



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN DERECHO CON MENCIÓN EN CIENCIAS PENALES**

**TESIS**

**“Regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según  
la Ley N° 30681, y la vulneración del derecho fundamental a  
la salud en pacientes que la utilizan medicinal  
y terapéuticamente en Tacna, año 2019”**

**PRESENTADO POR**

**MSC. TEOFILO RUIZ PAREDES**

**ASESOR**

**MGR. ERLY ALEJO CRUZ**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN DERECHO**

**CON MENCIÓN EN CIENCIAS PENALES**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Descripción de la realidad del problema	1
1.2 Definición del problema	6
1.3 Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general.	6
1.3.2 Objetivos específicos.	6
1.4 Justificación e importancia de la investigación	7
1.4.1 Justificación	7
1.4.2. Importancia	8
1.5 Variables	9
1.5.1 Operacionalización.	10
1.6 Hipótesis de la investigación	11
1.6.1 Hipótesis general	11
1.6.2 Hipótesis específicas	11
2.1 Antecedentes de la investigación	12

2.2	Bases Teóricas	16
2.2.1	Derechos humanos, fundamentales y constitucionales	16
2.2.2	Derecho fundamental a la salud	18
2.2.3	El cannabis	27
2.2.4	Beneficios medicinales y terapéuticos del cannabis	33
2.2.5	El autocultivo	36
2.2.6	La marihuana y el tráfico ilícito de drogas.	38
2.2.7	Marco legal del Derecho a la Vida.	39
2.3	Marco conceptual	39
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO		42
3.1	Tipo de la investigación	42
3.2	Diseño de investigación	42
3.3	Población y muestra	43
3.3.1.	Población	43
3.3.2.	Muestra	43
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	43
3.6	Validez de los instrumentos de investigación	44
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		45
4.1	Presentación de resultados por variables	45
4.1.1	Análisis de la variable Regulación de la producción de cannabis.	47
4.1.2	Análisis de la variable Derecho fundamental de la salud	58
4.2	Contrastación de hipótesis:	82
4.2.1	Prueba de la hipótesis general	82

4.2.2 Prueba de la primera hipótesis específica	84
4.2.3 Prueba de la segunda hipótesis específica	86
4.2.4 Prueba de la tercera hipótesis específica	88
4.3 Discusión de resultados	90
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	97
5.1 Conclusiones	97
5.2 Recomendaciones	99
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	100
<b>ANEXOS</b>	106
Anexo 1. Matriz de consistencia	107
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	109

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables	10
Tabla 2. Población de la investigación.	43
Tabla 3. Conocimiento del autocultivo del cannabis por familiares.	47
Tabla 4. Los pacientes saben que el cannabis tienen los mismos efectos.	48
Tabla 5. Los pacientes saben la diferencia física de las plantas de cannabis.	49
Tabla 6. Los familiares de los pacientes conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo.	50
Tabla 7. Los familiares de los pacientes conocen los efectos de CBD.	51
Tabla 8. Los familiares de los pacientes conocen el efecto de THD.	52
Tabla 9. Los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo.	53
Tabla 10. Los familiares de los pacientes conocen el cannabis no psicoactivo.	54
Tabla 11. Los familiares de los pacientes saben que los derivados del cannabis son muy costosos .	55
Tabla 12. Hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio.	56
Tabla 13. Los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar el cannabis.	57
Tabla 14. Vulneración al Derecho de la Salud.	58
Tabla 15. Dimensión 1: Preservación de vida en condición digna.	59
Tabla 16. Dimensión 2. Conservación de la salud.	60
Tabla 17. Dimensión 3. Restitución de la salud.	61
Tabla 18. El cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes.	62
Tabla 19. Los pacientes de ciertas enfermedades que no consumen cannabis mueren más rápido.	63

Tabla 20. Los familiares de los pacientes que consumen cannabis mejoran su calidad de vida.	64
Tabla 21. Los pacientes que consumen cannabis son más felices.	65
Tabla 22. El cannabis permitió que el paciente realice sus actividades normales.	66
Tabla 23. El cannabis evita que las personas convulsionen en la calle.	67
Tabla 24. El cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos.	68
Tabla 25. Las personas que consumen cannabis nunca se enferman.	69
Tabla 26. Las personas se enfermaron por consumir cannabis.	70
Tabla 27. La buena salud de una persona es gracias al consumo de cannabis.	71
Tabla 28. Los pacientes que no usan cannabis son más estables.	72
Tabla 29. La aparición de convulsiones en los pacientes fue poque no consumieron cannabis en la niñez.	73
Tabla 30. La aparición de convulsiones en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez.	74
Tabla 31. El consumo de cannabis provoca una rápida recuperación de la salud.	75
Tabla 32. El consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes.	76
Tabla 33. Los pacientes que no consumen cannabis pasan más días internados.	77
Tabla 34. Todas las enfermedades se curan con cannabis.	78
Tabla 35. El cannabis cura las convulsiones.	79
Tabla 36. El cannabis cura los dolores crónicos.	80
Tabla 37. Todos los enfermos que consumieron cannabis se curaron.	81
Tabla 38. Tabla cruzada para la hipótesis general.	83
Tabla 39. Prueba de Chi-cuadrado de la hipótesis general.	83
Tabla 40. Tabla cruzada para la primera hipótesis específica.	85

Tabla 41. Prueba de Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica.	85
Tabla 42. Tabla cruzada para la segunda hipótesis específica.	87
Tabla 43. Prueba de Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica.	87
Tabla 44. Tabla cruzada para la tercera hipótesis específica.	89
Tabla 45. Prueba de Chi-cuadrado de la tercera hipótesis específica.	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Cogollos de la Cannabis psicoactiva.	32
<i>Figura 2.</i> Planta de Cannabis no psicoactiva.	33
<i>Figura 3.</i> Presentación de resultados.	46
<i>Figura 4.</i> Conocimiento del autocultivo del cannabis.	47
<i>Figura 5.</i> Los pacientes saben el cannabis tienen los mismos efectos.	48
<i>Figura 6.</i> Los pacientes saben la diferencia física del cannabis	49
<i>Figura 7.</i> Los familiares de los pacientes conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo.	50
<i>Figura 8.</i> Los familiares de los pacientes conocen los efectos de CBD	51
<i>Figura 9.</i> Los familiares de los pacientes conocen el efecto de THD	52
<i>Figura 10.</i> Los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo	53
<i>Figura 11.</i> Los familiares conocen cuál es el cannabis no psicoactivo	54
<i>Figura 12.</i> Los familiares saben que los derivados del cannabis son costosos	55
<i>Figura 13.</i> Hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio	56
<i>Figura 14.</i> Los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar.	57
<i>Figura 15.</i> Vulneración al Derecho de la Salud.	58
<i>Figura 16.</i> Dimensión 1: Preservación de vida en condición digna.	59
<i>Figura 17.</i> Dimensión 2: Conservación de la salud.	60
<i>Figura 18.</i> Dimensión 3: Restitución de la salud.	61
<i>Figura 19.</i> El cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes	62
<i>Figura 20.</i> Los pacientes que no consumen cannabis mueren más rápido	63
<i>Figura 21.</i> Los familiares que consumen cannabis mejoran su calidad de vida	64
<i>Figura 22.</i> Los pacientes que usa cannabis medicinalmente son más felices	65



<i>Figura 23.</i> El cannabis permitió que el paciente realice sus actividades.	66
<i>Figura 24.</i> El cannabis evita que las personas convulsionen en la calle.	67
<i>Figura 25.</i> El cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos	68
<i>Figura 26.</i> Las personas que consumen cannabis nunca se enferman.	69
<i>Figura 27.</i> Las personas se enfermaron por consumir cannabis	70
<i>Figura 28.</i> La buena salud de una persona es gracias al consumo de cannabis	71
<i>Figura 29.</i> Los pacientes están emocionalmente más estables	72
<i>Figura 30.</i> La aparición de convulsiones fue porque no consumieron cannabis	73
<i>Figura 31.</i> La aparición de dolores crónicos fue por no consumir cannabis	74
<i>Figura 32.</i> El consumo de cannabis provoca una rápida recuperación.	75
<i>Figura 33.</i> El consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes	76
<i>Figura 34.</i> Los pacientes que no consumen cannabis pasan más días internados	77
<i>Figura 35.</i> Todas las enfermedades se curan con cannabis	78
<i>Figura 36.</i> El cannabis cura las convulsiones	79
<i>Figura 37.</i> El cannabis cura los dolores crónicos	80
<i>Figura 38.</i> Todos los enfermos que consumieron cannabis se curaron.	81

## RESUMEN

La investigación buscó determinar si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, vulneran el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. Para ello se realizó una investigación no experimental de diseño transversal de tipo correlacional. Se elaboró un cuestionario en escala de Likert y se entrevistaron a 32 médicos que tuvieron pacientes que utilizaron el cannabis de manera medicinal y terapéutica. Los resultados mostraron que la regulación de la producción de cannabis no vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente, ( $p=,873$  con  $X^2$ ); no impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional ( $p=,487$  con  $X^2$ ) y tampoco impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional ( $p=,487$  con  $X^2$ ). Se encontró relación entre la regulación de la producción de cannabis y sus derivados y el impedimento a la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna.

***Palabras clave:*** autocultivo, cannabis, derechos humanos, derecho a la salud.

## ABSTRACT

The research sought to determine whether the regulation of the production of cannabis and its derivatives, according to Law 30681, violates the fundamental right to health in patients who use it medicinally and therapeutically in Tacna, year 2019. For this purpose a non-experimental investigation was carried out. of cross-sectional type design. For this purpose, a Likert scale questionnaire was developed and 32 doctors who were patients who used cannabis in a medicinal and therapeutic manner were interviewed. The results showed that the regulation of cannabis production does not violate the fundamental right to health in patients who use it medicinally and therapeutically, ( $p=,873$  with  $X^2$ ); it does not prevent the conservation of a state of functional organic normality ( $p=,487$  with  $X^2$ ) and does not prevent the restitution, in a situation of disturbance, of a state of functional organic normality ( $p=,487$  with  $X^2$ ). A relationship was found between the regulation of cannabis production and its derivatives and the impediment to the preservation of life in conditions worthy of patients who use it medicinally and therapeutically in Tacna.

**Keywords:** *self-cultivation, cannabis, human rights, right to health.*

## INTRODUCCIÓN

Conocido en las calles como *Marihuana*, el *Cannabis* es una planta que ha sido utilizada de manera terapéutica desde hace más de 5000 años antes de Cristo, sin embargo, recién, en el siglo pasado, fue considerada como una planta relacionada al narcotráfico.

El conflicto jurídico que nace cerca de *cannabis* se encuentra en dos de sus 113 cannabinoides el Tetrahidrocannabinol y el Cannabidiol, siendo el primero un cannabinoide que genera efectos psicoactivos y dependencia, mientras que el segundo, genera reducción de dolor, reduce las convulsiones entre otros beneficios si es que es utilizado de manera terapéutica, sin embargo, no todas las plantas producen en iguales cantidades esos cannabinoides, de tal forma, que sólo el *cannabis ruderalis* es aquel que podría ser utilizado por los pacientes que sufren males como el cáncer o esclerosis múltiple.

Recientemente se publicó la Ley 30681 al igual que su reglamento, en el cual se prohíbe el autocultivo o cultivo casero lo que ha creado todo un conflicto respecto a si la prohibición de cultivarlo de manera casera afecta o no el derecho

fundamental a la salud, pues, obliga a los pacientes a adquirirlo de laboratorios que elevan los costos.

En ese sentido, se plantea la siguiente investigación, buscando establecer si la regulación de la producción del Cannabis, a través de la Ley 30681, vulnera uno de los derechos fundamentales más importantes del ser humano que es el de su salud. De esta forma, se presenta una investigación dividida en cinco capítulos. En el primero, se plantea el problema a través de una descripción de la realidad problemática, en él se explica sobre las plantas de cannabis, sobre el nivel de cannabinoides y cómo esto ha generado una regulación que evite el cultivo de la marihuana en casa, así mismo, en este capítulo se presentan los objetivos de investigación, así como la justificación e importancia. Otro aspecto del capítulo es que se tienen las hipótesis, las variables y los antecedentes que servirán para la discusión luego de haber analizado los datos.

En el segundo capítulo se plantean las bases teóricas de la investigación, desarrollando temas como derechos humanos, explicando las diferencias del Cannabis y los beneficios medicinales que poseen, de esta forma, se podrá comprender porque se llega a las conclusiones que se obtienen.

En el capítulo tercero se expone el diseño metodológico que sigue la investigación, es decir, el tipo, el diseño, la población, muestra, así como las técnicas e instrumentos que permitieron levantar los datos para llegar a las conclusiones que se expone en el capítulo sexto. El desarrollo metodológico de la

investigación se realizó con el apoyo de docentes de la Universidad José Carlos Mariátegui de Moquegua, quienes han guiado el desarrollo de esta investigación.

En el capítulo cuarto se presenta en el estado de resultados. Cada variable ha sido analizada a través de la categoría que brinda el instrumento y por las preguntas que han sido presentadas a los entrevistados. Los datos analizados permiten discutir los resultados y hacer una comparación con los antecedentes y establecer si se respaldan las investigaciones planteadas.

Finalmente, se tiene el capítulo quinto, se encuentra las conclusiones y recomendaciones que podrán ser utilizados por estudiantes y entidades gubernamentales en la lucha contra el uso ilegal de la *marihuana*.

El Derecho a la salud es uno de los derechos más importantes para el desarrollo de una sociedad, por tanto, todo esfuerzo Estatal debe estar orientado a preservarlo, en ese sentido, la presente investigación que se inició considerando que se vulnera el derecho a la salud a través de la regulación del autocultivo, culmina entendiendo la postura del Estado y dándole la razón, pues, los resultados indican que la norma, como está escrita, protege el derecho a la salud de los pacientes y de los jóvenes del país.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción de la realidad del problema**

La marihuana, cuyo nombre científico es *Cannabis*, ha sido utilizada hace más de 5000 años por el ser humano, quien descubrió tempranamente sus efectos recreativos, de relajación y, sobretodo, el aprovechamiento que se puede hacer de la planta para tratar diversos tipos de enfermedades.

El cannabis tiene un su origen en el Asia Central, de manera específica, surge en Mongolia y la zona sur de Siberia. Como evidencia de ello, se tienen los textiles confeccionados con fibras extraídas del Cannabis que datan de unos 4,000 años antes de Cristo. Pero, su utilización, no lo sólo fue con objetivos textiles, se ha podido encontrar indicios de su uso medicinal hace más de 2,700 años antes de Cristo, llegando a considerarse como una de las principales plantas con propiedades analgésicas, de relajación muscular, antidepresivas, ansiolíticas, inmunosupresoras y antiinflamatorias del mundo (Ángeles, Brindis, Cristians y Ventura, 2014, p. 31).

Una de las características que tiene el *cannabis*, es que es una planta de tamaño media alta, su crecimiento es en forma recta y sólo florece una vez por año. Otra importante característica, es que es una planta dioica, es decir, se puede encontrar tanto una planta hembra, que brinde el óvulo para que continúe la especie, como una planta macho que brinda el polen para fecundarla. Inicialmente, sólo se conocían dos especies del *Cannabis*; el primero, el cannabis sativa, más conocido en las calles como marihuana y el otro, el cannabis sativa L., también conocida como cáñamo y del cual se extrae la fibra para ciertas industrias. Sin embargo, recientes investigaciones genéticas han permitido clasificar el cannabis en tres especies: Cannabis sativa sativa, Cannabis sativa indica y la Cannabis ruderalis (Leal, Betancourt, González y Romo, 2018, p. 133).

Las investigaciones sobre las propiedades de la planta han podido encontrar la presencia de más de 1000 cannabinoides, lo que la ha vertido en una planta con diversas posturas jurídicas debido a los efectos que alguno de estos cannabinoides producen en el organismo. Entre ellos, se tiene el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD), dos cannabinoides con efectos distintos en el organismo que actúan directamente en el sistema endocannabinoide que poseen todos los mamíferos como el ser humano y que permite la comunicación intercelular que activa naturalmente la creación de homeostasis, pero, que puede ser estimulada por fitocannabinoides. En otras palabras, el cannabis tiene la capacidad, a través de sus cannabinoides, de estimular el sistema endocannabinoide (Lleonart, 2018).

Es así, que surge otra clasificación del *Cannabis* además de la genética y es la que se desarrolla a partir de las diversas concentraciones tanto del THC como de



CBD, que la clasifican en tres especies. Se tiene así a la subespecie del *Cannabis Sativa Indica*, que poseía un alto contenido de THC; el *Cannabis Indica Orgánica* con un contenido equilibrado de THC y CBD; y el *Cannabis Ruderalis Sativa* que tenía un alto contenido de CBD. De estos dos cannabinoides es el CBD el que tiene propiedades medicinales y desinflamatorios, además de no causar efectos psicotrópicos, a diferencia del THC que es adictiva y su consumo no es medicinal, sino que estimula el placer (Lleonart, 2018).

Se aprecia entonces, que, a pesar de tener características similares, los efectos del *Cannabis* son distintos según el porcentaje de cannabinoide que posea en mayor proporción, siendo esta la condición para su regulación en los diversos países del mundo. En el Perú, sin embargo, recién el 17 de noviembre de 2017, se publicó la Ley 30 681 que regula el uso medicinal y terapéutico del *Cannabis* y sus derivados, buscando garantizar el derecho fundamental a la salud y permitiendo que ciertos pacientes puedan beneficiarse del uso medicinal del *Cannabis*. Lamentablemente, la ley no ha sido reglamentada y sólo se tiene un proyecto presentado por el Ministerio de Salud que busca reglamentar el uso medicinal de esta planta.

Siendo el cannabis una planta con características de cultivo que le permiten crecer, prácticamente, en cualquier espacio, es que se ha presentado una controversia en el artículo 3 de la Ley 30681, que regulaba la producción para el uso medicinal y terapéutico del *Cannabis* y sus derivados. En ella, solo se autoriza a aquellas entidades públicas y laboratorios, que se encuentren debidamente registrados y certificados, para que tengan el permiso de producir el *cannabis*. El

permiso sería otorgado exclusivamente por el Poder Ejecutivo a través de Ministerio de Salud, la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, el Instituto Nacional de Salud entre otros sectores involucrados según las competencias y funciones establecidas en la ley.

Como se observa, lo que la regulación de la producción del *Cannabis* en el Perú, de manera indirecta, está prohibiendo, es el autocultivo que podrían realizar aquellas parientes de las personas que necesitan el cannabis y sus derivados con fines medicinales, obligándolos a importar, lo cual eleva drásticamente el costo para acceder al uso de esta planta medicinal.

Ante la necesidad de contar con los beneficios del *Cannabis*, algunas organizaciones optaron por el cultivo clandestino de la planta, es así, que el 8 de febrero de 2017, en el distrito de San Miguel, se encontró un cultivo clandestino a cargo de la Asociación Buscando Esperanza, quienes usaban la planta para tratar enfermedades de epilepsia refractaria que sufrían los hijos de sus integrantes y cuyas edades estaban entre los 4 y 6 años de edad (Perú21, 2017). El mismo caso se presentó en el distrito de la Molina, en el año 2018, en el que se encontró 11 plantones de cannabis y el equipo para acelerar su crecimiento. Las plantas eran utilizadas luego con fines medicinales (El Comercio, 2018).

Una de las justificaciones que dieron las familias que fueron encontradas con los cultivos clandestinos, era que la Ley 30681 vulneraba su derecho a la salud, pues no hacía accesible, a personas con bajos recursos, poder aprovechar de los

beneficios medicinales del *Cannabis*, pues, al tener que importar sus derivados el precio, en algunos casos, se quintuplicaba.

Por ese motivo, esta investigación buscará determinar si realmente la regulación de la producción del *Cannabis* y sus derivados que se establecen en el artículo 3 de la Ley 30681, vulnera o no el derecho a la salud que argumentan las personas a las que les fueron hallados los cultivos clandestinos, toda vez que, si bien es cierto, al no permitirse el cultivo doméstico y obligar a consumir productos importados se está incrementando el precio que muchos de ellos no pueden pagar, también es cierto, que el *cannabis* no es una sola especie, sino que su autocultivo debe ser informado, aspecto que aún no está contemplado en la ley.

De esta forma, la presente investigación buscará establecer si el control de la producción que establece la Ley 30681 vulnera el derecho a la salud de aquellos pacientes que utilizan el *cannabis* con fines medicinales. De no ser necesaria la regulación establecida en la ley, se estará ante una ley inconstitucional, pues no se podría prohibir la producción de una planta que permita acceder, de manera libre, a sus beneficios medicinales en bien de los pacientes que la necesitan, sobre todo, los niños, sin embargo, de encontrarse que es necesaria la regulación del cultivo de *cannabis*, por cuanto, al haber tantas variedades de plantas, que no se podría tener un control acerca de qué *Cannabis* se está cultivando con fines medicinales y cuáles confines alucinógenos, más aún, suponiendo que algunos familiares, en la creencia de que cultivan una especie con fines medicinales, podrían producir derivados de plantas con alto contenido THC, lo que, en vez de generar beneficios terapéuticos a sus pacientes, sólo logrará acrecentar sus males. Como se observa, los resultados

hallados servirán para aclarar un punto controversial de la norma que ya ha generado más de una manifestación y que, con el tiempo, puede llegar a generar un conflicto social.

## **1.2 Definición del problema**

¿Vulnera la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general.**

Determinar si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

### **1.3.2 Objetivos específicos.**

- Establecer si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.
- Establecer si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de

los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

- Establecer si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

## **1.4 Justificación e importancia de la investigación**

### **1.4.1 Justificación**

Son diversos aspectos que justifican el desarrollo de la presente investigación, de manera teórica, la investigación incrementará el conocimiento acerca de una problemática jurídica que ha surgido por la regulación de la producción del cannabis a través del artículo 3 de la Ley 30681. De esta manera, se conocerá si la ley vulnera o no el derecho a la salud, pues, al existir una diversidad de especies de cannabis, no se tendría control en establecer los cultivos de las plantas cuya especie es medicinal.

Desde el aspecto práctico, la investigación también se justifica, pues solucionará un aspecto controversial y que ya ha sido motivo de la detención de varias familias, quienes al no poder acceder a los productos importados por los escasos recursos económicos que tienen, se ven obligados al autocultivo o cultivo casero, lo cual está prohibido por ley, pero que, sin embargo, necesitan para tratar a sus familiares enfermos.

Desde el aspecto social, la investigación también se justifica, pues son muchos los pacientes que podrían ser beneficiados por el uso medicinal del Cannabis y si este no es accesible a las familias con bajos recursos, su derecho a la salud se vería afectado lo cual devendría en inconstitucional.

Por estas razones esta investigación brindará resultados importantes para poder aclarar los alcances de la norma y conocer si son beneficiosas o no para la salud de los pacientes.

#### **1.4.2. Importancia**

El desarrollo de esta investigación brindará datos que también tienen una gran importancia, pues, como se ha podido apreciar, existen familias que han sido detenidas por tráfico ilícito de drogas al haberseles encontrado producciones clandestinas de cannabis de manera casera, con el objeto de ayudar a sus familiares con diversos males. De esta forma, el artículo 3 de la Ley 30681, está generando diversas controversias entre los familiares de los pacientes que necesitan el aspecto medicinal de la planta y el Estado. Ya se ha podido evidenciar diferentes manifestaciones que se han producido, sobre todo en la capital de la República, pidiendo la autorización para el autocultivo del *Cannabis*, sin embargo, es necesario desarrollar aspectos para comprender los peligros del autocultivo y los beneficios del mismo, para hacer una comparación y establecer si realmente la regulación que establece la ley vulnera o no el derecho de la salud. De no hacerlo, las manifestaciones podrían llegar a conflictos sociales, los cuales podrían evitarse si se aclara el panorama respecto a los peligros que podría tener el autocultivo

comparándolo con los beneficios del mismo, aspectos que esta investigación contemplará en sus resultados.

## **1.5 Variables**

### a. Variable x:

Regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681.

Es la regulación que el artículo 3 de la Ley 30681 establece respecto a la producción del Cannabis en el Perú, otorgando esa facultad únicamente a algunos laboratorios autorizados por el Estado, por lo que se prohíbe la producción casera o autocultivo del Cannabis

### b. Variable y:

Derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud es un derecho consagrado en la constitución política y que busca proteger la vida en condiciones de respeto y mantener el funcionamiento orgánico tanto físico como psíquico de una persona, así como restituir el normal funcionamiento orgánico tanto físico como psíquico de una persona enferma (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008).

### 1.5.1 Operacionalización.

Tabla 1

*Operacionalización de las variables*

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b><u>Variable x</u></b>		
<b>Regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681.</b>	Conocimiento de familiares y pacientes sobre el autocultivo.	Conocimiento del THC. Conocimiento del CBD Conocimiento de las especies de cannabis.
	Preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes.	Protección de la vida a través de la Ley 30681. Generación de condiciones dignas de vida a través de la Ley 30681.
<b><u>Variable y:</u></b>		
<b>Derecho fundamental a la salud.</b>	Conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes.	Mantenimiento orgánico funcional en el aspecto físico a través de la Ley 30681. Mantenimiento orgánico funcional en el aspecto psíquico a través de la Ley 30681.
	Restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes.	Restitución orgánica funcional en el aspecto físico a través de la Ley 30681. Restitución orgánica funcional en el aspecto psíquico a través de la Ley 30681.

Nota: Elaboración propia.



## **1.6 Hipótesis de la investigación**

### **1.6.1 Hipótesis general**

La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

### **1.6.2 Hipótesis específicas**

- a. La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.
- b. La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019
- c. La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional se tiene a Mora (2018, p. 135) en la investigación titulada: *La producción de cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa*, realizada en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador. En ella, concluye que es un derecho fundamental la salud el acceder a medicamentos que permitan que los seres humanos tengan una vida digna, de esa manera, se ha podido constatar a lo largo de la historia que el uso del *Cannabis* tiene fines terapéuticos, por lo que varios países la han regulado jurídicamente en su uso medicinal. En el caso de Ecuador, se concluye que no ha podido tutelar el derecho a la salud de sus ciudadanos, al no regular el uso terapéutico del *Cannabis*, lo cual provoca que los operadores de salud no lo prescriban, evitando beneficios para los pacientes. Por ese motivo, es importante que la legislación ecuatoriana regule la producción y autocultivo, tomando en cuenta que en ese país existe una gran diversidad socio-cultural a los cuales se les debe reconocer y amparar el derecho a la salud.

Del Pozo (2015, p.98) en su investigación titulada: *La despenalización de la marihuana en Uruguay*, presentada en la Universidad de Las Américas de Montevideo, concluye que se ha evidenciado la constante represión a la producción del *Cannabis* en ese país gracias a las limitaciones del Estado, a pesar de ser uno de los primeros que legalizó la marihuana, lo que ha generado diversos conflictos internos, por lo que es importante brindar legislaciones de despenalización y leyes que promuevan el control y supervisión estatal del *Cannabis*, pues, si bien tiene beneficios medicinales, también se ha encontrado que su uso indiscriminado puede traer problemas a los pacientes. Al ser Uruguay un país con un territorio pequeño y que alberga una población no numerosa, es posible tener un control y registro acerca de la forma de producción del *Cannabis*, de tal manera que se haga una diferencia entre aquellos que son adictos y drogodependientes, contra aquellos que buscan usarlo de manera medicinal. Finalmente, el investigador también concluye que el ingreso y control de las industrias farmacéuticas respecto a los derivados del *Cannabis* hacen de sus beneficios menos accesibles y más lucrativos únicamente para los laboratorios y los importadores.

Bombasaro (2017, p. 64) en su tesis titulada: *Despenalización de la tenencia y/o cultivo de marihuana para uso medicinal en el ordenamiento jurídico argentino*, presentada en la Universidad Siglo XXI de Nuevo Córdoba en Argentina, concluye que la regulación del *cannabis* surge del modelo punitivo para proteger los Derechos Humanos y que, lamentablemente, este ha venido vulnerando ciertos derechos fundamentales de la persona, entre ellos el de la salud. Es así, que la regulación del *Cannabis* en Argentina evita que pacientes con enfermedades crónicas y neurológicas puedan acceder a distintos derivados que mejorarían su

calidad de vida. Otro aspecto importante, es que se ha vinculado el uso terapéutico del Cannabis con las políticas antidrogas, las cuales tiene un evidente corte político que se sustenta únicamente en intereses privados, que busca el beneficio de algunas instituciones, especialmente laboratorios farmacéuticos. Es así, que se debe buscar nuevas alternativas que resuelvan los problemas psicosociales de salud, para poder establecer diferencias entre los usos medicinales del *Cannabis* con aquellos actos que la utilizan con otros fines que no lo son.

A nivel nacional se tiene la investigación de Calderón (2017, p. 144) titulada: *La despenalización del cannabis sativa y el derecho a la salud*, presentada en la Universidad de Lima, concluye que se ha podido encontrar diferentes tratados internacionales que el Estado peruano ha reconocido, en los cuales se busca que las personas disfruten de su salud física y mental en los estándares más altos, por ello, se ha consignado en la Constitución artículos que buscan lograr este bienestar. De esta forma, el Estado es el responsable de generar condiciones que permitan garantizar una vida digna y, para ello, es necesario promover la salud y brindar distintas alternativas terapéuticas al alcance de todos los peruanos, pero sin que estas estén por debajo de los estándares internacionales. Por ello, se debe regularizar la despenalización del *Cannabis* medicinal, de tal manera, que se genere un mercado legal para aquellas empresas que se dediquen a producirlo de manera artesanal, haciendo que el precio de los derivados disminuya y se generen beneficio a aquellos pacientes con bajo recursos económicos.

Navarro (2017) en su investigación titulada: *Legalización del cultivo de marihuana como medio para la eliminación del narcotráfico: a propósito del caso*

*Uruguay*, desarrollada en la Universidad Continental de Huancayo, concluye que, actualmente, en el Perú, se debe buscar la despenalización de la marihuana, no sólo en el uso en su forma medicinal, sino también en su producción, esto, para proteger la salud de los consumidores, pues, en el territorio peruano su consumo es histórico, por lo que una regulación adecuada en la producción artesanal mejoraría su consumo medicinal de manera responsable. Por ello, se debería controlar la calidad del *Cannabis* que se produce y el cual no debe superar el 1% de THC para que no se vean afectados la salud de los pacientes que la consumen, pues, actualmente al ser una producción ilegal, es imposible controlar qué tipo de especie se está plantando, por lo que una regulación adecuada podría hacer que surjan centros autorizados con garantía, que brinden plantas con los cannabinoides adecuados para las personas que se encuentran convaleciendo en su salud.

Piazza *et al.* (2017, p. 69) en su informe de revisión 01-27 titulado: *Actualización de la revisión y síntesis de la evidencia sobre regulación del uso médico de cannabis*, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud en Lima, concluye que en distintos países europeos y americanos se han venido contemplando distintas normativas para despenalizar el cannabis en su uso medicinal, lo cual ha comprendido la regulación del autocultivo, la inclusión dentro de las recetas médicas, la comercialización y la tenencia de la planta cuando se trata de fines medicinales. Sin embargo, en el Perú a pesar de tener una capacidad científica y técnica para poder realizar la producción de manera adecuada, esto no se ha hecho porque aún no se ha legalizado, lo cual podría debilitar la política criminal antidrogas e incentivar el consumo recreacional de las plantas de marihuana que no son medicinales, las cuales afectarían la salud de los peruanos y

alejaría sus beneficios a aquellos pacientes que la requieren en su uso medicinal como un tratamiento para su salud.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Derechos humanos, fundamentales y constitucionales**

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, pero al mismo tiempo es un derecho constitucional. Lamentablemente, se puede apreciar alguna confusión conceptual respecto a las definiciones de un derecho humano, uno fundamental y uno constitucional. Por ese motivo a continuación se desarrollará cada uno de ellos:

- a. Derechos humanos:** Desde el punto de vista jurídico, cuando se desarrollan los derechos humanos, estos se asocian necesariamente al derecho internacional, especialmente, a la rama que le dio origen, en este caso los derechos humanos. Es así, que a partir de la Segunda Guerra Mundial se pudieron establecer mecanismos internacionales para lograr que estos derechos se practiquen en todo el mundo, entre ellos se puede encontrar la Declaración Internacional de los Derechos Humanos realizada por la ONU en 1948 y la Convención Internacional de Derechos Humanos, también realizada por la ONU en 1969. A través de estos dos instrumentos, se obliga a los Estados a que tengan obligaciones jurídicas con organizaciones internacionales como la Corte Internacional de Derechos Humanos quien podría establecer, a través de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la vulneración de uno de estos derechos a pesar

de que no se haya legislado por el Estado. Desde el punto filosófico jurídico, los derechos humanos se usan de manera distinta; en un primer momento se hace para admitir un reclamo sobre algo superior que cada ser humano posee y que permite hacer frente a las distintas ofensas que se hacen en su dignidad, mientras que, por otro lado, se utiliza el término de una manera social para que se puedan realizar las relaciones sociales dentro de un funcionamiento adecuado (Marshall, 2017, p. 94).

**b. Derechos constitucionales:** Son aquellos derechos que han sido consignados dentro del ordenamiento interno de un Estado, pero cuyo requisito es que se encuentren inmersos en los textos constitucionales que rigen la vida política del mismo. De esta manera, se puede formalizar un derecho a la categoría de constitucional, posibilitando que las normas internas de un Estado se rijan en función de este derecho. Es así, que todos los derechos contenidos en una constitución son constitucionales (Marshall, 2017, p. 96).

**c. Derechos fundamentales:** Un derecho fundamental se puede entender que, justamente, tiene ese carácter de fundamental, es decir, que tiene un carácter indispensable, sobre el cual, no se podría establecer ningún tipo de orden Estatal que gobierne una sociedad. Los derechos fundamentales son un conjunto de derechos que han sido legitimados a través del orden jurídico Estatal en sus constituciones, pero estos derechos, a la vez, también son derechos humanos. Desde la filosofía política, se concibe que los derechos fundamentales, con el simple hecho de estar inmersos en la constitución ya tienen ese rango. Sin embargo, los neo constitucionalistas,

consideran que, para poder establecer diferencias con respecto a otro tipo de derecho, han establecido que los derechos fundamentales tienen un aspecto formal y otro material. Desde la perspectiva formal, requieren que estén inmersos en la constitución y, desde la perspectiva material, deben tener un carácter de imprescindibles para poder establecer un orden político, democrático y libre de un Estado y que constituyen, además, un límite para cualquier reforma constitucional que intente vulnerarlos (Marshall, 2017, p. 97).

### **2.2.2 Derecho fundamental a la salud**

Hace 100 años, en el año 1917, ya se tenía el derecho fundamental a la salud como un derecho universal, sin embargo, a pesar de ser uno de los derechos que más trascendencia tienen en la vida del ser humano, no tuvo la importancia debida en un inicio, sino que esta fue adquiriéndose con los años. Como antecedente al derecho a la salud, se tiene la Constitución de Querétaro de 1917 en México, de acuerdo a la Constitución de ese año, se brindó a los legisladores la facultad para que puedan establecer leyes sobre salubridad general y así, poder garantizar que los trabajadores gocen de buena salud. Casi el mismo periodo de tiempo, en 1918, en la Unión Soviética, se establecía en su Constitución Política la creación de instituciones conocidas como comisariatos del pueblo, entre cuyas funciones estaban el de mejorar la salud pública. Un año después, en 1919, en la Constitución de Weimar, en Alemania, se autorizaba a los legisladores para legislar en salud pública y a la creación de sistemas de seguros que buscaban conservar la salud de la población. Sin embargo, en el Perú, es recién en el año 1933 que el derecho



fundamental de este tipo se incluye, de manera específica, en el artículo 50 de la Constitución Política, en la que se establecía que el Estado es el que tenía a su cargo el resguardo de la salud pública y estaba en la obligación de cuidar de la salud privada, para lo cual, se lo facultaba a que pueda establecer Leyes de control higiénico y sanitario, que busquen mejorar las condiciones físicas, morales y sociales de los ciudadanos (Quijano, 2016, p. 309).

En 1946, la Organización Mundial de la Salud, establecía que este derecho era el goce máximo de la salud que un individuo podría llegar a tener, por ello se lo considera un derecho fundamental que podría ser ejercido por cualquier persona sin distinción de su religión, raza, ideología o situación económica. En 1948, a través de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se establecía en el artículo 25, numeral 1, que todo individuo tiene derecho a un nivel de vida que le permita asegurar a él y a su familia la salud y el bienestar (Quijano, 2016, p. 309).

Es así, que se pudieron establecer diversos elementos para poder lograr que los ciudadanos pueden ejercer este derecho fundamental a la salud. Estos elementos son: que los individuos puedan gozar de un número adecuado de programas para la salud en el que se puedan atender, así mismo, que estos programas sean de fácil acceso, no sólo física sino también económicamente, evitando cualquier trato discriminatorio; también se buscó la existencia de una ética médica que se respete y que se puedan realizar de manera sensible con los ciclos de la vida de las personas, finalmente, los servicio de salud deberían tener una calidad científica médica, es decir, garantizar desde la ciencia el cuidado de la salud de los ciudadanos (Quijano, 2016, p. 309).

De acuerdo a la Sentencia del Tribunal Constitucional 5842 del 2006, el derecho fundamental a la salud es considerada como una facultad propia de cada individuo, quien busca la conservación de un estado normal en el funcionamiento orgánico funcional, no sólo físico sino también psíquico, de tal forma, que se puede restablecer esta normalidad cuando ha sido perturbada por algún factor externo. De acuerdo a la sentencia, para gozar de un estado psicossomático completo es necesario acceder a condiciones que permiten el desarrollo humano en un medio adecuado y de esta manera, tener un bienestar individual que se pueda lograr ejerciendo el derecho fundamental a la salud, de no hacerlo, estaríamos hablando de una afectación a la esfera de protección del individuo, al presentarse una abstención a este derecho.

De esta manera, se puede observar que el derecho constitucional a la salud ya ha sido reconocido por el Tribunal Constitucional y no ha podido establecer ciertos parámetros para poder evidenciar si se concreta o no en la realidad, es decir, que al margen de su reconocimiento constitucional, es necesario establecer ciertas facultades en el marco jurídico que permiten delimitar si la sociedad está haciendo ejercicio real del derecho a la salud, comprendiendo que este derecho no solamente busca preservar la vida en las condiciones más dignas que requiere todo ser humano, sino también, el protegerlo para que pueda ejercerlo plenamente y de manera real con autonomía personal (León, 2014, p. 397).

Hacer referencia al término salud no debería entenderse únicamente a la no presencia de alguna enfermedad o acceder a una atención médica oportuna, aspectos que no hacen referencia a la salud en su estado pleno, pues, el término alude a un

derecho fundamental del cual depende el derecho a la vida, por consiguiente, no se trata únicamente de estar sano. De acuerdo a la Cruz Roja (2014, p.10) existen definiciones que entienden que cuando se habla de salud se hace referencia a un estado que tiene un individuo, en el cual, se contempla el bienestar físico, social y mental. De esta forma, a lo largo de los años se han incorporado características que permiten entenderlo como un fenómeno continuo y dinámico, que se va desarrollándose a lo largo de la vida, de manera que, actualmente, se lo considera un fenómeno multidimensional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla el Derecho a la Salud en el artículo 25, a través del cual reconoce que las personas deben gozar de un adecuado nivel de vida, que le permita, junto a su familia, tener el bienestar y salud necesarias. Por ese motivo, debe tener la oportunidad de ser asistido por un médico, estar bien alimentados, tener una vivienda segura y todos los servicios sociales que necesita para lograr este fin, así mismo, el artículo 25 reconoce que las personas cuando sufren de invalidez, desempleo, vejez o viudez deben subsistir bajo el amparo de una calidad de vida saludable (Cruz Roja, 2014, p. 10).

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que la salud no solamente es un aspecto biológico, además, le otorga un carácter de indispensable y necesario para que una persona goce de un bienestar pleno, de esta forma, junto con otros derechos humanos, el derecho universal a la salud es interdependiente, es decir, que para que se logre es necesario el desarrollo de otros derechos fundamentales.

### ***2.2.2.1 Derecho a la salud a nivel internacional***

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos contempla el Derecho a la Salud, otorgándole garantías para que pueda ser desarrollado en los marcos jurídicos a nivel internacional, de esta manera, los estados reconocen que todo ser humano debe tener garantizado el derecho a la salud. Posteriormente, a través del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este derecho se desarrolla con mayor solidez, otorgándole carácter de obligatoriedad para que los Estados puedan realizar mayores esfuerzos y reducir los niveles de salud física y mental que presentan los pobladores.

La ONU (2016, p. 233) a través de la Observación General Nro. 14, publicada en el año 2000, estableció que el derecho a la salud contemplaba diversos elementos socioeconómicos que buscaban promover las condiciones para que las personas lleven una vida sana, esto también fue reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Con esto, se obligó a que se refuercen las políticas públicas que buscaban reducir los problemas de salud de las poblaciones cuando tenían problemas de desnutrición, mala alimentación, falta de acceso a agua limpia, viviendas seguras y que los trabajos se desarrollen bajo óptimas condiciones sanitarias. De esta forma, el derecho a la salud fue consagrado, no como un estado en un momento determinado, sino que es una política que busca que las personas mantengan un estado saludable.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2016, p. 233) conminó a los Estados que adopten cuatro medidas respecto al derecho a la salud, las cuales fueron:

- Lograr centros laborales saludables que desarrollen medios ambientes naturales.
- Establecer políticas para mejorar la salud materno infantil y reproductiva.
- Buscar el control de enfermedades y que la población tenga acceso a servicios médicos básicos.
- Que la población acceda a servicios y atenciones médicas cuando se encuentran con problemas de salud.

#### ***2.2.2.2 Estado actual del derecho fundamental a la salud***

Todo ser humano tiene derecho fundamental de gozar del máximo estado de su salud. Este es un derecho que no solamente significa estar sano, sino que se pueda acceder de manera asequible, aceptable y oportuna a cualquier servicio de calidad suficiente de salud.

Lamentablemente, los esfuerzos internacionales que se realizan para hacer que los Estados reduzcan los índices de violaciones al Derecho a la Salud, hoy en día, afectan a alrededor de cien millones de personas alrededor del mundo, quienes viven en extrema pobreza, entre otras razones por el gasto sanitario y la existencia

de grupos marginados a los que no llegan los servicios de salud, lo que, a la larga, genera un costo excesivo cuando se presentan enfermedades (OMS, 2017).

Actualmente, el Derecho a la Salud ha sido intimidante ligado a los problemas que genera la discriminación, debido a que los Estados no legislan adecuadamente en función de una etnia o raza, sin comprender que cada uno tiene costumbres y culturas distintas, sobre la base de los cuales deben girar las legislaciones en torno al Derecho a la Salud.

La OMS (2017) considera que el derecho a la salud debe ser tratada como una libertad, pues, de esta manera todos gozarán de un Estado saludable, teniendo el control sobre la salud y en la que se involucre los aspectos sexuales en los que el Estado no puede tener injerencia.

Se han emitido informes de los observatorios mundiales, en el que se evidencia que los Estados, en lugar de proteger los derechos fundamentales los vulneran. En consecuencia, se afectan distintos elementos poblacionales, entre ellos, los referidos a problemas sanitarios, causada principalmente por la discriminación abierta que se observan en el servicio de salud, los cuales deberían haber sido solucionados con los presupuestos que emiten los Estados (OMS, 2017).

En ese sentido, la generación de políticas públicas de salud que se encuentran ligadas a los derechos humanos podrían solucionar y generar estrategias que permitan equilibrar esta desigualdad y que se reduzcan elementos discriminatorios que practiquen aportadores a ciudadanos.

Ante ellos, la OMS (2017) planteó que el Derecho a la Salud debe considerar los siguientes principios:

- a. **Disponibilidad:** Que obliga a los Estados a que deban contar con la cantidad adecuada de servicios y programas de salud que atiendan a toda la población del territorio.
  
- b. **Accesibilidad:** Que obliga que los Estados brinden establecimientos de salud y servicios a los pobladores para que puedan acceder de manera aceptable, con calidad, con responsabilidad y con universalidad.

#### ***2.2.2.3 El derecho fundamental en el Tribunal Constitucional***

A través de la Sentencia STC 5842-2006-PHC/TC el Tribunal Constitucional estableció los parámetros del derecho de la salud en el Perú, para ello consideró las siguientes posturas:

- a. **El Derecho a la Salud enmarcado en la constitución:**

El análisis del Tribunal Constitucional, sobre el Derecho a la Salud, lo hace a partir del artículo 7 de la Constitución Política, que establece que todos los individuos, en territorio nacional, tienen la protección constitucional de la salud y el Estado la obligación de contribuir en su promoción y defensa. De esta forma, los ciudadanos deben buscar la mejor manera de proteger su salud, no solamente cuando se está enfermo sino para mantener un estado saludable. Para ello, requiere de otros elementos que el Estado debe brindar,

de tal manera, que para que la norma Constitucional se vuelva concreta es necesario comprender que el Derecho a la Salud no es sólo una idea legislativa, sino que ha pasado por un proceso histórico jurídico que se ha enmarcado dentro de los derechos del hombre y en diversos instrumentos internacionales, los cuales, le otorgan una dimensión real. Entre ellos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que el artículo 25° contempla su protección, desde esta perspectiva, se le otorga al Derecho de la Salud la calidad es fundamental, social y autónomo para que sea ejercido libremente por los ciudadanos peruanos.

**b. Derecho a la salud como derecho fundamental:**

Según el Tribunal Constitucional, todo individuo tiene el derecho de mantener su organismo en una normalidad funcional, ya sea psíquico o físico, que le permita desarrollar su actividad normal, es así, que tenga la posibilidad de restituir esta normalidad orgánica ante la presencia de perturbaciones que afectan sus aspectos físicos y psíquicos. Así, que a través de la sentencia STC 5842-2006-PHC/TC el Tribunal Constitucional establece las tres dimensiones del derecho fundamental a la salud, las cuales son las siguientes:

- Que el individuo pueda preservar su vida en condiciones dignas.
- Que una persona pueda mantener el estado orgánico normal funcional, tanto físico como psíquico.



— Que el individuo pueda restituir, cuando se ha presentado una situación de perturbación, el anterior estado de normalidad orgánica que presentaba.

Así, el Tribunal Constitucional considera que un individuo no solamente debe curarse cuando está enfermo, sino también, debe tener la capacidad de preservar su vida y conservar su salud a lo largo de los años.

**c. La salud como un derecho autónomo:**

En la sentencia el Tribunal Constitucional hace referencia a que, si bien la salud puede verse afectada por diversos elementos reales que involucran a otros derechos fundamentales, el derecho a la salud es autónomo, pues, se relaciona al principio de dignidad y, por consiguiente, se relaciona de manera íntima con la vida, pero, con la vida digna. Así, si no se podría ejercer el Derecho a la Salud tampoco se podría justificar que alguien tenga vida digna.

**2.2.3 El cannabis**

La marihuana, cuyo nombre científico es *Cannabis*, es una planta que tiene una antigüedad aproximada de 5,000 años y que ha estado presente en diversas culturas. Durante este lapso, de manera general, las diversas culturas le dieron un uso medicinal, religioso e incluso alimenticio. En el siglo XVI, por ejemplo, se tiene que el cannabis era una planta que, de manera tradicional, se la podría hallar en cualquier botiquín médico, debido a sus probados efectos antiinflamatorios y

analgésicos que poseía, hasta ese momento no se conocía sus efectos psicoactivos, los cuales se descubrieron recién en el siglo XIX a lo largo de Europa (León J., 2017, p. 261).

El *cannabis* es una planta que llega a crecer hasta un tamaño medio alto, el tallo es recto y sólo una vez al año llega a florecer. El cannabis es dioico, es decir, se puede encontrar una planta hembra que da los óvulos necesarios para que el cannabis macho, a través del polen, pueda fecundarla. De acuerdo a los cannabinoides que posee se ha clasificado al *Cannabis* en tres especies: el cannabis sativa sativa, el cannabis sativa indica y el cannabis ruderalis (Leal, Betancourt, González y Romo, 2018, p. 133).

Para que se pueda aprovechar la planta del Cannabis, se debe obtener la resina que segrega, en ella se encuentran diversos componentes psicoactivos que tienen el nombre de cannabinoides, de estos, la jurisprudencia ha tomado un principal interés en dos de ellos, el primero es el tetrahidrocannabinol (THC) y el otro es el cannabidiol (CBD). Además de la resina, también se puede encontrar grandes concentraciones de cannabinoides en las flores del *Cannabis* hembra, las cuales, pueden brindar altas proporciones de cannabinoides (Isorna, 2017, p. 12)

De estos dos cannabinoides, el THC y el CBD, el primero es el que tiene características psicoactivas y que estimulan el placer, originando problemas de salud a la larga, sin embargo, el CBD es un cannabinoide medicinal, con propiedades desinflamatorias y que además no es psicoactivo (León J., 2017, p. 261).

Lamentablemente, el cannabis que más se consume es el que produce THC, por ello, es que las legislaciones en casi todo el mundo controlan su producción, lo que ha evitado que se pueda aprovechar aquellas plantas de cannabis con alto contenido de CBD, cuya especie es la *Cannabis ruderalis*. Esta lamentable propagación del *Cannabis sativa sativa* ha provocado que entre el 9 y 30% de los que la consumen se vuelven adictos y, al intentar dejarla de consumir, presenten síntomas de abstinencia. Otro riesgo importante que presenta el *cannabis sativa sativa* es un componente psicoactivo que evita que muchos se vuelvan adictos a su consumo. Por ese motivo, a partir de 1937, considerando los riesgos potenciales a la salud que se tenía, en Estados Unidos, se la eliminó de la Industria farmacológica, llegando a convertirse, en 1951, en droga narcótica. Es así, que en diversos lugares del mundo el cannabis se ha convertido en una planta ilegal, lo que ha desmerecido que investigaciones del *Cannabis ruderalis* den al mundo sus valiosos aportes terapéuticos, al aliviar síntomas de enfermedades tan complejas como la esclerosis, la epilepsia, la fibromialgia, el cáncer y el glaucoma. Esto ha provocado diversas reacciones a largo del mundo, que buscan la despenalización de la utilización del Cannabis con fines médicos y apoyo terapéutico en las enfermedades que presentan los pacientes (León J., 2017, p. 261).

### ***2.2.3.1 El THC y el CBD del cannabis***

El cannabinoide es el principio activo del Cannabis. Las plantas de cannabis tienen 113 cannabinoides conocidos, los cuales, se ubican principalmente en las flores, estas sustancias se consideran compuestos terpeno fenológicos formado por 21 átomos de carbono. De todos los cannabinoides que presenta una planta, son dos

los que generan el problema medicinal y jurídico al momento de las legislaciones, uno de ellos es llamado *delta-9-tetrahidrocannabinol* cuyas siglas son THC y el segundo, el *cannabidiol* conocido como se CBD (León, 2017, p. 262).

El cannabinoide THC ha provocado que, a lo largo de los años, el cannabis se ha visto como una planta negativa para la salud de las personas, por eso, su producción y comercialización se legisló de manera penal en muchos países y esto, debido a que el THC es altamente psicoactivo a pesar de tener alguna utilización médica.

El CBD, en cambio, es un cannabinoide con muchos beneficios para la salud, no posee los efectos psicoactivos que ocasionaron el problema jurídico del THC, si no que, a partir de los años 70, fueron descubriendo sus cualidades medicinales por lo que se inició una lenta despenalización de la planta (León, 2017, p. 262).

Es de los principales derivados del Cannabis con cannabinoides CBD se encuentran los aceites, los cuales se pueden consumir de manera medicinal, obedeciendo a las recomendaciones médicas y científicas que le confieren poderosos beneficios desinflamatorios.

### ***2.2.3.2 Variedades del cannabis***

El cannabis es una planta que crece de manera recta y florece sólo una vez al año, es dioica, lo que ocasiona que se clasifique en planta macho, que produce

polen y planta hembra, que produce los óvulos para el desarrollo de la especie (Leal et al., 2018, p. 133).

Según Leal et al. (2018, p. 133), inicialmente la clasificación del Cannabis consideraba solo dos tipos:

- a. Cannabis sativa
- b. Cannabis sativa L

Originalmente fue el cannabis sativa el que se conoció como marihuana, mientras que el Cannabis sativa L fue utilizado desde la antigüedad para otros fines y fue conocido como cáñamo.

Con el transcurrir de los años y según las características físicas que tenía la planta fue considerado. Se clasificó entre subespecies. Según Leal et al. (2018, p. 133) son:

- a. Cannabis sativa indica
- b. Cannabis sativa sativa
- c. Cannabis sativa ruderalis

Siendo esta la clasificación que hoy ha adquirido más popularidad y que se utiliza en las legislaciones de distintas partes del mundo, esta clasificación se hizo en función de la cantidad de cannabinoides, tal forma que el Cannabis sativa sativa tiene altas cantidades de THC, mientras que el cannabis ruderalis tiene altas cantidades de CBD y el cannabis sativa indica tiene el THC y el CBD en proporciones equilibradas.

De acuerdo al Decreto Supremo 05-2019-SA publicado en el 2019, que reglamentó la Ley 30681, en el Perú el cannabis ha sido clasificado en dos variedades, según el artículo 2 inciso 2.2 del decreto Supremo, estas son:

- El cannabis psicoactivo.
- El cannabis no psicoactivo.

***a. Cannabis psicoactivo***

La clasificación que realiza el Perú de cannabis psicoactivo, ubica a la planta con características específicas para establecer su carácter de psicoactivo, estas son plantas delgadas, altas, cuyas hojas asemejan a unos dedos, tardan en madurar y la planta puede llegar a crecer hasta tres metros y medio.



*Figur.* Cogollos de la Cannabis psicoactiva.

Tomada de Warshaw (2018)

### ***b. Cannabis no psicoactivo***

Son plantas nativas de Pakistán, Afganistán, Turquía e India. Se adaptan a climas duros y se caracteriza por ser robustas y cortas, son abundantes en su vegetación y las hojas son gruesas y crecen de forma ancha, son más rápidas y puede florecer varias veces al año.



*Figura 1.* Planta de Cannabis no psicoactiva.

Tomada de Warshaw (2018)

### **2.2.4 Beneficios medicinales y terapéuticos del cannabis**

En la Convención Internacional para el Control de Drogas de 1931 realizada en los EEUU, se permitió el uso de la planta del Cannabis, sus extractos y derivados para utilizarlos con fines medicinales, hoy en día, se permite su uso en Canadá,

Reino Unido e Irlanda; en Latinoamérica se lo permite en Uruguay, Argentina, Colombia; y algunos países en Europa como son España, Portugal y Suecia.

Según Hatchondo, Pegueroles y Quintana (2017, p. 33) el cannabis puede ser administrada de varias formas, la más común es inhalando el humo por ser la más rápida de oxidarse y tener una alta liposolubilidad, especialmente el delta-9-THC que es absorbido por los pulmones llegando a la circulación pulmonar que lo conduce al sistema nervioso central (SNC).

De manera terapéutica se estudiaron otras vías para poder administrarla como la ocular, dérmica, sublingual, oral y rectal. De manera oral, la porción es más errática y las concentraciones plasmáticas de delta-9-THC se incrementan entre 1 a 3 horas de manera lenta, lo que equivaldría al 30% que cuando se ingiere fumando. Según reportes, el THC se puede retener en el organismo hasta 45 días después de haber sido administrado y los metabolitos del delta-9-THC se detectan en la orina hasta en cinco meses después de haber sido suministrados (Hatchondo et al, 2017, p. 33).

Siguiendo a Hatchondo et al (2017, p. 33), los efectos que tiene la marihuana pueden afectar a casi todos los órganos del cuerpo, principalmente:

- a. **Cardiovascular:** Incrementa la frecuencia cardíaca, así como la presión arterial y el gasto cardíaco, asimismo, genera vasodilatación en parte de la conjuntiva por lo que produce hipotensión ortostática en algunos casos.
- b. **Respiratorio:** Produce la relajación en el músculo liso bronquial.



- c. **Popular:** Reduce el incremento de humor acuoso.
- d. **Neuromuscular:** Disminuye la calidad muscular que se deriva de acciones centrales y específicas de la placa neuromuscular.

Para Hatchondo et al (2017, p. 33), las aplicaciones terapéuticas que se pueden dar a los cannabinoides son los siguientes:

- a. **Como efecto analgésico.** Se ha demostrado eficacia en pruebas experimentales para reducir el dolor agudo y crónico, esto, debido a que el sistema endocannabinoide detecta los receptores que produce el cannabis, provocando la desinflamación de la zona que causa dolor.
- b. **Vómitos y caquexia:** Experimentalmente, se ha demostrado que los cannabinoides controlan el apetito y la manipulación de receptores para beneficiar casos de anorexia, por ese motivo, se utilizan para reducir las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer, los cuales, se tratan con antineoplásicos. Asimismo, reduce la caquexia en pacientes con SIDA para mantener la forma crónica de tratamientos con compuestos antirretrovirales, en ambos casos, parece estar comprometido el receptor CB1 que se encuentra en la región cerebral que controla la emesis y el apetito.
- c. **Alzhéimer:** Una de las cosas que provoca la inflamación es el estrés oxidativo y la disfunción mitocondrial que son mecanismos fundamentales de la patología del alzhéimer. Por ese motivo, el

cannabis, al reducir la inflamación, activa la microglia que produce la liberación de citoquinas y mediadores para reducir la inflamación los que, al mismo tiempo, se combinan con las neuronas y astrocitos para crear un círculo con efectos deletéreos sobre el cerebro.

- d. Esclerosis múltiple:** Estudios en animales clínicos y humanos han valorado la eficacia que tiene el cannabis para tratar el dolor y la espasticidad, de esta manera, se reduce el dolor de los espasmos musculares refractarios que produce la esclerosis, de la misma manera, tiene efectos deletéreos a largo plazo, los cuales se pueden modificar de acuerdo tratamiento que el paciente va recibiendo.

### **2.2.5 El autocultivo**

Conocido como cultivo casero o producción artesanal, se ha considerado a los autocultivadores en las diversas regulaciones antidrogas que se han venido dando, por ese motivo, cuando se encuentra a una persona plantando *Cannabis* o con plantaciones de *Cannabis* en su domicilio, es acusado de acuerdo a la Ley vigente por delitos referidos al narcotráfico.

La palabra autocultivo, en realidad, se deriva del autoabastecimiento que la humanidad ha desarrollado con el objeto de guardar provisiones para seguir viviendo. Sin el autoabastecimiento, que desarrolló el ser humano, nunca se hubiera logrado la autosuficiencia, que buscaba mejorar la calidad de vida, haciendo que se lleve de la manera más grata, consiguiendo alimentos frescos que se hayan producido de manera orgánica. De esta forma, la palabra autocultivo, así como la

de autoabastecimiento y autosuficiencia, surgen relación al cultivo vegetal, sin embargo, la penalización antidrogas la emplea únicamente cuando hace referencia al cultivo del *Cannabis*, siendo esta una generalización que ha impedido o que ha limitado que se extienda al cultivo de otros tipos de vegetales (Madera, 2017, p. 177).

La autosuficiencia permite que los seres humanos puedan tener la capacidad de abastecerse a sí mismos y que puedan consumir lo que ellos producen, mejorando sus bienes y recursos de tipo agrario, es decir autocultivando y, de esta manera, autoabastecerse por el mismo (Madera, 2017, p. 178).

Sin embargo, en nuestro país la legislación no ha avanzado mucho en relación a los beneficios que puede tener para la sociedad el autocultivo de *cannabis* y, menos aún, para la producción de sus derivados de manera medicinal y terapéutica. En la Ley 30681 no se ha contemplado ningún tipo de política para despenalizar el autocultivo de *cannabis* y está siendo considerada como parte del tráfico ilícito de estupefacientes y que es sancionada de acuerdo al volumen de producción para determinar si se está frente a la micro comercialización o al tráfico ilícito de drogas propiamente dicho.

De esta forma, la palabra autocultivo se encuentra relacionada directamente a la marihuana o *Cannabis*, haciendo una diferencia con el autocultivo de otros vegetales y haciendo que parezca que todas las especies de *cannabis* tengan propiedades que degeneran la salud.

### **2.2.6 La marihuana y el tráfico ilícito de drogas.**

Actualmente, el tráfico ilícito de estupefacientes es una de las amenazas más importantes respecto a la inestabilidad política, económica y social en cualquier país, por ese motivo, en el Perú se ha desarrollado una legislación penal que busca erradicar la producción, el tráfico y el consumo de las drogas, así como aquellos delitos que se relacionan con ella.

Desde que, en 1991, se publicara el Código Penal peruano, la lucha contra el tráfico ilícito de drogas buscó estar relacionado a lo que estipulaban diversos instrumentos y tratados internacionales, los mismos que fueron la base de la tipificación de este delito con el objeto de prevenir y sancionar el consumo ilegal de drogas.

En el Código Penal peruano, se ha tipificado al tráfico ilícito de drogas en los artículos 297 al 299, artículos que han tenido diversas modificatorias a lo largo del tiempo.

En el caso del *Cannabis*, legislado como marihuana, el Poder Legislativo consideró que su posesión no era punible, haciendo referencia a la cantidad que se destina al autoconsumo, el cual no debe exceder de los 8 gramos de hoja o 2 gramos de los derivados de la marihuana, por ese motivo, para que en el Perú una persona sea considerada dentro del delito de tráfico ilícito de drogas, debe tener en su posesión, al momento de la intervención, un peso superior a 100 kilos de hoja o 2 kg de sus derivados (CEDRO, 2018, p. 150).

## 2.2.7 Marco legal del Derecho a la Vida.

### 3.2.6.1. A nivel internacional

- a. En 1959, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- b. En 1978, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- c. En el 2000, el artículo 12 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
- d. En 1948, el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- e. En 1955, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

### 3.2.6.2. A nivel nacional

- a. En 1993, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú.
- b. En el 2003, la Sentencia del Tribunal Constitucional 2945-2003-PA/TC
- c. En el 2007, la Sentencia del Tribunal Constitucional 3081-2007-PA/TC
- d. En el 2006, la Sentencia del Tribunal Constitucional 5842-2006-PHC/TC

## 2.3 Marco conceptual

- a. **Autocultivo de *cannabis*:** Es el consumo que realiza quien produce los bienes y recursos agrícolas, de esta forma se abastece a sí mismo. El

autocultivo está relacionado con las definiciones de autoabastecimiento y autosuficiencia que ha estado presente en la humanidad desde su surgimiento.

- b. **Cannabidiol (CBD):** Es el cannabinoide del cannabis que más se busca debido a sus importantes propiedades medicinales, pues, contiene excelentes propiedades desinflamatorias y no causa efecto psicotrópico.
- c. **Cannabis *índica*:** Especie del cannabis con contiene altos porcentajes de THC.
- d. **Cannabis *sativa*:** Especie del cannabis con contiene altos porcentajes de CBD
- e. **Cáñamo:** Nombre común que se a la especie del cannabis usado para producir, principalmente, papel.
- f. **Derecho fundamental a la salud:** Es una facultad inherente a toda persona que busca conservar un estado de normalidad orgánica-funcional, tanto física y psíquica, de tal manera, que se puede restituir ante una situación de perturbación.
- g. **Derechos fundamentales:** Conjunto de derechos de los cuales depende la legitimación del orden jurídico estatal. Tienen un aspecto material y otro formal, en su dimensión formal se entiende que están incluidos en la constitución, pero en su dimensión material se afirma que estos, además de estar en la constitución, necesitan tener el carácter de imprescindibles para el orden político, libre y democrático de un Estado por lo que constituyen el límite implícito a la potestad que se tiene en la reforma constitucional.
- h. **Derivados del cannabis:** Hace referencia a los productos que se obtiene a partir de la resina que es producida por el cannabis, sobre todo por las plantas hembras.
- i. **El *cannabis*:** Planta de tamaño medio a alto que crece de manera recta y florece una vez al año, es dioica y, de acuerdo a las características y efectos

que tiene cada planta, ha permitido su clasificación en tres especies: la *C. sativa*, la *C. indica* y la *C. afghanica*.

- j. Marihuana:** Nombre urbano que se otorga al cannabis, es una planta que produce cannabinoides.
- k. Tetrahidrocannabinol (THC):** Es un cannabinoides del cannabis que influencia el placer, la memoria, la concentración y el apetito. Es adictivo, por lo que su uso se encuentra restringido en la mayoría de países del mundo.
- l. Tráfico ilícito de drogas:** Delito tipificado en el Código penal de 1991 que busca penalizar la comercialización de estupefacientes.
- m. Uso medicinal del cannabis:** Utilización de las propiedades que se obtienen del cannabis debido a sus efectos, cualidades o usos curativos.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de la investigación**

La investigación es de tipo básico, pues busca mejorar el conocimiento de una realidad problemática en concreto (Tam, Vera y Oliveros, 2008), en ese sentido, la investigación incrementó el conocimiento sobre la problemática de la regulación de la producción de cannabis y sus derivados respecto a la vulneración al derecho fundamental a la salud que tienen los pacientes que la utilizan.

#### **3.2 Diseño de investigación**

La investigación es no experimental de diseño transversal de tipo descriptivo. Así, nuestra investigación es no experimental ya que no se manipularon las variables de estudio; es transversal, ya que se recolectó en un solo corte de tiempo y es descriptivo, pues con los datos recolectados se estableció si la regulación de la producción de cannabis vulnera el derecho a la salud en el Perú.



### 3.3 Población y muestra

#### 3.3.1. Población

La investigación tuvo como población a la totalidad de médicos que hayan tenido experiencia tratando pacientes que utilizaron el cannabis como tratamiento para mitigar los síntomas de su enfermedad.

Tabla 2

*Población de la investigación*

<b>Unidades de análisis</b>	<b>Nro.</b>
Médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	32
<b>Total</b>	<b>32</b>

Nota: Elaboración propia.

#### 3.3.2. Muestra

Se entrevistó a la totalidad de la población.

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recopilación de datos se utilizó la técnica de la encuesta y tendrá como instrumento el cuestionario. El instrumento será validado por tres jueces expertos.

### 3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Los datos recolectados se procesaron de la siguiente manera:

- a. Se tabularon los datos.
- b. Se analizó de manera descriptiva.
- c. Se estableció la relación de las variables.

### **3.6 Validez de los instrumentos de investigación**

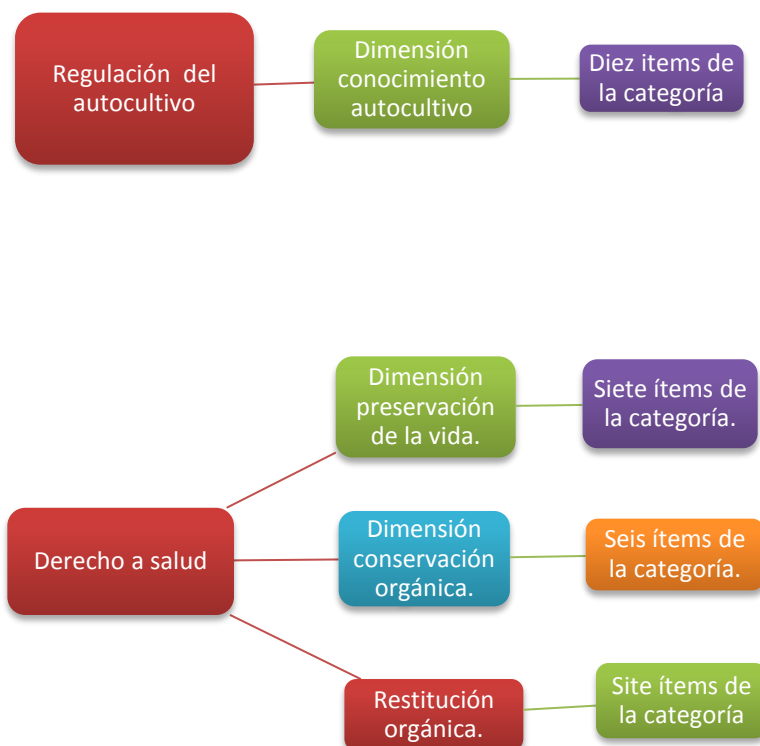
La validez se estableció a través de tres jueces expertos quienes dieron la conformidad del instrumento elaborado para la investigación.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Presentación de resultados por variables

La investigación analizó los datos que se levantaron de manera descriptiva de la siguiente manera:



*Figura 2.* Presentación de resultados.

Figura de elaboración propia.

#### 4.1.1 Análisis de la variable *Regulación de la producción de cannabis*.

##### 4.1.1.1 Nivel categórico de la variable

Tabla 3  
*Conocimiento del autocultivo del cannabis por los pacientes y familiares.*

Categorías	f	%
Bajo	8	25.00
Moderadamente bajo	21	65.63
Regular	0	0.00
Moderadamente alto	3	9.38
Alto	0	0.00
Total	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

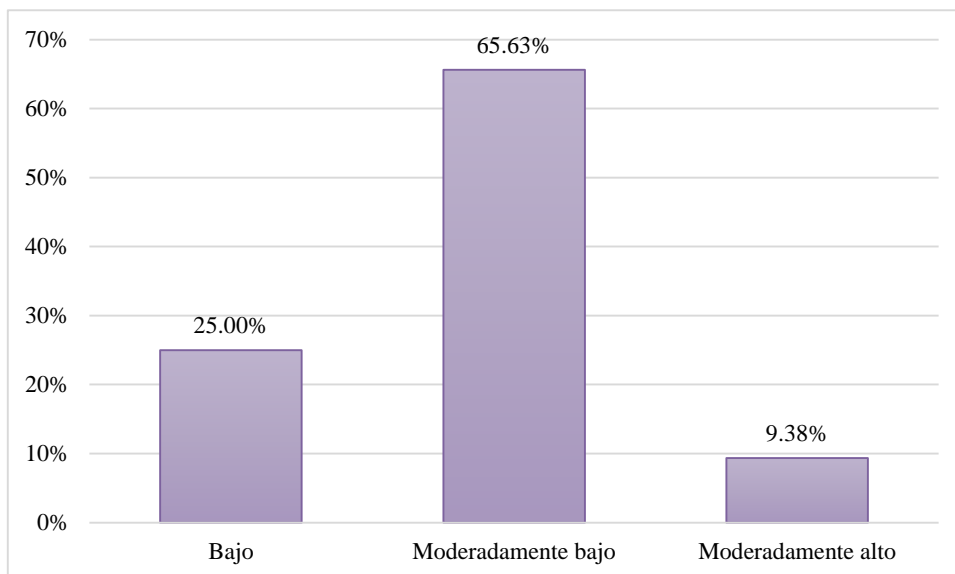


Figura 3. Conocimiento del autocultivo del cannabis por los pacientes y familiares.

Tomada de la tabla 3

La tabla 3 y figura 4 muestran el nivel de conocimiento que tienen los familiares y pacientes sobre el autocultivo de cannabis, como se aprecia el mayor índice se halla en el nivel moderadamente bajo con 65.63%.

#### 4.1.1.2 Análisis por ítem de la variable

Tabla 4

*Los pacientes saben que las plantas de cannabis tienen los mismos efectos*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	2	6.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

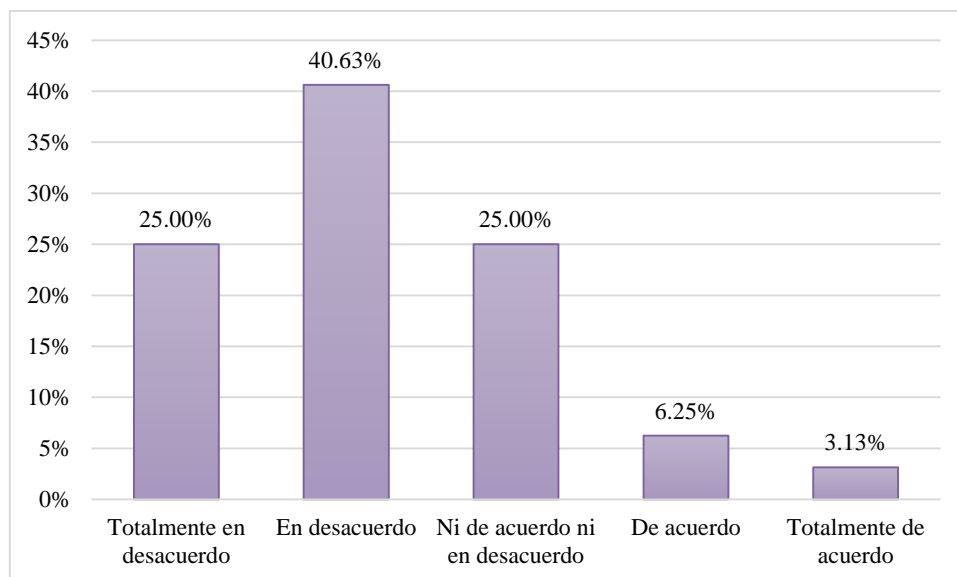


Figura 4. Los pacientes saben que las plantas de cannabis tienen los mismos efectos

Tomada de la tabla 4

La tabla 4 y figura 5 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes saben que las plantas de cannabis tienen los mismos efectos”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, otro 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% de acuerdo y el 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 5  
*Los pacientes saben la diferencia física de las distintas especies de plantas de cannabis*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>En desacuerdo</b>	7	21.88
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	15	46.88
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

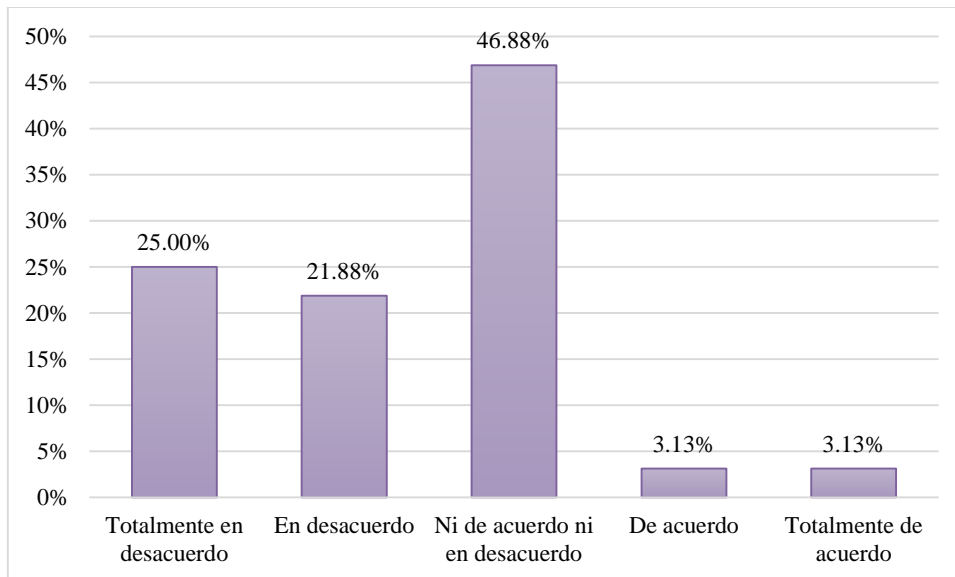


Figura 5. Los pacientes saben la diferencia física de las distintas especies de plantas de cannabis  
 Tomada de la tabla 5

La tabla 5 y figura 6 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes saben la diferencia física de las distintas especies de plantas de cannabis”, al respecto el 46.88% de entrevistados estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, el 21.88% en desacuerdo, el 3.13% de acuerdo y otro 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 6

*Los familiares de los pacientes conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

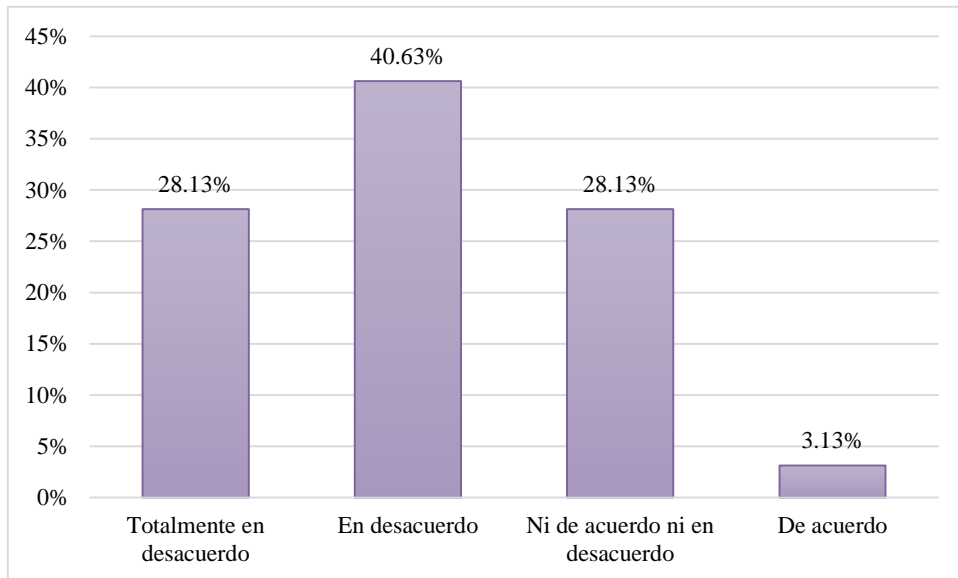


Figura 6. Los familiares de los pacientes conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo

Tomada de la tabla 6

La tabla 6 y figura 7 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 28.13% totalmente en desacuerdo, otro 28.13% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 3.13% de acuerdo.



Tabla 7

*Los familiares de los pacientes conocen los efectos de CBD.*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	16	50.00
<b>En desacuerdo</b>	4	12.50
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

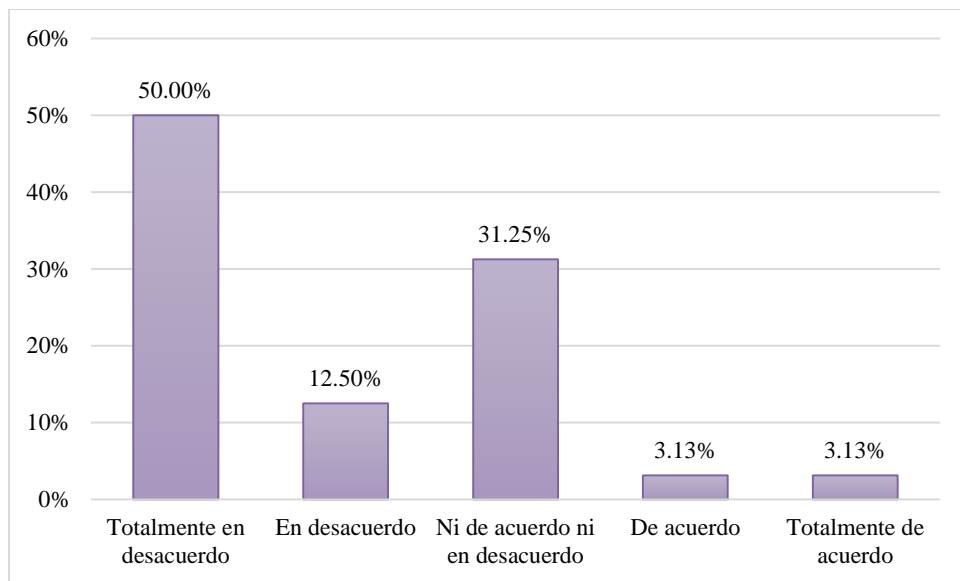


Figura 7. Los familiares de los pacientes conocen los efectos de CBD

Tomada de la tabla 7

La tabla 7 y figura 8 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes conocen los efectos de CBD”, al respecto el 50% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 31.25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 12.50% en desacuerdo, el 3.13% de acuerdo y otro 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 8

*Los familiares de los pacientes conocen el efecto de THD*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	13	40.63
<b>En desacuerdo</b>	10	31.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

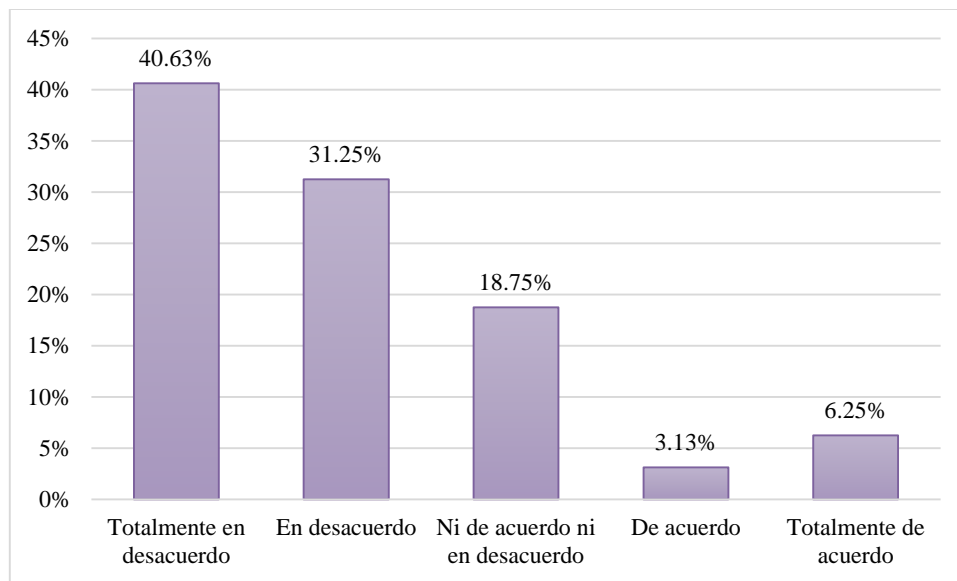


Figura 8. Los familiares de los pacientes conocen el efecto de THD

Tomada de la tabla 8

La tabla 8 y figura 9 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes conocen el efecto de THD”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 31.25% en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 9

*Los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo.*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	7	21.88
<b>En desacuerdo</b>	9	28.13
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	13	40.63
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

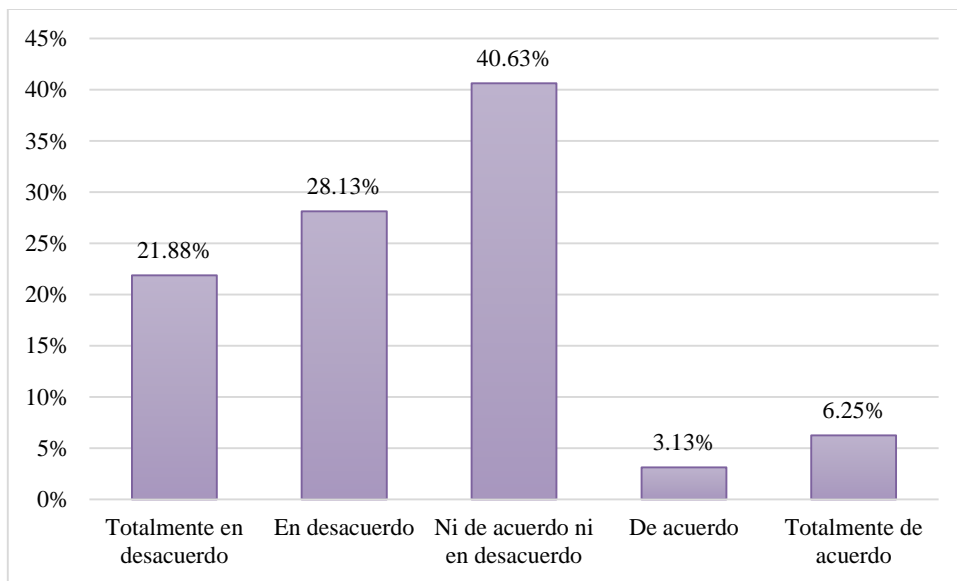


Figura 9. Los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo

Tomada de la tabla 9

La tabla 9 y figura 10 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 28.13% en desacuerdo, el 21.88% totalmente en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 10

*Los familiares de los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>En desacuerdo</b>	9	28.13
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	12	37.50
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

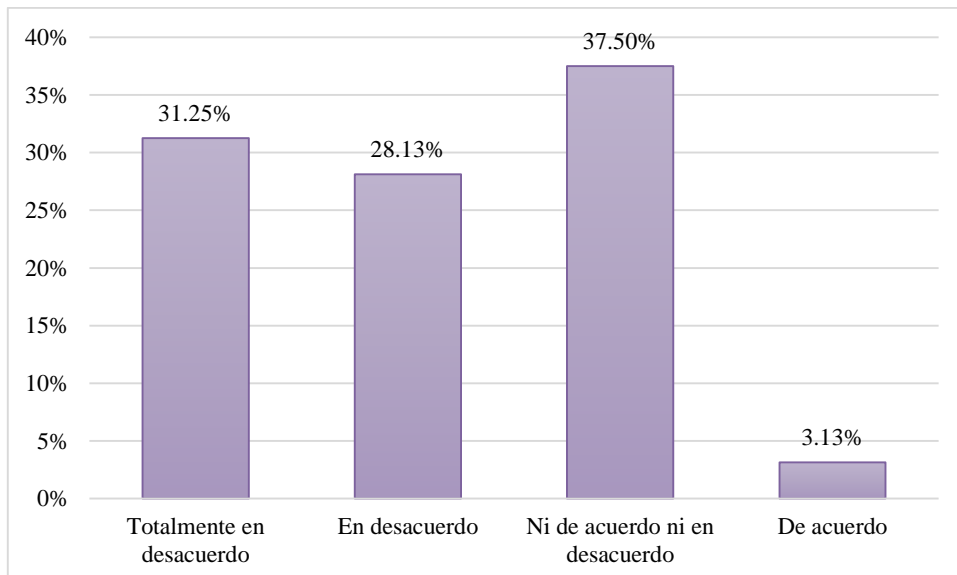


Figura 10. Los familiares de los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo

Tomada de la tabla 10

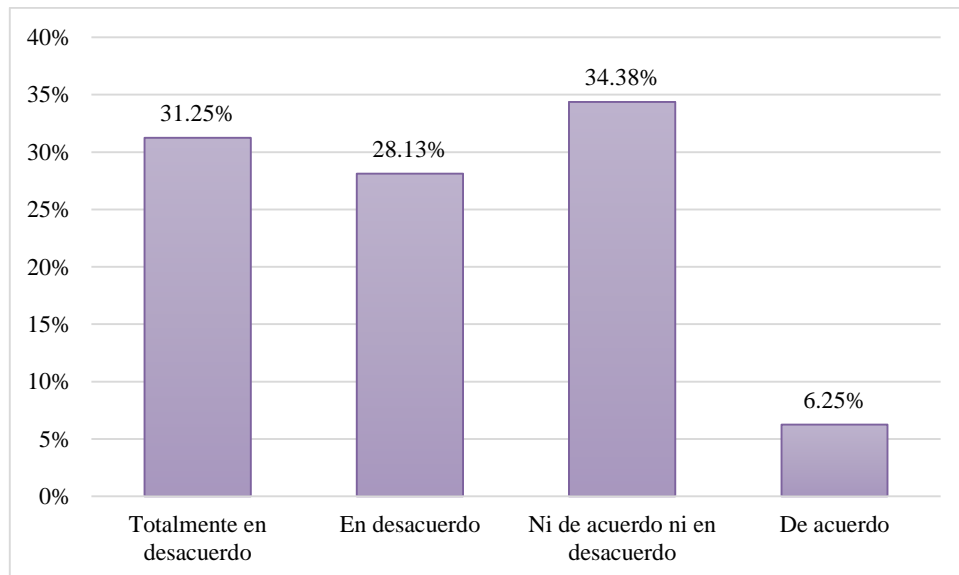
La tabla 10 y figura 11 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes conocen cuál es el cannabis no psicoactivo”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 31.25% totalmente en desacuerdo, el 28.13% en desacuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 11

*Los familiares de los pacientes saben que los derivados del cannabis son muy costosos*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>En desacuerdo</b>	9	28.13
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	11	34.38
<b>De acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.



*Figura 11.* Los familiares de los pacientes saben que los derivados del cannabis son muy costosos  
Tomada de la tabla 11

La tabla 11 y figura 12 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes saben que los derivados del cannabis son muy costosos”, al respecto el 34.38% de entrevistados estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 31.25% totalmente en desacuerdo, el 28.13% en desacuerdo y el 6.25% de acuerdo.

Tabla 12

*Hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio.*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	15	46.88
<b>En desacuerdo</b>	7	21.88
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

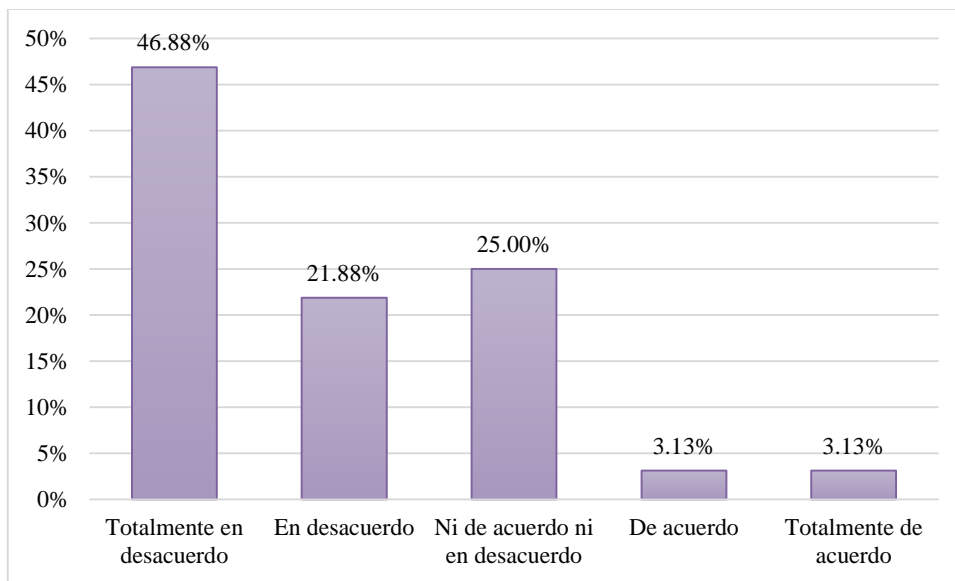


Figura 12. Hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio

Tomada de la tabla 12

La tabla 12 y figura 13 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio”, al respecto el 46.88% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 21.88% en desacuerdo, el 3.13% de acuerdo y otro 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 13

*Los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar el cannabis*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	15	46.88
<b>En desacuerdo</b>	5	15.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

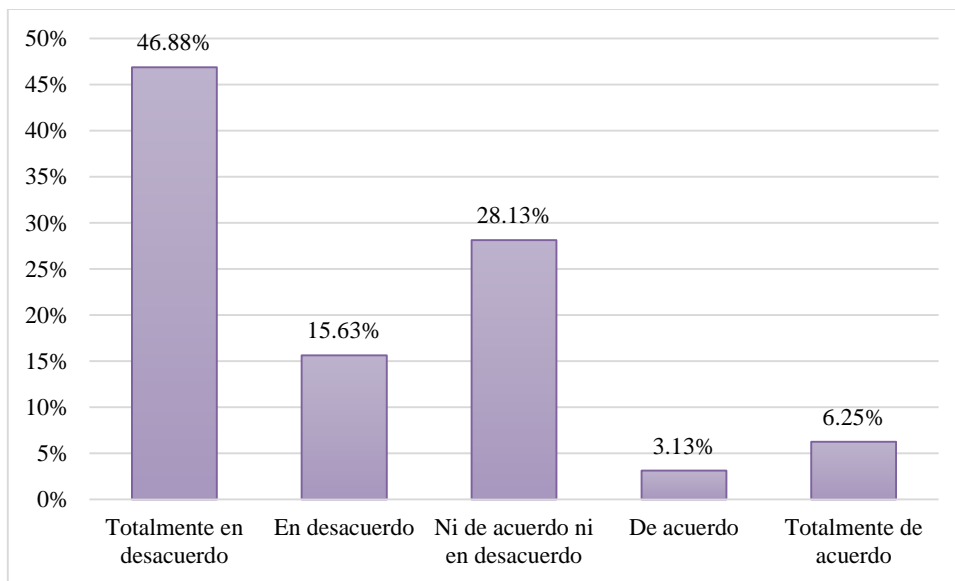


Figura 13. Los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar el cannabis.

Tomada de la tabla 13

La tabla 13 y figura 14 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar el cannabis”, al respecto el 46.88% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 28.13% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 15.63% en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

## 4.1.2 Análisis de la variable derecho fundamental de la salud

### 4.1.1.1 Nivel categórico de la variable

Tabla 14  
*Vulneración al Derecho de la Salud.*

Categorías	f	%
<b>Bajo</b>	1	3.13
<b>Moderadamente bajo</b>	11	34.38
<b>Regular</b>	18	56.25
<b>Moderadamente alto</b>	0	0.00
<b>Alto</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

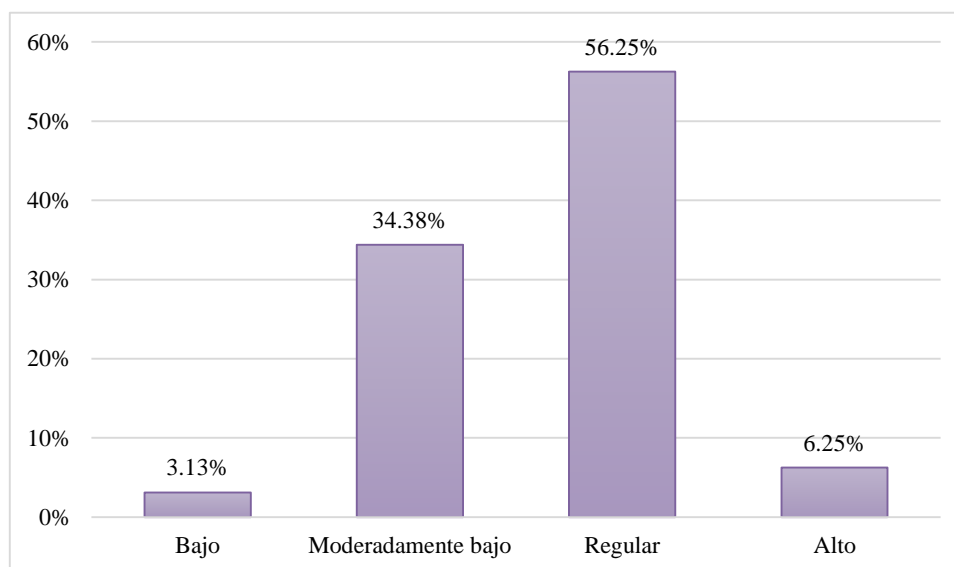


Figura 14. Vulneración al derecho de la salud.

Tomada de la tabla 14

La tabla 14 y figura 15 muestran el nivel de vulneración al derecho de la salud. Como se aprecia, el 56.25% de los encuestados lo concibe como una vulneración regular, el 34.38% como moderadamente baja, el 6.25% como alta, y el 3.13% como baja.



Tabla 15  
 Dimensión 1: Preservación de vida en condición digna.

Categorías	f	%
<b>Bajo</b>	3	9.38
<b>Moderadamente bajo</b>	1	3.13
<b>Regular</b>	2	6.25
<b>Moderadamente alto</b>	14	43.75
<b>Alto</b>	12	37.50
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

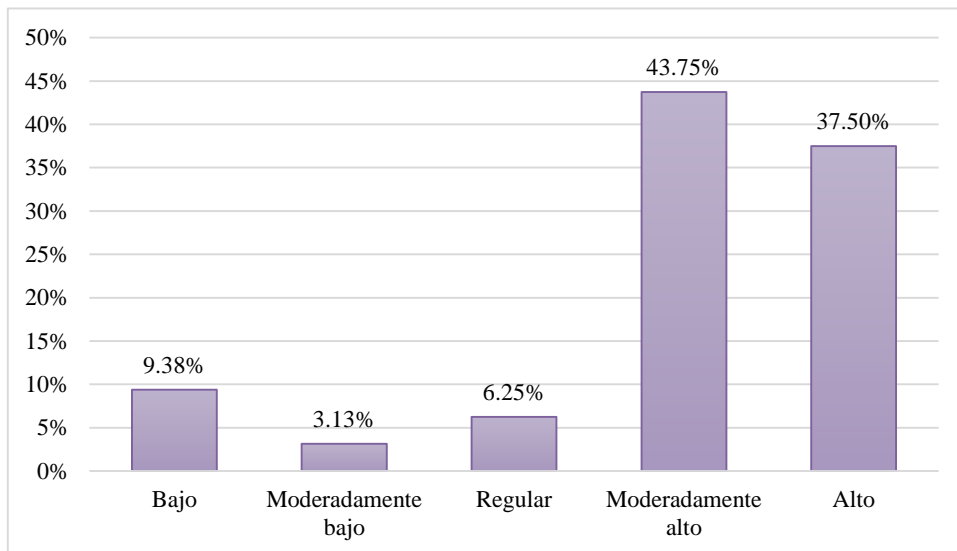


Figura 15. Dimensión 1: Preservación de vida en condición digna.

Tomada de la tabla 15

La tabla 15 y figura 16 muestran el nivel de la dimensión 1 del derecho a la salud: Preservación de vida en condición digna. Como se aprecia, 43.75% de los encuestados lo concibe como moderadamente alto, el 37.50% como alto, el 9.38% como bajo, el 6.25% como regular y el 3.13% como moderadamente bajo.

Tabla 16  
 Dimensión 2: Conservación de la salud.

Categorías	f	%
Bajo	12	37.50
Moderadamente bajo	16	50.00
Regular	1	3.13
Moderadamente alto	0	0.00
Alto	3	9.38
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>

Nota: Elaboración propia.

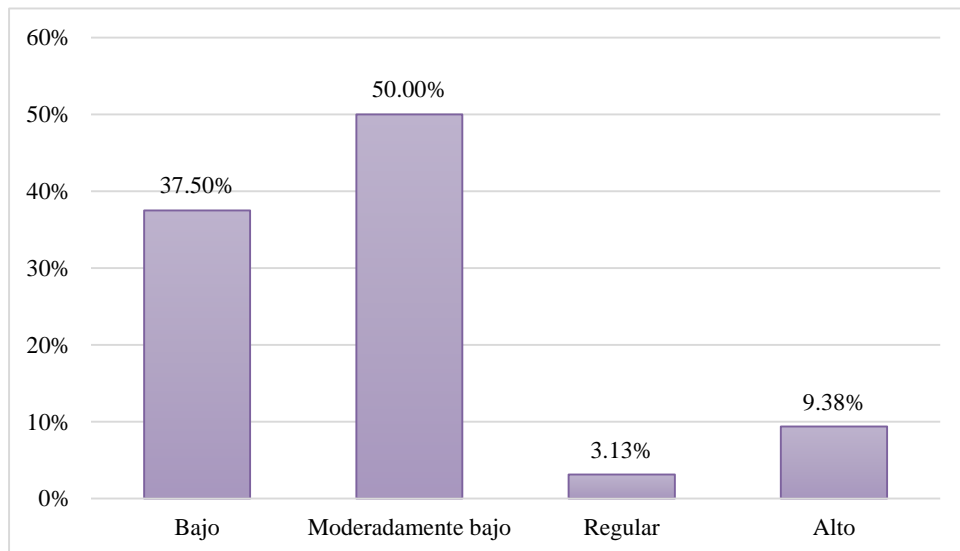


Figura 16. Dimensión 2: Conservación de la salud.

Tomada de la tabla 16

La tabla 16 y figura 17 muestran el nivel de la dimensión 2 del derecho a la salud: Conservación de la salud. Como se aprecia 50% de los encuestados lo concibe como moderadamente bajo, el 37.50% como bajo, el 9.38% como alto, y el 3.13% como regular.

Tabla 17  
 Dimensión 3: Restitución de la salud.

Categorías	f	%
<b>Bajo</b>	26	81.25
<b>Moderadamente bajo</b>	3	9.38
<b>Regular</b>	3	9.38
<b>Moderadamente alto</b>	0	0.00
<b>Alto</b>	0	0.00
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

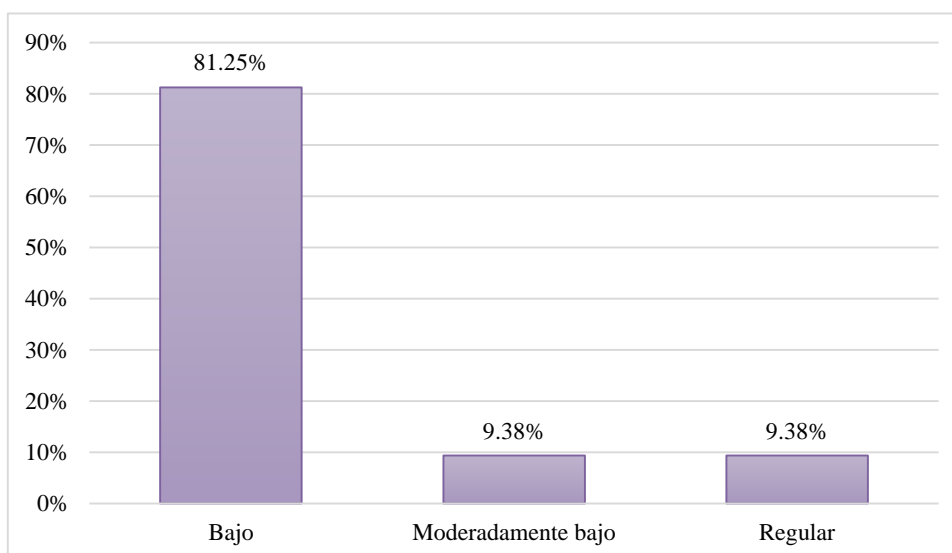


Figura 17. Dimensión 3: Restitución de la salud.

Tomada de la tabla 17

La tabla 17 y figura 18 muestran el nivel de la dimensión 3 del derecho a la salud: Restitución de la salud. Como se aprecia 81.25% de los encuestados lo concibe como bajo, el 9.38% como moderadamente bajo y otro el 9.38% como regular.

#### 4.1.1.2 Análisis por ítem de la variable

a. Dimensión uno: Preservación de la vida en condiciones dignas.

Tabla 18  
*El cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	3.13
<b>En desacuerdo</b>	2	6.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>De acuerdo</b>	8	25.00
<b>Totalmente de acuerdo</b>	12	37.50
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

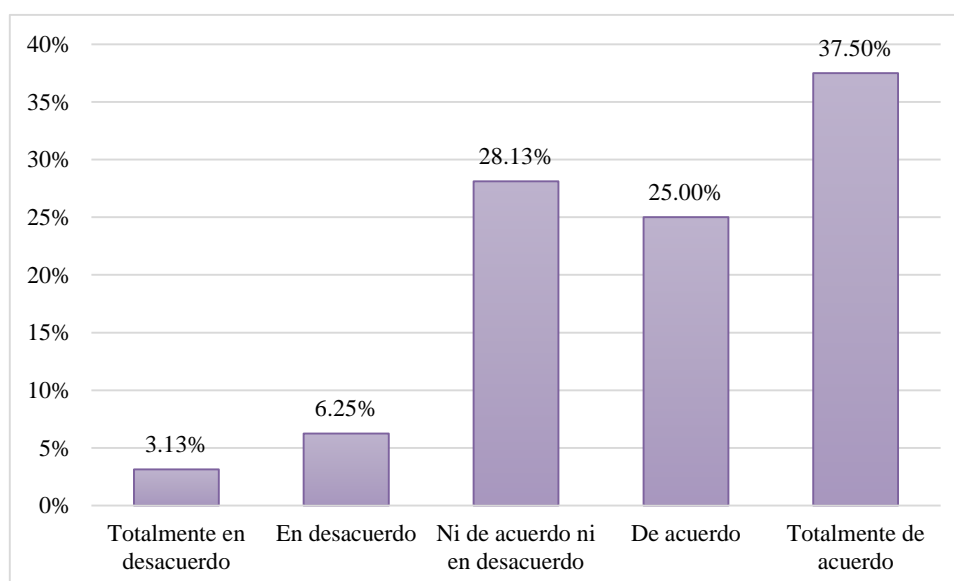


Figura 18. El cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes

Tomada de la tabla 18

La tabla 18 y figura 19 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo, el 28.13% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25% de acuerdo, el 6.25% en desacuerdo y el 3.13% totalmente en desacuerdo.

Tabla 19

*Los pacientes de ciertas enfermedades que no consumen cannabis mueren más rápido*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	3.13
<b>En desacuerdo</b>	3	9.38
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	8	25.00
<b>Totalmente de acuerdo</b>	12	37.50
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

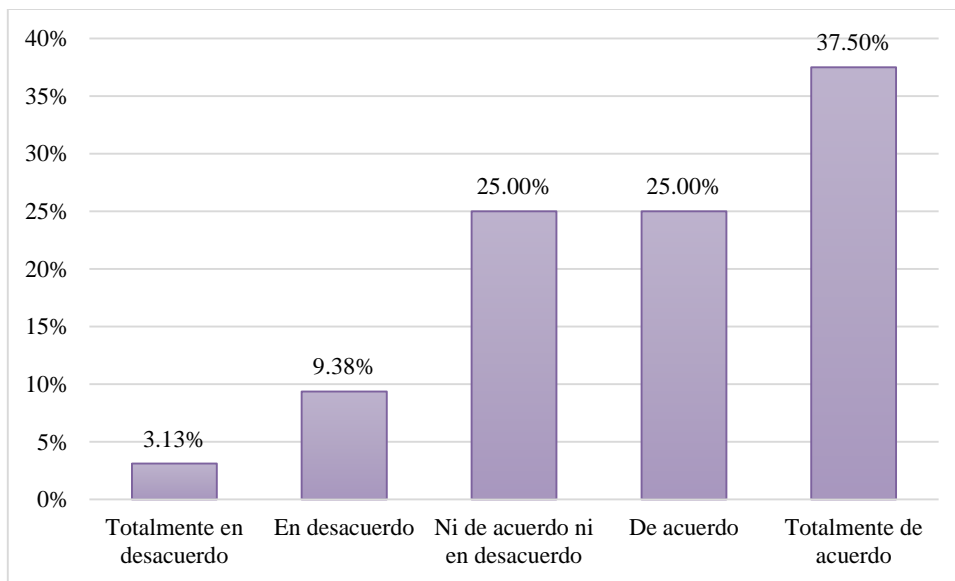


Figura 19. Los pacientes de ciertas enfermedades que no consumen cannabis mueren más rápido  
Tomada de la tabla 19

La tabla 19 y figura 20 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes de ciertas enfermedades que no consumen cannabis mueren más rápido”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo, el 25% de acuerdo, otro el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 9.38% en desacuerdo y el 3.13% totalmente en desacuerdo.

Tabla 20

*Los familiares de los pacientes que consumen cannabis mejoran su calidad de vida*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	6.25
<b>En desacuerdo</b>	2	6.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	10	31.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	10	31.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

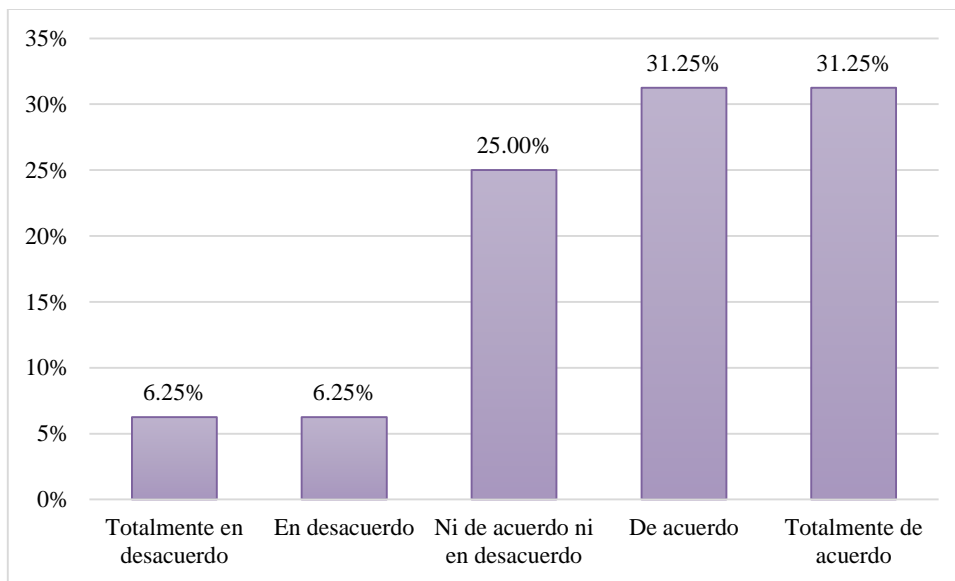


Figura 20. Los familiares de los pacientes que consumen cannabis mejoran su calidad de vida  
Tomada de la tabla 20

La tabla 20 y figura 21 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los familiares de los pacientes que consumen cannabis mejoran su calidad de vida”, al respecto el 31.25% de entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo, otro 31.25% de acuerdo, el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% en desacuerdo y otro 6.25% totalmente en desacuerdo.

Tabla 21

*Los pacientes que consumen cannabis medicinalmente son más felices.*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	6.25
<b>En desacuerdo</b>	2	6.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>De acuerdo</b>	8	25.00
<b>Totalmente de acuerdo</b>	11	34.38
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

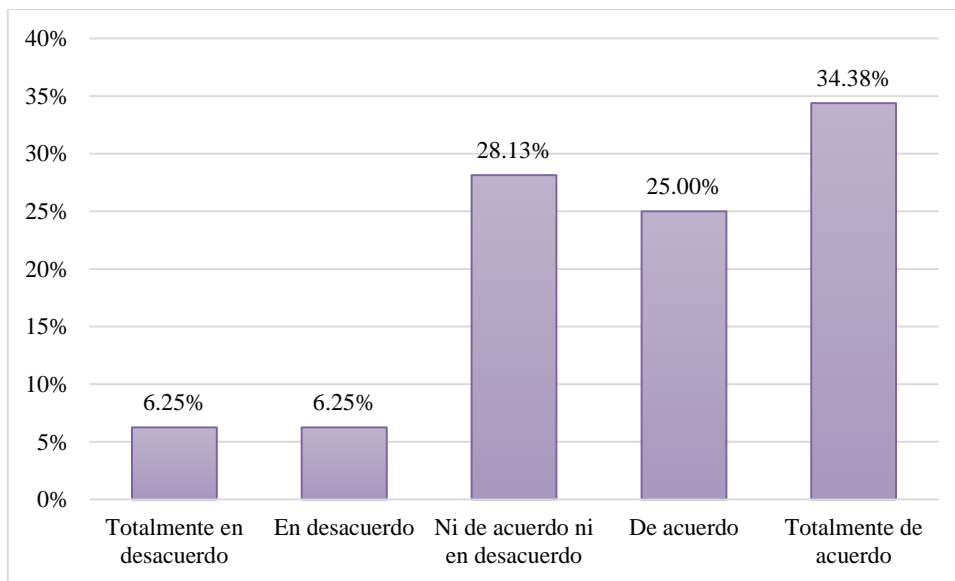


Figura 21. Los pacientes que consumen cannabis medicinalmente son más felices

Tomada de la tabla 21

La tabla 21 y figura 22 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes que consumen cannabis medicinalmente son más felices”, al respecto el 34.38% de entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo, el 28.13% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25% de acuerdo, el 6.25% en desacuerdo y otro 6.25% totalmente en desacuerdo.

Tabla 22

*El cannabis permitió que el paciente realice sus actividades normales.*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	6.25
<b>En desacuerdo</b>	2	6.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	5	15.63
<b>De acuerdo</b>	13	40.63
<b>Totalmente de acuerdo</b>	10	31.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

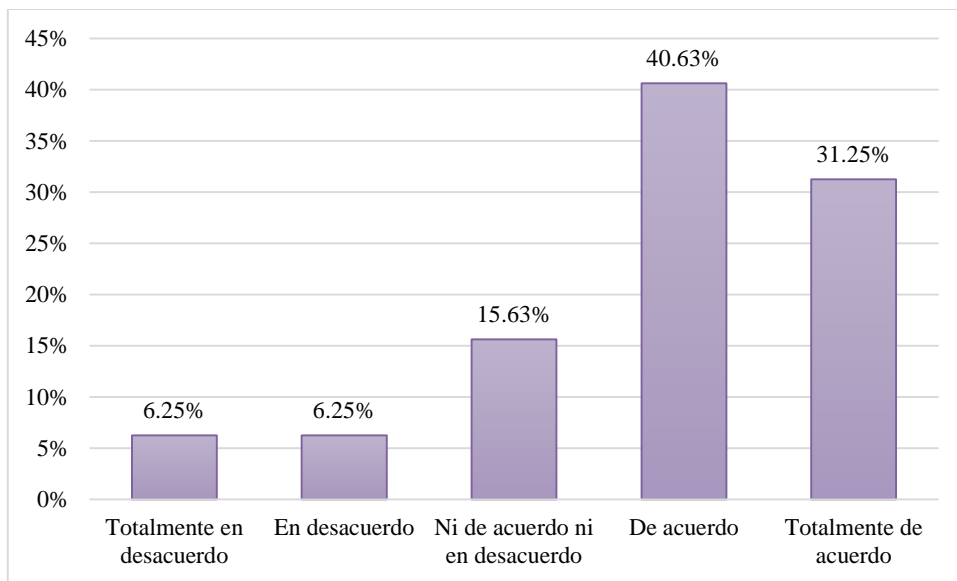


Figura 22. El cannabis permitió que el paciente realice sus actividades normales.

Tomada de la tabla 22

La tabla 21 y figura 23 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis permitió que el paciente realice su actividad normal”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron de acuerdo, el 31.25% totalmente de acuerdo, el 15.63% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% en desacuerdo y otro 6.25% totalmente en desacuerdo.



Tabla 23

*El cannabis evita que las personas convulsionen en la calle.*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	12.50
<b>En desacuerdo</b>	0	0.00
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	11	34.38
<b>Totalmente de acuerdo</b>	9	28.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

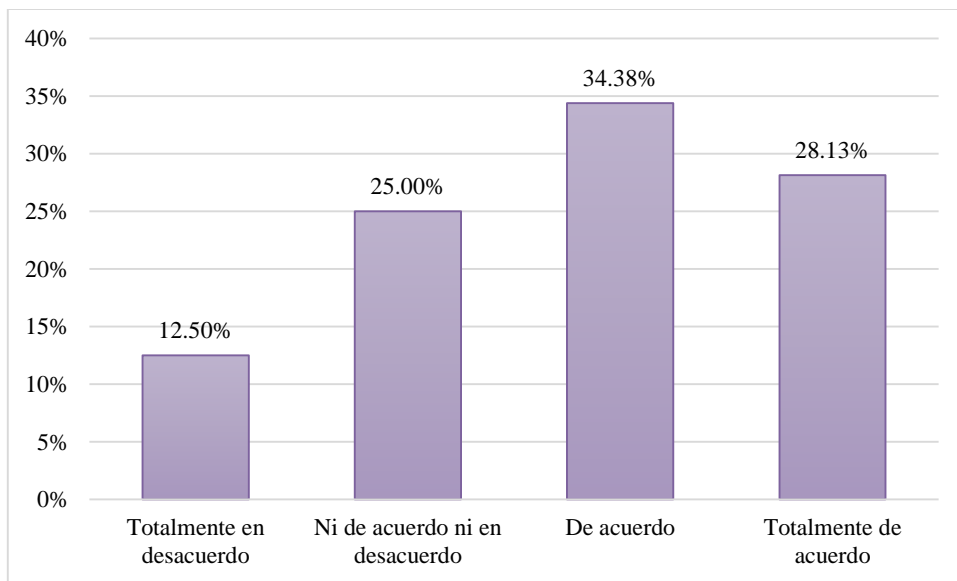


Figura 23. El cannabis evita que las personas convulsionen en la calle.

Tomada de la tabla 23

La tabla 23 y figura 24 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis evita que las personas convulsionen en la calle.”, al respecto el 34.38% de entrevistados estuvieron de acuerdo, el 28.13% totalmente de acuerdo, el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 12.50% totalmente en desacuerdo.

Tabla 24

*El cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	6.25
<b>En desacuerdo</b>	2	6.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	7	21.88
<b>De acuerdo</b>	10	31.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	11	34.38
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

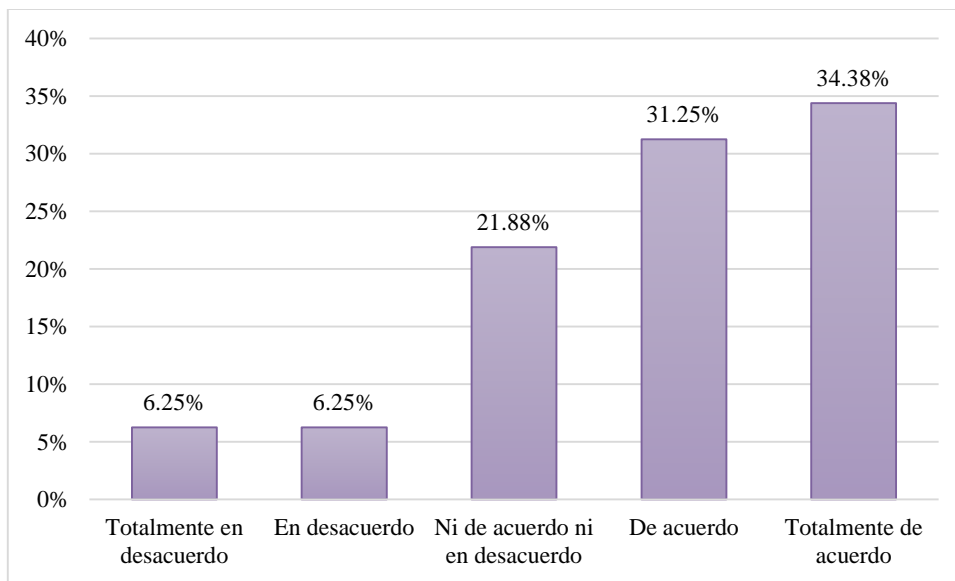


Figura 24. El cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos

Tomada de la tabla 24

La tabla 24 y figura 25 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos”, al respecto el 34.38% de entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo, el 31.25% de acuerdo, el 21.88% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% en desacuerdo y otro 6.25% totalmente en desacuerdo.

b. Dimensión dos: Conservación de un estado de normalidad orgánica funcional.

Tabla 25

*Las personas que consumen cannabis nunca se enferman.*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	14	43.75
<b>En desacuerdo</b>	9	28.13
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

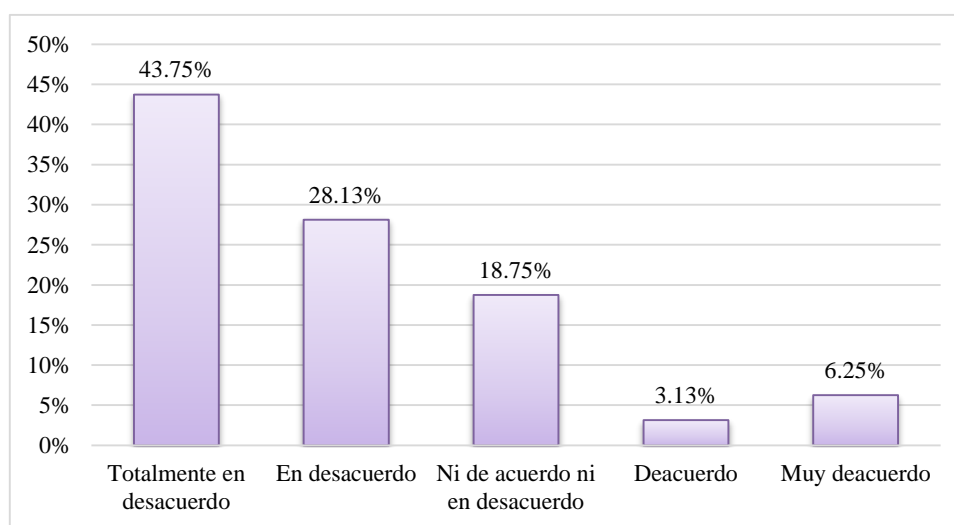


Figura 25. Las personas que consumen cannabis nunca se enferman.

Tomada de la tabla 25

La tabla 25 y figura 26 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Las personas que consumen cannabis nunca se enferman”, al respecto el 43.75% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 28.13% en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y otro 3.13% de acuerdo.

Tabla 26

*Las personas se enfermaron por consumir cannabis*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	2	6.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

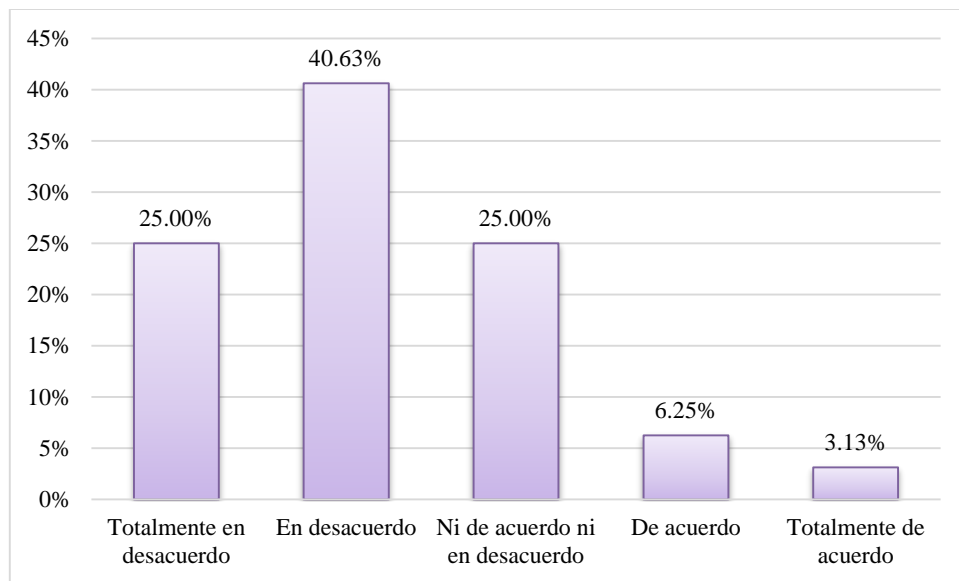


Figura 26. Las personas se enfermaron por consumir cannabis

Tomada de la tabla 26

La tabla 26 y figura 27 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Las personas se enfermaron por consumir cannabis”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, otro 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% de acuerdo y el 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 27

*La buena salud de una persona es gracias al consumo de cannabis*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	7	21.88
<b>En desacuerdo</b>	12	37.50
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>De acuerdo</b>	2	6.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

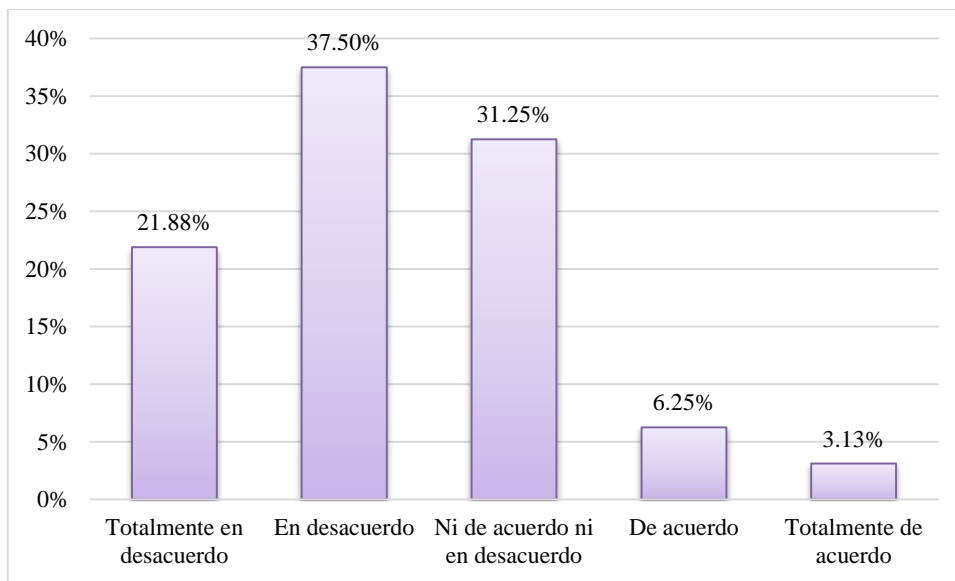


Figura 27. La buena salud de una persona es gracias al consumo de cannabis

Tomada de la tabla 27.

La tabla 27 y figura 28 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “La buena salud de una persona es gracias al consumo de cannabis”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 31.25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 21.88% totalmente en desacuerdo, el 6.25% de acuerdo y otro 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 28

*Los pacientes que no consumen cannabis están emocionalmente más estables*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	12	37.50
<b>En desacuerdo</b>	11	34.38
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	3	9.38
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

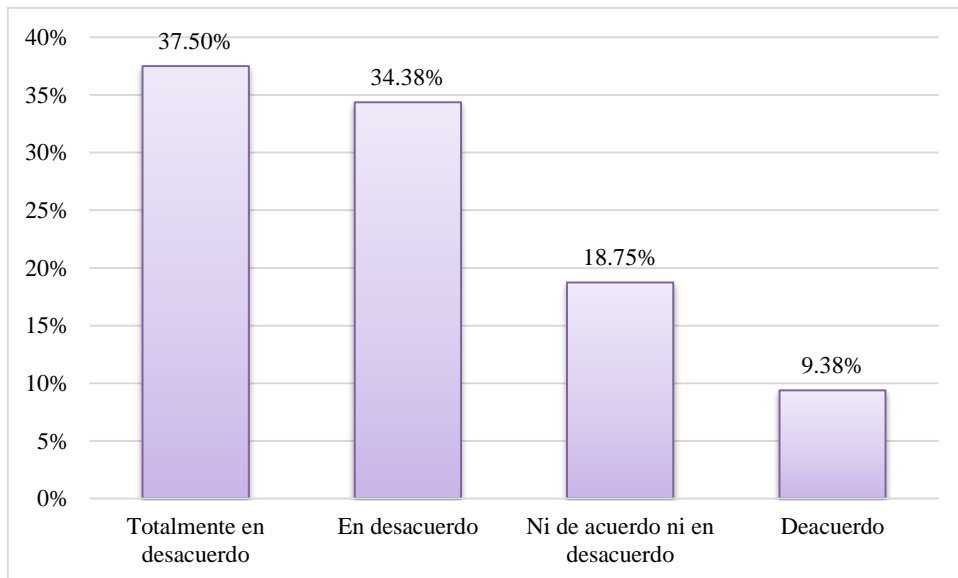


Figura 28. Los pacientes que no consumen cannabis están emocionalmente más estables

Tomada de la tabla 28

La tabla 28 y figura 29 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes que no consumen cannabis están emocionalmente más estables”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 34.38% en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 9.38% de acuerdo.

Tabla 29

*La aparición de convulsiones en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez.*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	11	34.38
<b>En desacuerdo</b>	12	37.50
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

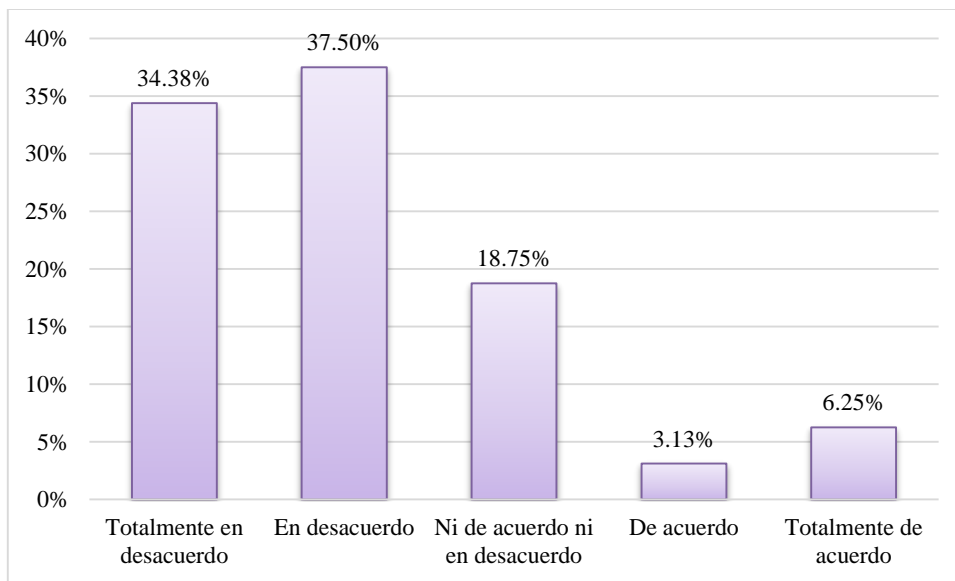


Figura 29. La aparición de convulsiones en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez. Tomada de la tabla 29

La tabla 29 y figura 30 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “La aparición de convulsiones en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 34.38% totalmente en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y otro 3.13% de acuerdo.

Tabla 30

*La aparición de dolores crónicos en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

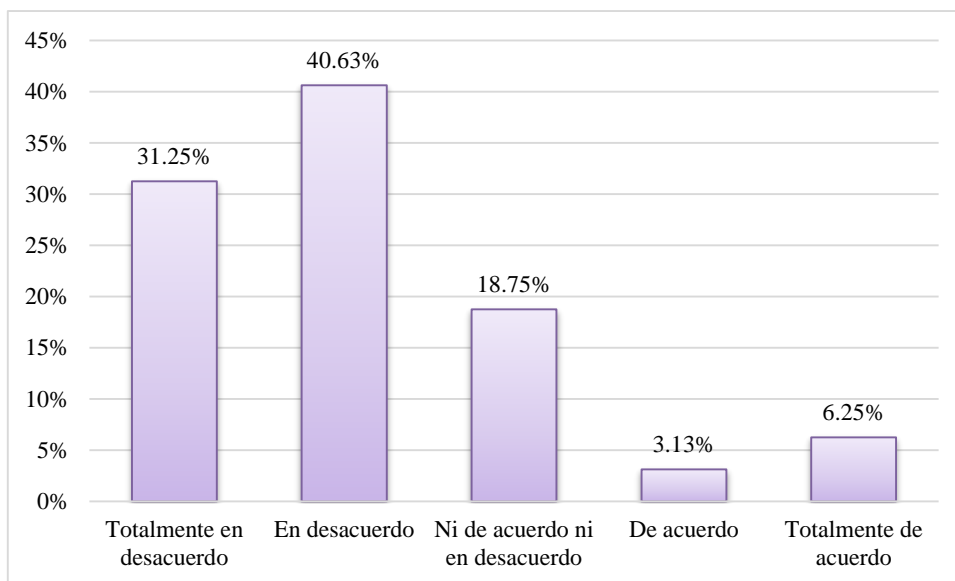


Figura 30. La aparición de dolores crónicos en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez

Tomada de la tabla 30

La tabla 30 y figura 31 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “La aparición de dolores crónicos en los pacientes fue porque no consumieron cannabis en la niñez”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 31.25% totalmente en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.



b. Dimensión tres: restitución, ante un estado de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional

Tabla 31

*El consumo de cannabis provoca una rápida recuperación de la salud*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	13	40.63
<b>En desacuerdo</b>	8	25.00
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

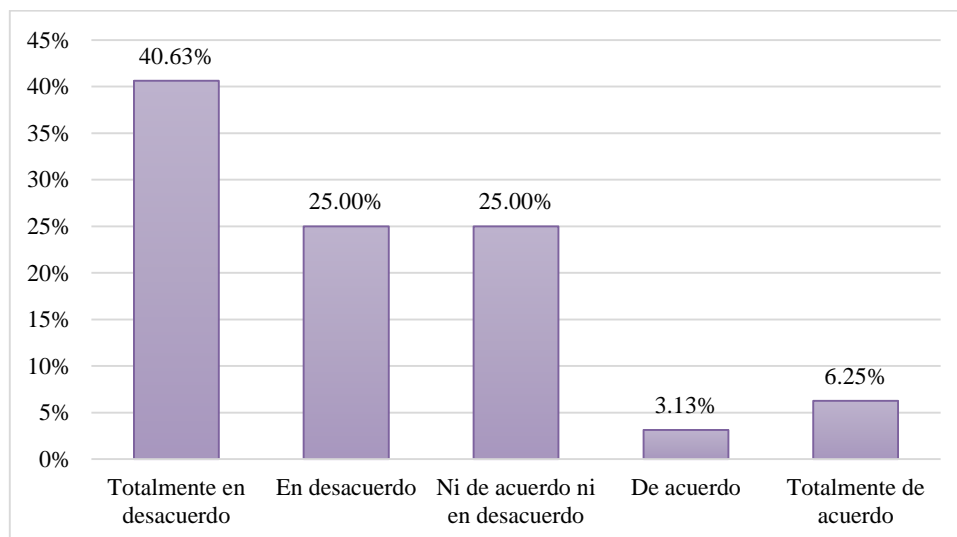


Figura 31. El consumo de cannabis provoca una rápida recuperación de la salud.

Tomada de la tabla 31.

La tabla 31 y figura 32 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El consumo de cannabis provoca una rápida recuperación de la salud”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 25% en desacuerdo, otro 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 32

*El consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes*

Categorías	f	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	7	21.88
<b>En desacuerdo</b>	16	50.00
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	3	9.38
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

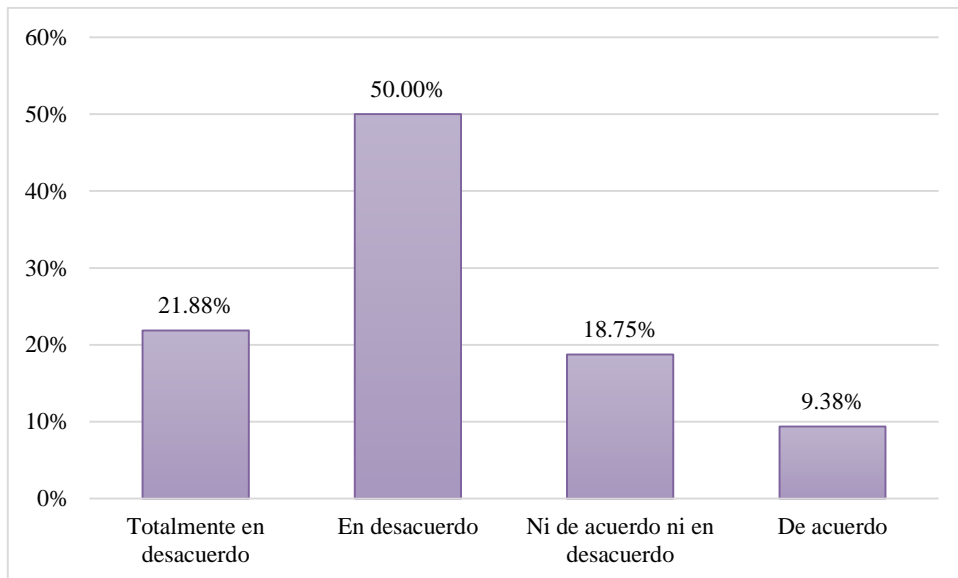


Figura 32. El consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes

Tomada de la tabla 32

La tabla 32 y figura 33 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes”, al respecto el 50% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 21.88% totalmente en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 9.38% de acuerdo.

Tabla 33

*Los pacientes que no consumen cannabis pasan más días internados.*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	13	40.63
<b>En desacuerdo</b>	6	18.75
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

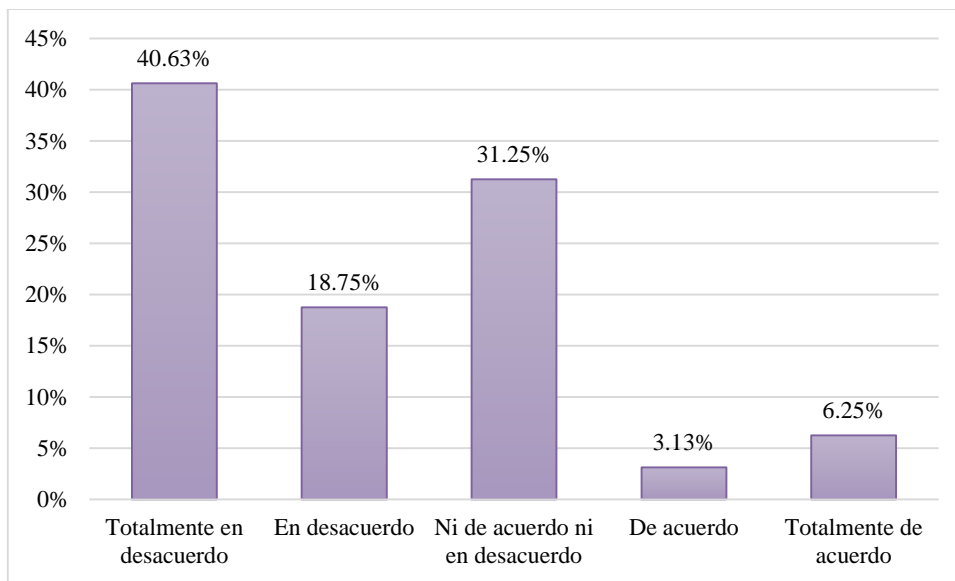


Figura 33. Los pacientes que no consumen cannabis pasan más días internados

Tomada de la tabla 33

La tabla 33 y figura 34 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Los pacientes que no consumen cannabis pasan más días internados”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 31.25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 18.75% en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 34

*Todas las enfermedades se curan con cannabis*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	10	31.25
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

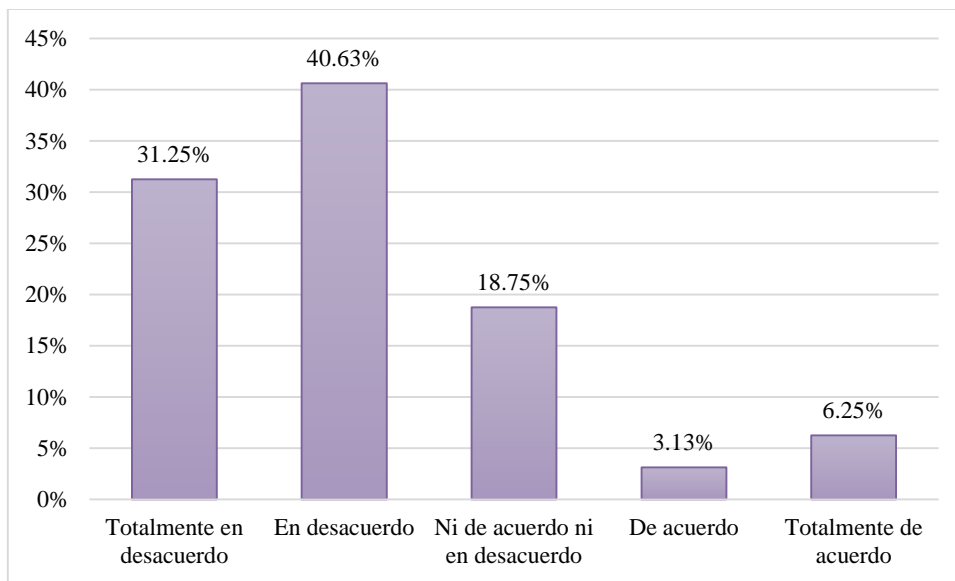


Figura 34. Todas las enfermedades se curan con cannabis

Tomada de la tabla 34

La tabla 34 y figura 35 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Todas las enfermedades se curan con cannabis”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 31.25% totalmente en desacuerdo, el 18.75% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 35

*El cannabis cura las convulsiones*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>En desacuerdo</b>	13	40.63
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	8	25.00
<b>De acuerdo</b>	2	6.25
<b>Totalmente de acuerdo</b>	1	3.13
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

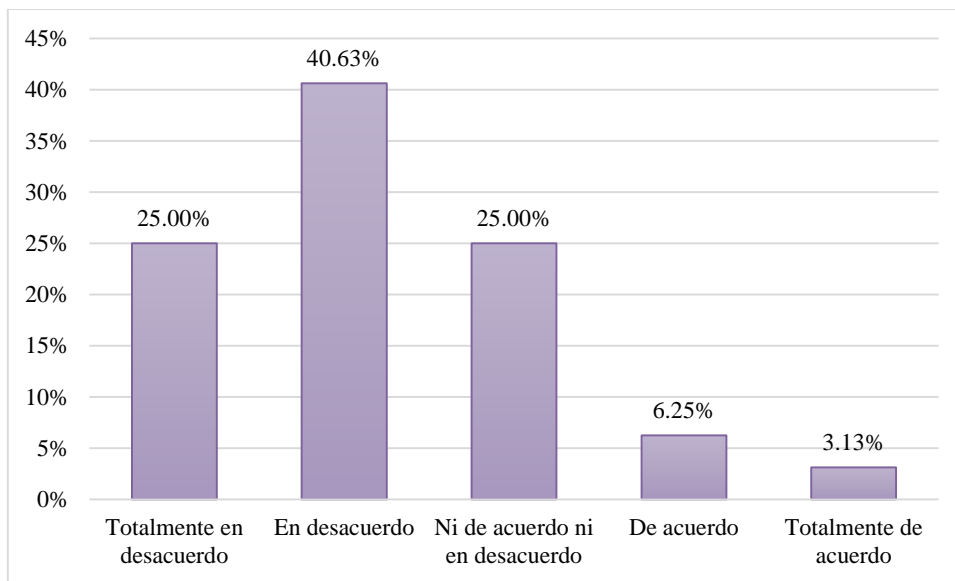


Figura 35. El cannabis cura las convulsiones

Tomada de la tabla 35.

La tabla 35 y figura 36 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis cura las convulsiones”, al respecto el 40.63% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, otro 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% de acuerdo y el 3.13% totalmente de acuerdo.

Tabla 36

*El cannabis cura los dolores crónicos*

Categorías	<i>f</i>	%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	6	18.75
<b>En desacuerdo</b>	14	43.75
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	9	28.13
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

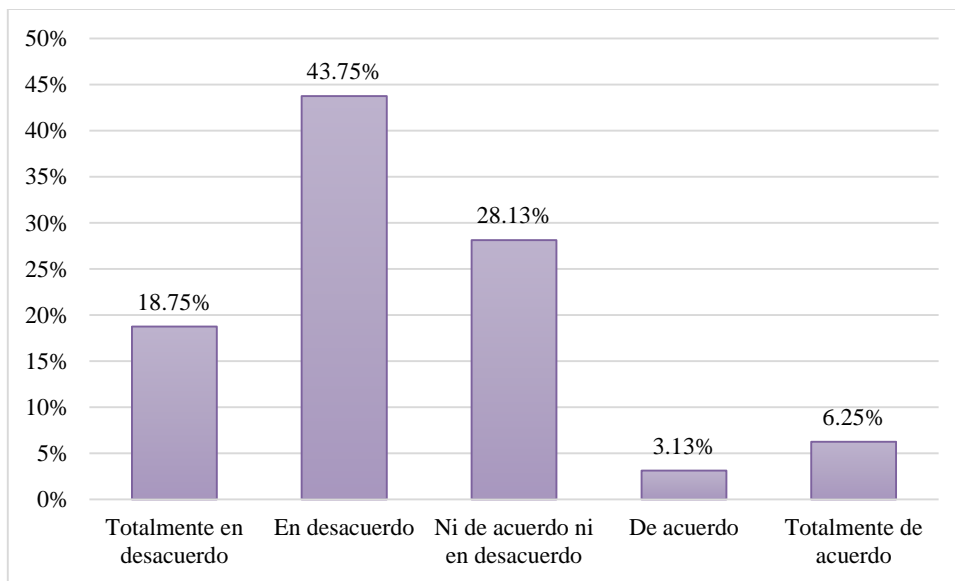


Figura 36. El cannabis cura los dolores crónicos

Tomada de la tabla 36

La tabla 36 y figura 37 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “El cannabis cura los dolores crónicos”, al respecto el 43.75% de entrevistados estuvieron en desacuerdo, el 28.13% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 18.75% en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

Tabla 37

*Todos los enfermos que consumieron cannabis se curaron.*

<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	12	37.50
<b>En desacuerdo</b>	10	31.25
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	7	21.88
<b>De acuerdo</b>	1	3.13
<b>Totalmente de acuerdo</b>	2	6.25
<b>Total</b>	32	100.00

Nota: Elaboración propia.

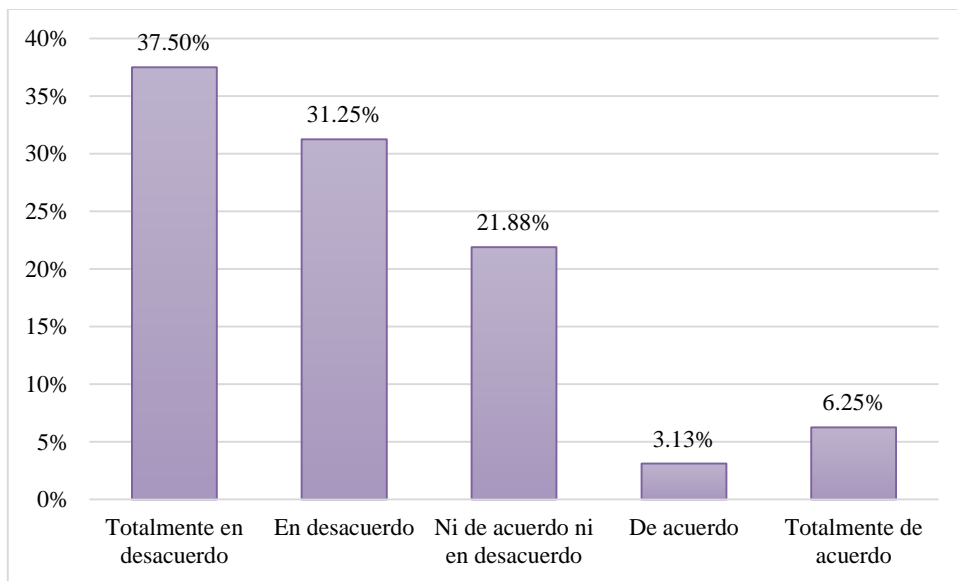


Figura 37. Todos los enfermos que consumieron cannabis se curaron.

Tomada de la tabla 37

La tabla 37 y figura 38 muestran la frecuencia de respuestas a la afirmación “Todos los enfermos que consumieron cannabis se curan”, al respecto el 37.50% de entrevistados estuvieron totalmente en desacuerdo, el 31.25% en desacuerdo, el 21.88% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 6.25% totalmente de acuerdo y el 3.13% de acuerdo.

## 4.2 Contrastación de hipótesis:

### 4.2.1 Prueba de la hipótesis general

En vista de que las variables son categóricas es que se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis. Para ello, se establece la siguiente hipótesis alterna y nula:

H<sub>0</sub> : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

H<sub>a</sub> : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

Para establecer si existe relación entre ambas variables se ha considerado el Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0.05$  el cual permitirá aceptar o no la hipótesis alterna. La fórmula de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson es la siguiente:

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.



La prueba de Chi-cuadrado trabajó con una tabla cruzada que se aprecia en la tabla 38. El resultado de la prueba se observa en la tabla 39.

Tabla 38

*Tabla cruzada para la hipótesis general.*

Categorías	Vulneración al Derecho de la Salud				Total	
	Bajo	Moderadamente bajo	Regular	Alto		
Bajo	0	4	4	0	8	
<b>Autocultivo de cannabis</b>	Moderadamente bajo	1	6	12	2	21
	Moderadamente alto	0	1	2	0	3
	<b>Total</b>	1	11	18	2	32

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Tabla 39. Prueba de Chi-cuadrado de la hipótesis general.

*Prueba de Chi-cuadrado de la hipótesis general.*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,463	6	.873
<b>Razón de verosimilitudes</b>	3.360	6	.763
<b>Asociación lineal por lineal</b>	.157	1	.692
<b>N de casos válidos</b>	32		

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Como se aprecia, la tabla 39 nos brinda el resultado de la prueba de Chi-cuadrado, en ella se tiene un  $p=,873$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables, es decir, se acepta la hipótesis nula que establece que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, no vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

#### 4.2.2 Prueba de la primera hipótesis específica

En vista de que las variables son categóricas es que se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la primera hipótesis específica. Para ello, se establece la siguiente hipótesis alterna y nula:

$H_0$  : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

$H_a$  : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

Para establecer si existe relación entre ambas variables se ha considerado el Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0.05$  el cual permitirá aceptar o no la hipótesis alterna. La fórmula de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson es la siguiente:

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

La prueba de Chi-cuadrado trabajó con una tabla cruzada que se aprecia en la tabla 40. El resultado de la prueba se observa en la tabla 41.

Tabla 40

*Tabla cruzada para la primera hipótesis específica.*

Categorías	Preservación de la vida en condiciones dignas					Total
	Bajo	Moderadamente bajo	Regular	Moderadamente Alto	Alto	
<b>Autocultivo de cannabis</b>						
Bajo	0	0	1	6	1	8
Moderadamente bajo	3	0	1	8	9	21
Moderadamente alto	0	1	0	0	2	3
<b>Total</b>	3	1	2	14	12	32

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Tabla 41

*Prueba de Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica.*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	17,426	8	.026
<b>Razón de verosimilitudes</b>	14.865	8	.062
<b>Asociación lineal por lineal</b>	.000	1	.991
<b>N de casos válidos</b>	32		

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Como se aprecia, la tabla 41 nos brinda el resultado de la prueba de Chi-cuadrado, en ella se tiene un  $p=,026$  (inferior a 0.05) por lo que se afirma que existe relación entre las variables, es decir, se acepta la hipótesis alterna que establece que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

### 4.2.3 Prueba de la segunda hipótesis específica

En vista de que las variables son categóricas es que se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la segunda hipótesis específica. Para ello, se establece la siguiente hipótesis alterna y nula:

$H_0$  : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

$H_a$  : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

Para establecer si existe relación entre ambas variables se ha considerado el Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0.05$  el cual permitirá aceptar o no la hipótesis alterna. La fórmula de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson es la siguiente:

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

La prueba de Chi-cuadrado trabajó con una tabla cruzada que se aprecia en la tabla 42. El resultado de la prueba se observa en la tabla 43.

Tabla 42

*Tabla cruzada para la segunda hipótesis específica.*

Categorías	Preservación de la vida en condiciones dignas				Total	
	Bajo	Moderadamente bajo	Regular	Moderadamente Alto		
<b>Autocultivo de cannabis</b>	Bajo	4	3	1	0	8
	Moderadamente bajo	7	11	0	3	21
	Moderadamente alto	1	2	0	0	3
	<b>Total</b>	12	16	1	3	32

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Tabla 43

*Prueba de Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica.*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	5,456	6	.487
<b>Razón de verosimilitudes</b>	6.165	6	.405
<b>Asociación lineal por lineal</b>	.030	1	.863
<b>N de casos válidos</b>	32		

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Como se aprecia, la tabla 43 nos brinda el resultado de la prueba de Chi-cuadrado, en ella se tiene un  $p=,487$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables, es decir, se acepta la hipótesis nula que establece que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, NO impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

#### 4.2.4 Prueba de la tercera hipótesis específica

En vista de que las variables son categóricas es que se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la tercera hipótesis específica. Para ello, se establece la siguiente hipótesis alterna y nula:

H<sub>0</sub> : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

H<sub>a</sub> : La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

Para establecer si existe relación entre ambas variables se ha considerado el Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0.05$  el cual permitirá aceptar o no la hipótesis alterna. La fórmula de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson es la siguiente:

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

La prueba de Chi-cuadrado trabajó con una tabla cruzada que se aprecia en la tabla 44. El resultado de la prueba se observa en la tabla 45.

Tabla 44

*Tabla cruzada para la tercera hipótesis específica.*

Categorías		Preservación de la vida en condiciones dignas			Total
		Bajo	Moderadamente bajo	Regular	
<b>Autocultivo de cannabis</b>	Bajo	7	1	0	8
	Moderadamente bajo	16	2	3	21
	Moderadamente alto	3	0	0	3
	<b>Total</b>	26	3	3	32

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Tabla 45

*Prueba de Chi-cuadrado de la tercera hipótesis específica.*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,171	4	.704
<b>Razón de verosimilitudes</b>	3.392	4	.495
<b>Asociación lineal por lineal</b>	.024	1	.877
<b>N de casos válidos</b>	32		

Nota: Elaboración en base a los datos tabulados.

Como se aprecia, la tabla 43 nos brinda el resultado de la prueba de Chi-cuadrado, en ella se tiene un  $p=,704$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables, es decir, se acepta la hipótesis nula que establece que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, NO impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

### **4.3 Discusión de resultados**

La investigación buscó determinar si la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019.

Respecto a la primera variable, se estableció que el nivel de conocimiento que tienen los familiares y pacientes sobre el autocultivo de cannabis es moderadamente bajo para el con 65.63% de entrevistados y bajo el 25%, esto pone de manifiesto que, de acuerdo a los médicos entrevistados que han tenido contacto con pacientes y familiares que utilizan el cannabis de manera medicinal, existe bastante desconocimiento sobre el autocultivo y el tipo de planta de cannabis que se debe suministrar a los pacientes. La investigación pudo encontrar que el 40.63% de entrevistados consideran que los pacientes piensan que las plantas de cannabis tienen los mismos efectos. El 46.88% considera que los pacientes no saben la diferencia física de las distintas especies de plantas de cannabis. El 40.63% de entrevistados estima que los familiares de los pacientes no conocen los efectos de las distintas plantas de cannabis en el organismo. El 50% piensa que los familiares de los pacientes desconocen los efectos de CBD y el 40.63% de desconocen el efecto de THD. El 40.63% de entrevistados consideran que los pacientes desconocen cuál es el cannabis no psicoactivo, así como el 37.50% de sus familiares. El 31.25% considera que los familiares de los pacientes saben que los derivados del cannabis son muy costosos. El 46.88% piensa que hay pacientes que no usan cannabis por el alto precio y el 46.88% afirma que los pacientes piensan que saldría más barato autocultivar el cannabis.



Respecto a la vulneración del derecho fundamental a la salud, esta se midió a través de las tres dimensiones que consideró el Tribunal Constitucional en la Sentencia STC 5842-2006-PHC/TC, 2008, las cuales son: si el autocultivo del cannabis impide la preservación de la vida en condiciones dignas, si impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional y si impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna.

Sobre la primera dimensión, para el 43.75% de los encuestados mejora la preservación de la vida en condiciones dignas. Así también se pudo establecer en esta dimensión que para el 37.50% de entrevistados el cannabis mejora la calidad de vida de los pacientes. Para el 37.50% los pacientes de ciertas enfermedades que no consumen cannabis mueren más rápido. Para el 31.25% los familiares de los pacientes que consumen cannabis mejoran su calidad de vida. El 34.38% considera que los pacientes que consumen cannabis medicinalmente son más felices. El 40.63% piensa que el cannabis permitió que los pacientes realicen sus actividades normalmente. El 34.38% considera el cannabis evita que las personas convulsionen en la calle y para el 34.38% el cannabis evita que las personas sufran de dolores intensos.

Respecto a la segunda dimensión, para el 50% de entrevistados el consumo de cannabis de forma terapéutica y medicinal no impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional. Asimismo, se pudo hallar que para el 43.75% el consumo de cannabis no evita que una persona se enferme. El 40.63%

considera que las personas no se enfermaron por consumir cannabis. Para el 37.50% la buena salud de una persona no es gracias al consumo de cannabis. Para 37.50% los pacientes que no consumen cannabis están emocionalmente más estables. Para el 37.50% la aparición de convulsiones en los pacientes no fue porque no consumieron cannabis en la niñez. Finalmente, para el 40.63% la aparición de dolores crónicos en los pacientes no fue porque no consumieron cannabis.

Sobre la tercera dimensión, para 81.25% de entrevistados, la regulación de la producción de cannabis y sus derivados no impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente. Así mismo, se halló que para el 40.63% el consumo de cannabis no provoca una rápida recuperación de la salud. Para el 50% el consumo de cannabis mejora psicológicamente a los pacientes. Para 40.63% de entrevistados los pacientes que no consumen cannabis no pasan más días internados y sus enfermedades no se curan con cannabis. El 40.63% considera que el cannabis cura las convulsiones. El 43.75% no piensa que el cannabis cure los dolores crónicos y el 37.50% de entrevistados no piensa que todos los enfermos que consumieron cannabis se curaron.

Respecto al análisis inferencial de las variables se pudo establecer que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado,

mostró un p-valor de 0,873 (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.

Sobre la primera hipótesis específica se pudo hallar que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado mostró un  $p=,026$  (inferior a 0.05) por lo que se afirma que existe relación entre las variables.

Sobre la segunda hipótesis específica, se pudo establecer que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado halló un  $p=,487$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.

Finalmente, sobre la tercera hipótesis específica se pudo establecer que la regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, **NO** impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado mostró un  $p=,704$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.

Referente a los antecedentes de la investigación, los datos recolectados permiten respaldar a Del Pozo (2015, p.98) en su investigación titulada: *La despenalización de la marihuana en Uruguay*, que concluye que, si bien tiene beneficios medicinales, también se ha encontrado que su uso indiscriminado puede traer problemas a los pacientes. Asimismo, considera que el ingreso y control de las industrias farmacéuticas respecto a los derivados del Cannabis hacen de sus beneficios menos accesibles y más lucrativos únicamente para los laboratorios y los importadores.

También se respalda a Piazza *et al.* (2017, p. 69) en su informe de revisión 01-27 titulado: *Actualización de la revisión y síntesis de la evidencia sobre regulación del uso médico de cannabis*, que concluye que en distintos países europeos y americanos se ha venido contemplando distintas normativas para despenalizar el cannabis en su uso medicinal, lo cual ha comprendido la regulación del autocultivo, la inclusión dentro de las recetas médicas, la comercialización y la tenencia de la planta cuando se trata de fines medicinales. Sin embargo, en el Perú a pesar de tener una capacidad científica y técnica para poder realizar la producción de manera adecuada, esto no se ha hecho porque aún no se ha legalizado, lo cual podría debilitar la política criminal antidrogas e incentivar el consumo recreacional de las plantas de marihuana que no son medicinales, las cuales afectarían la salud de los peruanos y alejaría sus beneficios a aquellos pacientes que la requieren en su uso medicinal como un tratamiento para su salud.

Se respalda también la investigación de Calderón (2017, p. 144) titulada: *La despenalización del cannabis sativa y el derecho a la salud*, presentada en la

Universidad de Lima, que concluye que se debe regularizar la despenalización del *Cannabis* medicinal, de tal manera, que se genere un mercado legal para aquellas empresas que se dediquen a producirlo de manera artesanal, haciendo que el precio de los derivados disminuyan y se generen beneficio a aquellos pacientes con bajos recursos económicos.

Por otro lado, no se respalda a Mora (2018, p. 135) en la investigación titulada: *La producción de cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa*, realizada en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador. En la que concluye que es importante que la legislación ecuatoriana regule la producción y autocultivo, tomando en cuenta que en ese país existe una gran diversidad socio-cultural a los cuales se les debe reconocer y amparar el derecho a la salud.

Tampoco se respalda a Bombasaro (2017, p. 64) en su tesis titulada: *Despenalización de la tenencia y/o cultivo de marihuana para uso medicinal en el ordenamiento jurídico argentino*, que concluye que la regulación del *cannabis* Argentina evita que pacientes con enfermedades crónicas y neurológicas puedan acceder a distintos derivados que mejorarían su calidad de vida. Otro aspecto importante, es que se ha vinculado el uso terapéutico del Cannabis con las políticas antidrogas, las cuales tiene un evidente corte político que se sustenta únicamente en intereses privados, que buscan el beneficio de algunas instituciones, especialmente laboratorios farmacéuticos.

Finalmente, no se respalda a Navarro (2017) en su investigación titulada: *Legalización del cultivo de marihuana como medio para la eliminación del narcotráfico: a propósito del caso Uruguay*, desarrollada en la Universidad Continental de Huancayo, concluye que, actualmente, en el Perú, se debe buscar la despenalización de la marihuana, no sólo el uso en su forma medicinal, sino también en su producción, esto, para proteger la salud de los consumidores, pues, en el territorio peruano su consumo es histórico, por lo que una regulación adecuada en la producción artesanal mejoraría su consumo medicinal de manera responsable. Por ello, se debería controlar la calidad del *Cannabis* que se produce y el cual no debe superar el 1% de THC para que no se vean afectados la salud de los pacientes que la consumen, pues, actualmente al ser una producción ilegal, es imposible controlar qué tipo de especie se está plantando, por lo que una regulación adecuada podría hacer que surjan centros autorizados con garantía, que brinden plantas con los cannabinoides adecuados para las personas que se encuentran convaleciendo en su salud.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

##### **Primera**

La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, no vulnera el derecho fundamental a la salud en pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi-cuadrado, mostró un p-valor de 0,873 (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.

##### **Segunda**

La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, impide la preservación de la vida en condiciones dignas de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado mostró un  $p=,026$  (inferior a 0.05) por lo que se afirma que existe relación entre las variables.

### **Tercera**

La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, no impide la conservación de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado halló un  $p=,487$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.

### **Cuarta**

La regulación de la producción de cannabis y sus derivados, según la Ley 30681, no impide la restitución, ante una situación de perturbación, de un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, de los pacientes que la utilizan medicinal y terapéuticamente en Tacna, año 2019. El resultado de la prueba de Chi- cuadrado mostró un  $p=,704$  (superior a 0.05) por lo que se afirma que no existe relación entre las variables.



## **5.2 Recomendaciones**

### **Primera**

Se recomienda al Estado peruano a través del Poder Legislativo, mantener regulado y prohibido el autocultivo de cannabis, pues, a pesar de que podría reducir los costos del producto, podrían cultivar por error el cannabis psicoactivo lo cual sería perjudicial para los pacientes.

### **Segunda**

Se recomienda al Estado peruano, a través del Ministerio del Interior, continuar con los operativos para erradicar los autocultivos de marihuana, esto, debido a que puede ser utilizado como elemento psicoactivo al cultivar la planta que no tiene cannabinoides CBD en altas dosis, ello, podría provocar serios daños a la salud de los que lo consumen.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achá, G. (2017). *Fundamentos para la despenalización del cannabis en Bolivia*. Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho, La Paz.
- Almonacid, C. (22 de octubre de 2017). *Cuando de Derechos se trata: El uso medicinal del cannabis*. Obtenido de Derecho & Sociedad- Asociación Civil de la PUCP: <http://polemos.pe/cuando-derechos-se-trata-uso-medicinal-del-cannabis/>
- Ángeles, G., Brindis, F., Cristians, S., & Ventura, R. (2014). Cannabis sativa L., una planta singular. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45(4), 30-36.
- Bombasaro, C. (2017). *Despenalización de la tenencia y/o cultivo de marihuana para uso medicinal en el ordenamiento jurídico argentino*. Universidad Siglo 21, Nuevo Córdova.
- Calderón, M. (2017). *La despenalización del cannabis sativa y el derecho a la salud*. Tesis de Título Profesional, Lima.
- CEDRO. (2018). *El Problema de las Drogas en el Perú 2018*. Lima: Fondo Editorial CEDRO.
- Cruz Roja. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Madrid: Advantia.

Del Pozo, M. (2015). *La despenalización de la marihuana en Uruguay*. Tesis de Título Profesional, Universidad de Las Américas, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Montevideo.

DS. 005-2019-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley Nro. 30681, Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados. (Ministerio de Salud 23 de febrero de 2019).

El Comercio. (4 de octubre de 2018). La Molina: hallan laboratorio clandestino de marihuana en casa de La Planicie. Obtenido de <https://elcomercio.pe/lima/policiales/molina-hallan-laboratorio-clandestino-marihuana-casa-planicie-noticia-nndc-564319>

Fundación Juan Vivies Suriá. (2014). *Derechos humanos: historia y conceptos básicos*. Caracas: Fundación Editorial El perro y la rana.

Galati, E. (2018). Tridimensionalismo y trialismo desde el pensamiento complejo y el estructuralismo. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, 165-183.

Hermosilla, A., Reyes, C., Roa, M., & Sepúlveda, S. (2017). Uso terapéutico del cannabis: Una lucha desde la ocupación colectiva. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 53-72.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta Edición ed.). México: McGraw Hill education.

- Hirsch, A., Pineda, F., & Gonzáles, B. (2018). Legislación canábica: Cinco ejemplos de regulación en Latinoamérica. *Revista Vice*.
- Holland, K. (8 de abril de 2019). *Sativa vs. Indica: qué esperar en todos los tipos y cepas de cannabis*. Obtenido de Healthline: <https://www.healthline.com/health/sativa-vs-indica#sativa>
- Isorna, M. (2017). *CANNABIS. Efectos, riesgos y beneficios terapéuticos*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Vigo.
- Leal, P., Betancourt, D., González, A., & Romo, H. (2018). Breve historia sobre la marihuana en Occidente. *Revista Neurol*, 67(4), 133-140.
- León, F. (2014). El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano. *Revista Pensamiento Constitucional* (19), 389-420.
- León, J. (2017). El aceite de Cannabis. *Revista de la Sociedad Química del Perú*, 83(3), 262-263.
- Ley Nro. 30681, Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados (Congreso de la república peruana 17 de noviembre de 2017).
- Lleonart, E. (20 de febrero de 2018). *Diferencias entre THC y CBD*. Obtenido de Diario El Salto: <https://www.elsaltodiario.com/nekwo-blog/diferencias-entre-thc-y-cbd#>

- Madera, H. (2017). Autocultivo y autocultivadores de cannabis. Desarrollo del movimiento y peritaciones de consumos y cultivos. En D. Pere, *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (págs. 177-188). Barcelona: Bellaterra.
- Marshall, P. (2017). Clasificación de los Derechos Fundamentales. En P. Contreras, & C. Salgado, *Manual de Derechos Fundamentales: Teoría General* (págs. 93-118). Santiago de Chile: LOM.
- Mora, J. (2018). *La producción de cannabis con fines terapéuticos para tutelar el derecho al acceso a la salud a través de entidades autónomas, comunitarias y de medicina alternativa*. Tesis de Título Profesional, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Jurisprudencia, Ambato.
- Navarro, J. (2017). *Legalización del cultivo de la marihuana como medio para la eliminación del narcotráfico: a propósito del caso Uruguay*. Tesis para Título Profesional, Universidad Continental, Huancayo.
- Nizama, M. (2017). Desmitificación del uso medicinal de la marihuana: argumentos médicos, científicos y sociales en contra de su legalización. *Acta Médica Peruana*, 34(3), 231-236.
- Nucciarone, G. (19 de noviembre de 2015). *El derecho de la salud, ¿en camino a ser una rama autónoma del derecho? Enfoque tridimensionalista*. Obtenido de   
Microjuris
Inteligencia
Jurídica:  
<https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/01/22/el-derecho-de-la-salud->

en-camino-a-ser-una-rama-autonoma-del-derecho-enfoque-  
tridimensionalista-2/

OMS. (29 de diciembre de 2017). *Salud y derechos humanos*. Obtenido de Datos y  
ciras: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-  
and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health)

ONU. (2016). *Derechos Humanos*. Ginebra: Courand et Associés.

Peré, D. (2017). *Las sendas de la regulación del cannabis en España*. Barcelona:  
Bellaterra.

Perú21. (8 de febrero de 2017). San Miguel: Descubren laboratorio clandestino de  
marihuana. Obtenido de [https://peru21.pe/lima/san-miguel-descubren-  
laboratorio-clandestino-marihuana-63751](https://peru21.pe/lima/san-miguel-descubren-laboratorio-clandestino-marihuana-63751)

Perú21. (17 de mayo de 2018). No estará permitido el autocultivo de cannabis,  
según Digenid. Obtenido de [https://peru21.pe/peru/digemid-estara-  
permitido-autocultivo-cannabis-407289](https://peru21.pe/peru/digemid-estara-permitido-autocultivo-cannabis-407289)

Piazza, M., Cortez, C., Hajar, G., Chang, A., Condori, L., Garrido, P., & Colque, G.  
(2017). *Actualización de la Revisión y Síntesis de la Evidencia sobre  
Regulación del Uso Médico de Cannabis*. Lima: Instituto Nacional de  
Salud.

Quijano, O. (2016). La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y  
operativo. *Revista Derecho & Sociedad*, 307-3019.

STC 5842-2006-PHC/TC, Autonomía del Derecho Constitucional de la Salud  
(Tribunal Constitucional de Perú, 7 de noviembre de 2008).

UNODC. (2014). *Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis*. Viena: Fondo ONU.

Warshaw, B. (26 de noviembre de 2018). ¿Sativa o Indica? ¿CBD o THC? Lo que hay que saber antes de cocinar cannabis. *Diario Los Angeles Times*.