarios de cannabis medicinal, sino que quienes enfrentan los mayores problemas son los productores, especialmente los pequeños y medianos. En ese sentido, es importante atender a la particularidad del caso: un país que sufre graves problemas derivados de la producción y el tráfico de drogas desde hace décadas, y que fue blanco internacional de la lucha contra el narcotráfico (Vélez, 2017). Así, a pesar de que el país ha despenalizado la posesión de dosis para consumo personal prematuramente, se ha mantenido dentro de los límites de la perspectiva más punitivista del RIDI (Sánchez Avilés, 2014), el cual aún juega un rol importante en materia de drogas. Esto se manifiesta de manera evidente en la prohibición de cultivar en tierras que previamente han sido utilizadas por el narcotráfico.

Este marco regulatorio, aún basado en el prohibicionismo, tiene consecuencias sobre los usuarios. La estigmatización que recae sobre la producción y el consumo de cannabis, ha limitado la posibilidad de desarrollo de un mercado local legal, a partir de la imposición de altos estándares y -sus consecuentes- elevados costos de producción (Guida et al., 2019; Fagua Cárdenas, 2021). Esto ha dado lugar a un mercado artesanal e ilegal, sobre el cual el Estado no puede garantizar la trazabilidad y que pone en riesgo el derecho a la salud de los usuarios. En este sentido, la regulación del cannabis medicinal tan solo se constituye como una aplicación menos estricta del punitivismo dentro de un marco todavía prohibicionista (Sánchez Avilés, 2014). Esta situación afecta esencialmente a los sectores sociales más pobres, no sólo a partir de las dificultades para garantizar el derecho a la salud, sino también por las dificultades que deben atravesar los pequeños y medianos productores para insertarse en un mercado con estándares demasiado altos, siendo vulnerables a prácticas persecutorias y/o coercitivas (Menéndez, 2012; Tokatlian, 2017).

## **Capítulo IV. Conclusiones**

Al comienzo de estas páginas sostuvimos como supuesto que, en Uruguay, Argentina y Colombia, existe una distorsión entre los mecanismos establecidos en las normativas para el acceso al cannabis medicinal y las condiciones en que efectivamente acceden los usuarios al mismo. Para dar cuenta de dicha distorsión, que inicialmente vinculamos a una ambigüedad normativa en los ordenamientos jurídicos nacionales, hemos realizado un análisis acerca del acceso al cannabis medicinal en cada uno de los casos mencionados.

Para ello, en el primer capítulo realizamos un acercamiento a los contenidos teóricos considerados necesarios para la comprensión del enfoque de reducción de daños como perspectiva teórica, del cannabis medicinal como objeto de estudio y de los casos seleccionados. Luego, en el segundo capítulo, propusimos un recorrido por los contextos en que surgieron cada uno de los marcos regulatorios que rigen el acceso al cannabis medicinal en cada caso, reconociendo que la particularidad de los mismos ha sido determinante para la formulación de las normativas. De allí que, en el mismo capítulo, tuvo lugar el análisis de los mecanismos para el acceso que se han establecido en cada uno de los marcos regulatorios. Posteriormente, en el tercer capítulo, se procedió a un reconocimiento de las limitaciones que aquellas regulaciones constituyen al momento de garantizar el acceso al cannabis medicinal a los usuarios en cada caso.

De aquí que sostenemos que, a pesar de la contemporaneidad de las normativas, los procesos a través de los cuales se reguló el acceso al cannabis medicinal han sido sumamente heterogéneos, respondiendo a las características de cada uno de los casos. No podemos desconocer la diversidad existente entre las sociedades en que tuvo lugar el debate acerca del cannabis medicinal, las experiencias particulares de los sujetos, los modos de organización de la sociedad civil, la relación histórico-cultural con la planta, la demanda y los procesos productivos existentes (Aguilar et al., 2018). La coyuntura política y la memoria histórica de cada una de las sociedades han jugado un rol determinante, ya que las particularidades de cada caso dieron lugar a una respuesta diferente a la demanda por la regulación del uso medicinal del cannabis.

Es así que cada una de las experiencias regulatorias fue distinta a las otras, lo cual tuvo correlatos en los modos en que se pensó el acceso y la producción en cada caso analizado.

Existen divergencias en los modos en que se han comprendido la oferta y la demanda en los marcos regulatorios. De esta manera, difieren los requisitos exigidos para los usuarios, los modos de expendio y las vías de acceso e, incluso, los componentes químicos regulados (composición de cannabinoides). Asimismo, en cada marco se establecieron diversas formas de comprender -y hasta de potenciar- el proceso productivo, definiendo tipos y variedades de productos autorizados y medios de suministro, así como también definieron el rol que el Estado toma en dicho proceso, en especial en lo relativo a la fiscalización y el control. De esta suerte que, aunque es posible encontrar similitudes entre los casos analizados, cada uno es único y diferente de los demás.

Por una parte, hemos observado que la particularidad del caso uruguayo está dada por haber logrado la despenalización del uso adulto de cannabis años antes que el medicinal. En este caso, la demanda se formuló “desde arriba” (Aguilar Villanueva, 1993), siendo una propuesta encabezada por el gobierno nacional, a través de un plan de gobierno cuyo objetivo era mejorar las condiciones de seguridad y de convivencia ciudadana. Dicha regulación se concretó mediante un conjunto de ejercicios legislativos y de políticas públicas (Aguilar et al., 2018), que propuso un abordaje desde la perspectiva de la salud pública, fundamentando la regulación en la mejora de las condiciones de seguridad (Corda et al., 2019). De esta forma, la normativa constituyó una agencia específica para el control del cannabis (IRCCA) y procuró esencialmente la regulación de la demanda (Aguilar et al., 2018).

Por otro lado, en el caso argentino, la demanda por la legalización del cannabis medicinal surgió “desde abajo” (Aguilar Villanueva, 1993), con la participación de un conjunto de actores que otorgaron una nueva imagen al consumo de cannabis, vinculada a las niñeces (Díaz et al., 2021). Así, se inició un proceso regulatorio signado por un conjunto de ejercicios legislativos y de política pública encabezado por el gobierno nacional (Aguilar et al., 2018). El espíritu de la ley y su actual reglamentación dan cuenta de un enfoque desde la salud pública y los derechos humanos, buscando fomentar la investigación científica y garantizar el acceso a la salud de manera irrestricta. Esto se ve reflejado en la concesión del autocultivo y el cultivo solidario, a la vez que no restringe el uso a ciertas enfermedades, sino que lo extiende a todos aquellos a quienes se les indique como tratamiento. Sin embargo, en este caso no existe un registro de usuarios, sino que los mecanismos de acceso regulan especialmente a la oferta, enfatizando el control sobre los productores a través del

otorgamiento de licencias (Aguilar et al., 2018). Asimismo, se conformó un registro de cultivadores (REPROCANN), los cuales no poseen fines de lucro y en el que pueden participar incluso ONGs.

Por último, el caso colombiano, se encuentra signado por los graves problemas derivados de la producción y el tráfico de drogas desde el siglo XX, lo que llevó a la adopción de una política altamente punitivista y militarizada para el abordaje de la cuestión de las drogas (Vélez, 2017). De ahí que la demanda por la regulación del cannabis medicinal ha surgido “desde abajo” (Aguilar Villanueva, 1993), fundamentándose en la posibilidad de dar tratamiento a enfermedades infantiles poco comunes. De esta manera, tuvo lugar un proceso regulatorio basado en leyes y decretos expedidos por el legislativo y el ejecutivo nacional (Aguilar et al., 2018). Dicho proceso, a pesar de que surgió con la idea de garantizar el acceso a la salud, se orientó a una perspectiva economicista, enfatizando en la evaluación, el seguimiento y el control del proceso productivo, favoreciendo principalmente el desarrollo de una industria con proyección internacional financiada por grandes inversores, en detrimento de los medianos y pequeños productores (Martínez Rivera, 2018). De modo que estableció, como mecanismo de acceso, la regulación de la oferta por medio de un riguroso y exigente sistema de licencias (Aguilar et al., 2018).

No obstante sus particularidades normativas, al momento de garantizar el acceso por parte de los usuarios, los casos comparten algunos desafíos en común. En primer lugar, los tres casos se encuentran con una escasa oferta de productos en el mercado legal. Esto se ve agravado, a su vez, por el bajo valor terapéutico de los productos disponibles y el alto costo de los mismos. A tal dificultad se agrega la falta de cobertura de las Empresas Prestadoras de Salud (Colombia) o de las Obras Sociales y Prepagas (Argentina), constituyendo un problema central que contribuye a limitar el acceso.

En segundo lugar, una problemática que se repite en los diferentes casos -y que condiciona la disponibilidad de productos- se vincula con los desafíos que ha supuesto el desarrollo industrial vinculado al cannabis medicinal. Los tres casos coinciden en la dificultad para el otorgamiento de licencias a productores y cultivadores, debido a que los procesos son altamente burocratizados. Los Estados presentan dificultades para el procesamiento de la información, ya sea porque los entramados institucionales son complejos, a raíz de la

multiplicidad de agencias involucradas, o bien por la escasez de personal. Esto ha derivado en procesos lentos, complejos e, incluso, costosos, en los cuales se exige el cumplimiento de altos estándares de producción y el seguimiento de rigurosos protocolos internacionales a una industria aún incipiente y pequeña.

Además, en los casos de Uruguay y Colombia, los productores denuncian la dificultad para el acceso a servicios bancarios y crediticios, así como también la baja demanda de los mercados locales e internacionales (Hudak et al., 2018; López y Gómez Roca, 2021). Pese a que, hace algunos años, el cannabis medicinal prometía conformarse en una industria de gran crecimiento, la actualidad del sector está mostrando otra realidad. Por tal motivo, no se ha logrado estimular el desarrollo industrial del cannabis medicinal, por la complejidad burocrática, la falta de inversiones privadas y la escasez de demanda para los productos disponibles.

En tercer lugar, una problemática transversal a los casos es la deficiente formación profesional en cannabis medicinal. Como alertan Corda et al. (2019) el sostenimiento de la prohibición de la producción y el consumo de cannabis ha vedado la posibilidad de avanzar en la construcción de evidencias sobre los beneficios terapéuticos de la planta. Esto ha impactado en las posibilidades de formación del personal de salud en el área temática, dando como resultado escasos conocimientos para el uso, la formulación y la prescripción de cannabis. En consecuencia, muchos de los conocimientos disponibles surgen de la experiencia de los propios usuarios y sus familiares (Díaz, 2020).

Sin embargo, como se introdujo previamente, existen algunos obstáculos que limitan el acceso que responden a las propias características sociales, políticas y culturales de cada país y que, por lo tanto, son particulares a cada caso. Es por esto que, a diferencia de los otros casos, en el argentino la persecución policial y judicial se constituyen como un problema crítico.

En Uruguay y Colombia la tenencia de dosis considerada de consumo personal se encuentra despenalizada desde hace décadas, reduciendo los problemas vinculados al autocultivo (Vélez, 2017; Hudak et al., 2018). En cambio, en Argentina continúa aún vigente la Ley N° 23.737, que penaliza la tenencia de drogas para uso personal. Tan sólo existen fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que han sentado jurisprudencia declarando la

inconstitucionalidad de la penalización de la tenencia para consumo personal de marihuana (Díaz, 2020). Esta situación da cuenta de una ambivalencia legal que deja en un lugar poco firme a quienes consumen y cultivan, incluso dentro de los márgenes establecidos por la Ley Nº 27.350 (Corda et al., 2019).

De todos modos, pese a que en Argentina existe una mayor persecución de quienes consumen y -principalmente- de quienes cultivan, no podemos desconocer el estricto control que recae sobre los productores en Uruguay y, especialmente, en Colombia. A diferencia de Argentina, estos dos países sufren mayores problemas asociados a la producción y tráfico de drogas ilícitas. En el caso colombiano, esto ha derivado en mayores dificultades para aquellos que producen a mediana y pequeña escala, debido a las altas exigencias y la imposibilidad de cultivar en campos previamente utilizados por el narcotráfico.

Las diversas dificultades que atraviesan los tres casos sujetos a análisis, tal como se planteó en los apartados previos, se vinculan de alguna u otra manera con los límites delineados por Régimen Internacional de Drogas Ilícitas (RID) (Tokatlian, 2017). Así, aunque el uso medicinal del cannabis no está prohibido en los tratados internacionales que conforman el régimen, sí establecen que se deben seguir estrictas reglas para legalizar el uso de la sustancia (Aguilar et al., 2018).

Previamente observamos que en los tres casos continúan vigentes leyes que datan del siglo pasado y que regulan los estupefacientes desde una perspectiva prohibicionista y punitivista. Es por ello que sostenemos que, en los tres casos, las regulaciones del cannabis medicinal están insertas dentro de los límites de los marcos normativos prohibicionistas, constituyéndose como pequeños cambios en los subsistemas de drogas (Labiano, 2018). Esto se torna especialmente relevante cuando analizamos una “región donde se cultiva, trafica y usa la marihuana, [de modo que] su regulación presenta retos específicos” (Corda et al., 2019, p. 99).

De ahí que, pese a la sanción de normativas que regularon el acceso al cannabis medicinal, al mismo tiempo se buscó la forma de evitar el desvío hacia el consumo recreativo de la planta (Labiano, 2020). De esta manera, se sancionaron normativas que, en favor de la rigurosidad, el control y la calidad, complejizan las posibilidades de acceso para los usuarios.

En los distintos casos, la dificultad para acceder a productos en el mercado legal, con garantías de trazabilidad y estándares farmacéuticos, ha derivado en la conformación de circuitos ilegales que abastecen a la demanda, con productos artesanales y de calidad dudosa. Las formas de acceso estipuladas en las normativas se han vuelto engorrosas y poco alcanzables en la realidad, especialmente por problemas derivados de las dificultades para la obtención de inversiones, el otorgamiento de licencias y los controles de calidad. De modo que, en los tres casos, continúan existiendo -como alternativa para acceder al cannabis medicinal- mercados ilegales, no regulados o “mercados grises” en los cuales los usuarios encuentran sus productos.

Bajo las condiciones actuales, los pacientes han quedado expuestos al consumo de productos sin garantías de calidad, poniendo en riesgo su salud. Entonces, a raíz de un conjunto de prejuicios, controversias y estigmatización de la sustancia y de sus usuarios, estos acaban viendo vulnerado su derecho a la salud.

En consecuencia, nos encontramos con una brecha o distorsión entre los sofisticados mecanismos de acceso estipulados en los marcos regulatorios, compuestos por complejos entramados normativos nacionales e internacionales, y las condiciones en las que los usuarios finalmente acceden al cannabis medicinal y sus derivados. De esta suerte, la contracara de la falta de pragmatismo de las legislaciones y sus rigurosos estándares, es la dificultad que experimentan los usuarios para acceder al cannabis mediante circuitos legales y seguros que los provean de productos de calidad. Como resultado, acaban recurriendo a mercados cuyo funcionamiento y la calidad de sus productos no son controlados por los Estados. Este panorama contribuye a la profundización de las desigualdades sociales, exponiendo a los usuarios no solo a prácticas coercitivas y persecutorias, sino también a la vulneración de sus derechos fundamentales, entre los que se encuentra el derecho a la salud (Menéndez, 2012; Tokatlian, 2017).

### **Referencias bibliográficas**

Agnese, O., López, R. M. S., Vicenti, I. Y. T., & Franco, J. V. A. (2019). Cannabis medicinal en Argentina: perspectiva desde la salud pública. *Evidencia, actualización en la práctica*

- ambulatoria*, 22(1), 1-7. Recuperado de <https://evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/4215>.
- Agudelo, L. M. M., Tirado, M. A. O., & Jiménez, M. P. A. (2023). Las Oportunidades del cannabis medicinal Colombiano en el Mercado Asiático y Europeo. *Punto de vista*, 14(21), 136-152. Recuperado de <https://revistas.poligran.edu.co/index.php/puntodevista/article/download/4053/4333>.
- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Ciudad de México. Fondo de Cultura Económica.
- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., & Nougier, M. (2018). Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo. *México Unido Contra La Delincuencia*, (33), 1-32. Recuperado de <https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Pol%C3%ADticas-y-pr%C3%A1cticas-sobre-cannabis-medicinal-en-el-mundo-2018.pdf>.
- Alonso, M. B. (2012). Ni prohibición ni mercantilización: Buscando el equilibrio en la regulación legal del cannabis. Recuperado de [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_2673\\_3.pdf](http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2673_3.pdf).
- Beckmann, N. (2021). Luces para entender el prohibicionismo: los orígenes sudamericanos de la “guerra contra las drogas”. *Revista de Estudios Sociales*, (77), 21-39. Recuperado de <https://journals.openedition.org/revestudsoc/49969>.
- Benítez, W. G. J. (2007). El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. *Civilizar*, 7(12), 31-46. Recuperado de <http://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/781>.
- Bergman, M. (2016). *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina*. Fondo de Cultura Económica.
- Calvo, A. G., & Lampolio, L. (2021). El recorrido hacia el cultivo de cannabis de uso medicinal: el reconocimiento del derecho de los pacientes a elegir su tratamiento. *Ab-REVISTA DE ABOGACÍA*, (9), 27-42. Recuperado de <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ab/article/download/1088/1008>.
- Concha, A., Cortés, E., & Piñol Arriagada, D. (2019). *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación*. Bogotá, Colombia. Djusticia.
- Cea D'Ancona, M. Á. A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid. Editorial Síntesis S.A.

- Del Valle, L. G. (2022). Cannabis Medicinal: Una Mirada desde los derechos humanos. *Revista de la Escuela del Cuerpo de Abogados y Abogadas del Estado*, (7), 134-151.
- Díaz, M. C. (2020). Redes y conocimientos acerca del uso terapéutico de cannabis en Argentina. *Question*, 1 (65), 1-20. Recuperado de [https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/96433/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/96433/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Díaz, M. C., Aguilar, Ó., & Romero, L. A. (2021). Coproducción de activismos, experticias y redes en la regulación del cannabis medicinal en Argentina. *Ucronías*, (4). Recuperado de <https://doi.org/10.5281/zenodo.5809504>.
- Fagua Cárdenas, D. A. (2021). *Cannabis medicinal en Colombia: dificultades técnicas y perspectiva actual de los pequeños y medianos cultivadores* (tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Forni, P. et. al. (sf), Material de Tesis elaborado para el Seminario de Tesis del Doctorado de FLACSO-Argentina
- Galzerano Guida, J., Orellana Navone, C. C., Ríos Pérez, M. D., Coitiño González, A. L., & Velázquez Ramos, P. M. (2019). Cannabis medicinal como recurso terapéutico: estudio preliminar. *Revista médica del Uruguay*, 35(4), 113-137. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902019000400113&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902019000400113&script=sci_artt_ext).
- Garat, G. (2017). *Cuatro años de marihuana regulada en Uruguay. Aproximación, monitoreo y evaluación*. Uruguay. Friedrich Ebert Stiftung.
- García Carvajal, C., & Villa Arévalo, M. (2023). *Cannabis: de la prohibición a la legalización: un acercamiento al marco jurídico en Colombia* (tesis de grado). Universidad Autónoma Latinoamericana (UNAULA), Medellín, Colombia.
- Garzón, J. C., & Pol, L. (2015). El elefante en la habitación: drogas y derechos humanos en América Latina. *Revista Sur*, 12(21), 1-8. Recuperado de <https://www.pensamientopenal.com.ar/index.php/system/files/2018/03/doctrina46347.pdf>.
- Hudak, J., Ramsey, G., & Walsh, J. (2018). Ley de cannabis uruguay: pionera de un nuevo paradigma. Centro para la Gestión Pública Efectiva en la Institución Brookings y WOLA. Recuperado de [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2018/03/GS\\_06142018\\_Cannabis-Uruguay\\_Spanish.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2018/03/GS_06142018_Cannabis-Uruguay_Spanish.pdf).

- Hurtado Pardo, D. P. (2020). *Transformación de las Narrativas de Política Pública de Drogas 2006-2019: Regulación del Cannabis en Colombia* (tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Inchaurraga, S. (2001). *Drogas y políticas públicas*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Labiano, V. (2020). La difusión de las políticas de cannabis medicinal en América Latina (2015-2017). *Redes*, 26(50), 147-179. Recuperado de <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3474?locale-attribute=en>.
- Labiano, V. I. (2018). Cannabis medicinal en Argentina: cambio menor en el subsistema de política de drogas. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 27(2), 75-98. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-499X2018000200075&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-499X2018000200075&script=sci_artt_ext).
- Lasso, A. M. C. (2023). Análisis de las políticas de Cannabis en Argentina y Uruguay: entre el prohibicionismo y la regulación. *Semillas del Saber*, 3(1), 118-128. Recuperado de <https://revistas.unicatolica.edu.co/revista/index.php/semillas/article/view/610>.
- López, A., & Gómez-Roca, S. (2021). La cadena de valor del cannabis: situación y tendencias internacionales, y oportunidades para la argentina. Policy paper – Consejo para el Cambio Estructural MDP, diciembre 2020. Ministerio de Desarrollo Productivo.
- Lynch, F. (2020). Cannabis medicinal y recreativo: una hermenéutica crítica de las nociones de salud y enfermedad relativas al consumo de marihuana. *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 196-218. Recuperado de <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/2522>.
- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva*, (8), 9-24. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v8n1/v8n1a02.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8n1/v8n1a02.pdf).
- Nirenberg, O. (2013). *Formulación y evaluación de intervenciones sociales políticas, planes, programas, proyectos*. Buenos Aires. Noveduc.
- Paunero, M. V. B. (2023). Un camino sinuoso: la evolución histórica y la situación actual del marco regulatorio del Cannabis en Argentina. *Stawski y Osler*, (161), 161-173. Recuperado de [http://revistaeleusis.web.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/211/2023/07/REVISTA\\_ELEUSIS.pdf#page=164](http://revistaeleusis.web.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/211/2023/07/REVISTA_ELEUSIS.pdf#page=164).
- Pinto Díaz, A. D. (2016). *Oportunidad de negocios entre México y Colombia: aceite de cannabis* (tesis de grado). Universidad Piloto de Colombia, Bogotá, Colombia.

- Queirolo, R., Sotto, B., & Álvarez, E. (2021). Cannabis medicinal en Uruguay: Estudio sobre la comunidad médica y los desafíos persistentes. Informe de investigación-Universidad Católica del Uruguay.
- Ramírez, J. M. (2019). La industria del cannabis medicinal en Colombia. *FEDESARROLLO*.
- Rivera, N. M. (2019). Los desafíos del cannabis medicinal en Colombia. Una mirada a los pequeños y medianos cultivadores. *Transnational Institute (TNI)*, (52), 1-27. Recuperado de [https://www.tni.org/files/publication-downloads/policybrief\\_52\\_web.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/policybrief_52_web.pdf).
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, (4), 301-318. Recuperado de [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf).
- Salazar Castellanos, D. (14 de diciembre de 2021). "Salario mínimo en Colombia 2022: así quedaría frente a otros países de Suramérica". *Bloomberg línea*. Recuperado de <https://www.bloomberglinea.com/2021/12/12/salario-minimo-en-colombia-2022-asi-quedaría-frente-a-otros-paises-de-suramerica/>
- Sánchez Avilés, C. (2014). *El Régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales: el caso de la política de drogas de España* (tesis doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- Taylor y Bogdan (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires. Paidós.
- Tokatlian, J. G. (2019). *Qué hacer con las drogas: una mirada progresista sobre un tema habitualmente abordado desde el oportunismo político y los intereses creados*. Buenos Aires. Siglo XXI editores.
- Uema, S. A. N., Bertotto, M. E., & Nuñez Montoya, S. C. (2020). Uso medicinal de la planta de «cannabis» y sus derivados. CIME-FCQ-UNC.
- Vélez, L. R. (2017). De la Colombian gold a la cannabis medicinal . Historia, desafíos y enseñanzas de la marihuana «hecha en Colombia». *Las sendas de la regulación del cannabis en España*, 330-345. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/693903.pdf>.
- Zeballos, C., Rodales, M., Milanese, A., & Repetto, L. (2020). La regulación del cannabis medicinal en Uruguay y los desafíos para la conformación de circuitos innovativos. *Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 26(50), 181-208. Recuperado de <https://revistaredes.unq.edu.ar/index.php/redes/article/view/5>.