

LLAMAMIENTO OFICIAL

Care Before Discrimination (La atención antes que la discriminación) — Los derechos de los pacientes y la restricción propuesta del CBD

Un llamamiento de la coalición internacional de pacientes · campaña: **CBD is a Human Right** (El CBD es un derecho humano)

Este llamamiento no afirma la existencia de un derecho jurídico autónomo a un producto. Se refiere al modo en que una restricción administrativa propuesta del CBD vulneraría los derechos consolidados de los pacientes — su autonomía, su dignidad y su derecho a una toma de decisiones transparente y basada en pruebas.

En resumen: lo que pide la coalición

Este llamamiento se dirige a los gobiernos de los Estados miembros de la UE — en particular al Gobierno de la República Checa —, a los órganos de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas y a las instituciones de la Unión Europea. Plantea seis peticiones:

1. **Publicar las pruebas.** Toda restricción del CBD debe ir precedida de una evaluación transparente y publicada de las pruebas científicas y jurídicas, incluida la propia declaración de la INCB de que las pruebas relativas al precursor son “limitadas”.
2. **Ninguna restricción encubierta o administrativa.** Las medidas que afecten al acceso de los pacientes no deben introducirse sin un debate público abierto, un examen de proporcionalidad y una evaluación del impacto sobre los pacientes.
3. **Respetar la autonomía y la dignidad del paciente.** Honrar el derecho del paciente a tomar decisiones informadas y autónomas sobre su propio tratamiento, y rechazar la estigmatización de los pacientes como poseedores de un supuesto “precursor de drogas”.
4. **Regular de forma proporcionada — no pedimos la desregulación.** Apoyamos las normas de buenas prácticas de fabricación y de calidad, los análisis obligatorios de contaminantes, el etiquetado preciso y las restricciones por edad cuando corresponda, y aceptamos que los Estados puedan regular lícitamente el CBD en materia de salud pública, seguridad alimentaria, etiquetado, límites de edad, concesión de licencias y vigilancia del mercado.
5. **Actuar sobre el riesgo real.** Dirigir la aplicación de la normativa hacia los productos genuinamente peligrosos — los cannabinoides sintéticos y semisintéticos vendidos como “artículos de colección” — y no hacia los productos de CBD analizados de los que dependen los pacientes.
6. **Dar voz a los pacientes.** Consultar formalmente a las organizaciones de pacientes en las decisiones que afectan al acceso al tratamiento.

Quién formula este llamamiento y a quién se dirige

Este llamamiento es formulado por una coalición internacional de organizaciones de pacientes, integrada por **Aube** (Canadá), **Centrum Paraple** (República Checa), **Dosemociones** (España), **Fuck Cancer** (República Checa), **KOPAC** — **Asociación de Pacientes para el Tratamiento con Cannabis** (República Checa), **Mothers for Cannabis** (Portugal), **PatientsCann** (Reino Unido) y **Verein Medcan** (Suiza).

Se trata de un llamamiento abierto. Otras organizaciones de pacientes y representantes de más países se están sumando a la coalición, y otras organizaciones y particulares podrán adherirse como firmantes; las adhesiones posteriores siguen siendo bienvenidas.

Dirigimos este llamamiento a: los gobiernos de los Estados miembros de la UE, en particular al Gobierno de la República Checa; la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB); los órganos e instituciones de la Unión Europea; los periodistas y los medios de comunicación; y la comunidad de pacientes y el público en general.

Por qué formulamos este llamamiento ahora

El 24 de febrero de 2026, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes emitió una notificación interna, *PP Notice No. 1/2026 “Observations concerning cannabidiol (CBD)”*, marcada “For Official Use Only”.¹ El documento sigue a la designación por China del CBD como precursor de drogas en septiembre de 2024 e informa de que, desde octubre de 2024, China ha venido prenotificando voluntariamente las exportaciones de CBD: a fecha de 16 de febrero de 2026 se habían registrado 211 prenotificaciones a 25 países (15 de ellos en Europa), por un volumen total ofrecido de cerca de 450 toneladas y 33.660 litros de CBD.

Desde principios de marzo de 2026, en algunos Estados, entre ellos la República Checa, se han formulado declaraciones públicas cada vez más contundentes sobre el “peligro del CBD como precursor de drogas sintéticas”. En la tarde del viernes 29 de mayo de 2026, el Gobierno checo remitió discretamente una propuesta de restricción del CBD al procedimiento interno de consulta interministerial. La coalición observa con preocupación este modo de proceder, tanto por *cómo* se hizo, fuera de la vista pública, como porque las afirmaciones públicas van más allá de lo que respaldan las pruebas disponibles.

Aquí radica el meollo de la cuestión. Una decisión que afectaría a cientos de miles de pacientes en la República Checa — y que, si sienta un precedente, afectaría a millones en toda la Unión Europea y potencialmente a decenas de millones en todo el mundo — se está configurando en silencio, sobre un documento que el público no puede leer, justificada por un argumento que las pruebas no establecen. Sea cual sea la opinión que se tenga del CBD, una decisión de esta índole debería adoptarse de forma abierta.

Lo que muestra realmente el expediente

Este llamamiento se apoya en el propio *PP Notice No. 1/2026* de la INCB — que la coalición ha verificado y publica junto con este llamamiento —, leído conjuntamente con el *Precursors Report for 2025 público* de la INCB (E/INCB/2025/4) y con los propios convenios. Citamos la notificación en lugar de caracterizarla, para que el expediente hable por sí mismo.

El CBD no es una sustancia fiscalizada. El CBD no está incluido en las listas de los convenios internacionales de fiscalización de drogas. El CBD purificado es un medicamento autorizado para determinados trastornos convulsivos, y el CBD no es intoxicante.

Las pruebas relativas al precursor son limitadas — pero la preocupación no es inexistente, y así lo decimos. La documentación de la INCB recoge que algunos Estados expresaron su preocupación por que el CBD pudiera utilizarse en la fabricación de delta-9-THC, delta-8-THC, HHC y HHC-O, y que el análisis forense de determinados productos de HHC indicó una vía de fabricación que podría haber partido del CBD. Al mismo tiempo, la INCB describe como “limitadas” las pruebas del uso *real* del CBD como materia prima, y los Estados que plantean preocupaciones no han señalado pruebas de un uso a gran escala en laboratorios clandestinos. La posición honesta, por tanto, no es que el argumento del precursor carezca de fundamento, sino que **no está adecuadamente acreditado** para justificar la reclasificación de una sustancia no intoxicante — el principio activo de un medicamento aprobado — como precursor fiscalizado.

Dos cosas distintas se denominan “cannabinoides sintéticos” — y solo una está vinculada al CBD. Esta distinción constituye todo el argumento, por lo que la enunciamos con claridad. Los productos genuinamente peligrosos vendidos como “artículos de colección” son cannabinoides *totalmente sintéticos* — la familia “spice”. Se fabrican a partir de productos químicos industriales que nada tienen que ver con el CBD, de modo que restringir el CBD no serviría en absoluto para detenerlos. El único vínculo real entre el CBD y un producto intoxicante es el **HHC semisintético**, que puede fabricarse a partir de CBD extraído de cáñamo con bajo contenido de THC. Pero el propio HHC se ha sometido ahora a fiscalización internacional — Lista II del Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas, en vigor desde el 6 de diciembre de 2025 —, de modo que incluso esa única preocupación ya ha sido abordada, de forma directa, a nivel del producto peligroso. Restringir hoy el CBD, en nombre de una síntesis de HHC que ahora está fiscalizada en su origen, sería desproporcionado: no se reclasifica una materia prima no intoxicante — el principio activo de un medicamento infantil — cuando el producto peligroso que puede obtenerse de ella ya está fiscalizado.

Por qué “no se prohíbe el medicamento” yerra el blanco

Anticipamos la réplica natural: *nadie está prohibiendo el medicamento — el producto autorizado (Epidiolex) sigue estando disponible, y el CBD en los alimentos es simplemente una cuestión de Novel Food (nuevo alimento).* Esta

¹Aunque la notificación lleva el encabezamiento “For Official Use Only”, está disponible en línea y la coalición la ha verificado como auténtica. En el espíritu de la transparencia que reclama este llamamiento, la coalición publica la notificación junto con este documento para que los lectores puedan contrastar cada afirmación con la fuente.

respuesta no responde al llamamiento, por tres razones.

En primer lugar, la medida que se está considerando **no** es una medida de autorización de comercialización ni de seguridad alimentaria; es una **reclasificación de fiscalización de drogas** del CBD como precursor. Su alcance es mucho más amplio que un único producto purificado: proyectaría una sombra sobre las preparaciones de CBD de espectro completo y sobre el contenido de CBD del cannabis medicinal prescrito, así como sobre el suministro legal del que realmente dependen los pacientes — en su mayor parte producido por fabricantes locales de la UE.

En segundo lugar, el argumento del Novel Food **opera en sentido contrario**. Si la preocupación genuina fuera la seguridad de los consumidores, los instrumentos proporcionados ya existen: la autorización de Novel Food, las normas de buenas prácticas de fabricación y de calidad, los análisis de contaminantes, el etiquetado preciso y los límites de edad. Recurrir, más allá de esas herramientas consolidadas, a una clasificación de *precursor de drogas* — el instrumento más severo disponible — para abordar lo que se plantea como una cuestión del mercado de consumo es la definición misma de una medida desproporcionada. Conforme al Derecho de la UE, una restricción debe ser la medida menos restrictiva adecuada al objetivo; una reclasificación como precursor no lo es.

En tercer lugar, y de forma más fundamental, la objeción responde a una pregunta que no estamos formulando. No estamos afirmando un derecho jurídico autónomo a comprar un producto determinado. Estamos afirmando el derecho de los pacientes a **decidir su propio tratamiento**, a ser **tratados con dignidad y no como sospechosos**, y a que las decisiones que les afectan se adopten de forma **transparente y sobre pruebas reales**. Una medida puede dejar un medicamento autorizado en el estante y, aun así, vulnerar los tres derechos.

Lo que está en juego para los pacientes

El CBD y las preparaciones complejas derivadas del cannabis son utilizados por pacientes — a menudo de edad avanzada — para mantener una calidad de vida tolerable mientras conviven con dolor crónico, trastornos del sueño, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Una restricción encubierta, introducida administrativamente sin debate abierto y sin una base probatoria firme, privaría a estos pacientes de un tratamiento que han elegido y que les ayuda, y los marcaría, en la práctica, como personas que “poseen un precursor”. Eso constituye una afrenta a su dignidad tanto como una restricción de su atención.

Somos inequívocos en un punto: no pedimos que el CBD quede sin regular, y reconocemos que los Estados conservan la competencia para regularlo. Pedimos únicamente que toda restricción se introduzca de forma **transparente** — sobre la base de una evaluación publicada de las pruebas, un examen de proporcionalidad y una evaluación del impacto sobre los pacientes — y no de forma encubierta ni mediante una medida administrativa.

Asimismo, distinguimos con claridad entre el **CBD farmacéutico** y el **CBD de consumo**. El CBD purificado (Epidyolex) recibió la autorización de comercialización de la UE en septiembre de 2019, sobre la base de ensayos controlados aleatorizados de fase 3, para las crisis epilépticas en el síndrome de Dravet, el síndrome de Lennox-Gastaut y el complejo de esclerosis tuberosa. Gran parte del CBD utilizado por los pacientes en Europa no es un medicamento prescrito, sino un producto de consumo empleado para el dolor, la ansiedad o el sueño. Ambos importan aquí, pero no son el mismo objeto jurídico — y, como se ha expuesto anteriormente, la existencia de un medicamento autorizado no responde a ninguna de las preocupaciones de autonomía, dignidad o transparencia que este llamamiento plantea. La diferencia es también de **dosis**, y es considerable: el Epidyolex prescrito se administra en función del peso corporal a razón de aproximadamente 10–25 mg/kg/día — alrededor de 700–1.750 mg/día para un adulto de 70 kg —, mientras que la mayoría de las personas que utilizan aceites de CBD de consumo toman del orden de 25–100 mg/día, quizá entre diez y cincuenta veces menos. Los valores propuestos de ingesta aceptable y de límite para complementos se sitúan en ese mismo rango bajo — decenas de miligramos al día, incluida una ingesta diaria aceptable del orden de 10 mg por adulto al día adoptada en el Reino Unido. Una medida planteada en torno a un producto de consumo tomado en decenas de miligramos no debería construirse sobre el perfil de dosificación y de riesgo de un medicamento de prescripción a dosis altas.

El marco jurídico y de derechos humanos

El lema de la campaña — *CBD is a Human Right* (El CBD es un derecho humano) — es una forma abreviada de referirse a un conjunto de derechos **consolidados**, no una afirmación de que cualquier persona ostente un derecho jurídico autónomo a un producto determinado. Leídas como la coalición pretende, las tres letras representan **Care Before Discrimination** (La atención antes que la discriminación): el derecho de los pacientes a recibir atención y a ser tratados como pacientes y no como sospechosos. Los fundamentos más sólidos de estos derechos son la autonomía, la dignidad y el procedimiento transparente.

Autonomía y consentimiento informado. El Convenio de Oviedo consagra el consentimiento libre e informado y

la toma autónoma de decisiones sobre el propio tratamiento, junto con el acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad adecuada. Una restricción encubierta anula la elección consolidada e informada del paciente sin consulta alguna.

Transparencia, participación y rendición de cuentas. No son únicamente normas de buena gobernanza; en la formulación del derecho a la salud en clave de derechos humanos, son parte integrante de él. Las Naciones Unidas consideran el acceso a medicamentos de buena calidad como “uno de los elementos fundamentales” del derecho al más alto nivel posible de salud (OHCHR; ICESCR, art. 12), y lo vinculan expresamente a la *transparencia, la participación y la rendición de cuentas*. Una decisión adoptada sobre una notificación no pública, sin consulta a los pacientes, es la antítesis de esa norma. *(Nos apoyamos en esto como contexto de respaldo: el derecho a la salud no garantiza ningún producto en particular, pero sí exige que las decisiones que afectan al acceso sean transparentes, participativas y basadas en pruebas.)*

Dignidad y no discriminación. Las medidas que reducen el acceso al CBD y al cannabis medicinal, y que estigmatizan a los pacientes como poseedores de un precursor, pueden comprometer las obligaciones de los Estados en virtud de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular su artículo 5 (igualdad y no discriminación) y su artículo 25 (el derecho a la salud).

Los tratados de fiscalización de drogas no respaldan tratar el CBD como un estupefaciente fiscalizado. El artículo 4(c) de la Convención Única de 1961 limita las sustancias fiscalizadas a fines médicos y científicos, mientras que los artículos 23 y 28 establecen un régimen específico para el cultivo del cannabis. Estas disposiciones no ofrecen una base para tratar el CBD — que no está incluido en las listas — como un estupefaciente fiscalizado.

Las comunicaciones de la INCB son opiniones, no normas jurídicas vinculantes. En virtud de los artículos 31 y 32 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, los tratados se interpretan de buena fe conforme al sentido corriente de sus términos en su contexto. Las comunicaciones de la INCB son las opiniones de un órgano de supervisión de base convencional y deben leerse junto con el texto del tratado, no como normas jurídicas en sí mismas. La propia posición de la INCB ha cambiado — una comunicación anterior trataba el CBD como no cubierto por los convenios, mientras que el dictamen de 2026 plantea el CBD como una posible materia prima a la vez que admite que las pruebas son limitadas. Esa tensión refuerza una lectura basada en los derechos y en la proporcionalidad.

El Derecho de la UE: proporcionalidad, no inmunidad. En el asunto *Kanavape* (TJUE, C-663/18, 19 de noviembre de 2020), el Tribunal declaró que el CBD no es un estupefaciente, que un Estado miembro no puede prohibir el CBD producido lícitamente en otro Estado miembro y que las restricciones de salud pública a la libre circulación “no pueden basarse en consideraciones puramente hipotéticas”. El CBD controvertido se había producido lícitamente en la República Checa. *Kanavape* no significa que el CBD no pueda regularse — los Estados pueden actuar en materia de salud pública, seguridad alimentaria, etiquetado, límites de edad, concesión de licencias y vigilancia del mercado —, pero una restricción debe justificarse con pruebas reales y publicadas y con un examen genuino de proporcionalidad, y debe ser la medida menos restrictiva adecuada al objetivo. Una restricción encubierta, basada en el precursor y fundada en una hipótesis probatoriamente limitada, encajaría con dificultad en esta jurisprudencia.

Lo que realmente provocaría una restricción encubierta

Una restricción del CBD impulsada de forma no transparente, respaldada por afirmaciones que no están adecuadamente acreditadas, empujaría a los pacientes — para quienes los productos de CBD elaborados en su mayor parte por proveedores locales de la UE ayudan a gestionar sus enfermedades — hacia el mercado negro. El colapso de la disponibilidad legal se vería rápidamente colmado por un suministro no regulado, exponiendo a los pacientes a la contaminación con metales pesados, hidrocarburos aromáticos policíclicos, plaguicidas y herbicidas. Una restricción basada en un argumento no fundamentado no protegería, por tanto, a los pacientes, sino que los exponería a un riesgo para la salud sustancialmente mayor que un mercado legal regulado de forma racional. Tampoco protegería a los menores frente a los cannabinoides sintéticos, porque no cambiaría nada en cuanto a la disponibilidad y la producción continua de nuevas moléculas de cannabinoides sintéticos en el mercado gris — que se fabrican a partir de moléculas distintas del CBD.

Esta es la advertencia central de la coalición: una medida presentada como protectora entregaría a los pacientes precisamente al mercado del que afirma protegerlos.

Lo que proponemos en su lugar: una regulación proporcionada

Esta coalición no pide que el CBD quede sin regular. Pedimos una regulación proporcionada y transparente que proteja a los pacientes y al público: normas claras de calidad y de buenas prácticas de fabricación; análisis obligatorios de contaminantes — metales pesados, plaguicidas, disolventes residuales y contaminación microbiana —; un etiquetado claro y preciso del contenido y la concentración; restricciones por edad cuando corresponda; y, sobre todo, una apli-

cación eficaz de la normativa dirigida al riesgo genuino — los cannabinoides sintéticos y semisintéticos vendidos como “artículos de colección”. Una regulación de esta índole protege a los pacientes; una prohibición encubierta del CBD no lo hace, porque retira productos analizados de un mercado regulado mientras deja intactos los productos genuinamente peligrosos.

Una advertencia frente a un “efecto dominó”

El empeño por clasificar el CBD entre los precursores ha sido promovido desde hace tiempo en la CND principalmente por algunos Estados, mientras que la Unión Europea se ha resistido hasta ahora a ello. La coalición está preocupada por que, si la República Checa — que durante mucho tiempo ha defendido una política de drogas racional y basada en pruebas — crea un precedente de restricción basado en un argumento de precursor que no está adecuadamente acreditado, ello pueda desencadenar una reacción en cadena en toda la UE y más allá. Sometemos esta valoración al debate público y especializado.

Sobre el peso de las pruebas

Se objeta a menudo que existen “demasiados pocos ensayos controlados aleatorizados” que confirmen la eficacia y la seguridad del CBD. Esta objeción no debería exagerarse en ninguno de los dos sentidos. A lo largo de aproximadamente tres décadas de amplia disponibilidad, los pacientes y sus médicos ya han generado un amplio cuerpo de **pruebas del mundo real — nuestros propios datos de pacientes — procedentes de la práctica clínica cotidiana**. Esto no es una ausencia de pruebas; son pruebas que existen en abundancia y que se descartan con demasiada facilidad. Las pruebas del mundo real son valiosas — en particular en cuanto a seguridad, tolerabilidad, calidad de vida y eficacia en los pacientes complejos y multimórbidos que los ensayos aleatorizados excluyen — y constituyen una parte esencial de la **totalidad de las pruebas**; no deberían descartarse por el mero hecho de no derivarse de ensayos aleatorizados, ni presentarse como equivalentes a ellos.² Ambas son complementarias, y una evaluación sólida pondera el conjunto de la base probatoria. Señalamos, asimismo, el fenómeno documentado del “sesgo de presentación inverso” (reverse spin bias) — la tendencia de algunas revisiones sistemáticas a subestimar un beneficio genuino incluso cuando sus propios datos muestran un efecto estadísticamente significativo.³

Nuestras exigencias: transparencia en la toma de decisiones

Como comunidad de pacientes, reivindicamos una pretensión legítima de información sobre las decisiones que nos afectan directamente. Instamos a los gobiernos competentes a responder, de forma transparente y pública:

¿Quién recibió la notificación y cómo se tramitó? ¿Qué puntos focales nacionales recibieron el *PP Notice 1/2026*, cuándo, y qué hicieron con él?

¿Qué medidas, y con qué conformidad con los derechos de los pacientes? ¿A qué medidas han llegado los gobiernos y cómo resistirían un examen de la autonomía del paciente, del Convenio de Oviedo y de la proporcionalidad conforme al Derecho de la UE?

¿Qué pruebas existen de una función como precursor? ¿Qué pruebas específicas obran realmente en poder de los gobiernos que invocan el argumento del precursor, dado que la propia INCB describe las pruebas como limitadas?

¿Dónde está la línea entre el riesgo probado y la hipótesis? ¿Qué información documentada sobre la cadena de producción real de los cannabinoides sintéticos y semisintéticos obra en poder de los gobiernos, y qué han hecho respecto de los productos vendidos como “artículos de colección”?

¿En qué datos se sustentan las declaraciones públicas? Solicitamos una explicación de las declaraciones públicas sobre el CBD como precursor, y de los datos específicos en los que se basan.

Nos exigimos a nosotros mismos el mismo estándar. La coalición se compromete con la transparencia que pide a los demás: estamos ultimando y publicaremos nuestra política de financiación e independencia, y nos estamos inscribiendo en el Registro de Transparencia de la UE.

²Schlag AK, Nutt DJ, et al. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.

³O’Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.

Un llamamiento a la Unión Europea

Instamos a las instituciones de la Unión Europea a examinar si las afirmaciones públicas sobre el CBD como “precursor” formuladas en los Estados miembros están respaldadas por pruebas verificadas, y a proteger tanto el mercado interior como a los pacientes frente a restricciones administrativas que carezcan de tal base. Solicitamos una evaluación de si las medidas que se están considerando se corresponden con el contenido real de los materiales de la INCB o con una distorsión de los mismos, y recordamos las restricciones establecidas en *Kanavape*.

Preguntas para los medios de comunicación

Instamos a los periodistas a plantear preguntas específicas a los responsables: ¿qué se entiende exactamente por la afirmación sobre el CBD como precursor de sustancias sintéticas, y en qué datos se basa? ¿Cómo se concilia con la propia declaración de la INCB de que las pruebas son limitadas? ¿Por qué se está considerando el instrumento más severo — la fiscalización como precursor de drogas — cuando ya existen herramientas proporcionadas de consumo? ¿Qué impacto tendrían las medidas sobre las personas mayores y los pacientes crónicos? Y ¿existe el riesgo de que un Estado miembro se convierta en el detonante de una cadena de restricciones en toda la UE?

Conclusión y llamamiento a la adhesión

Pedimos una política racional, transparente y basada en pruebas que respete la autonomía y la dignidad de los pacientes y su derecho a decidir sobre su propia salud. No pedimos que el CBD quede sin regular; pedimos que se regule de forma proporcionada y transparente, y que la aplicación de la normativa se dirija al riesgo genuino. Nos oponemos a una restricción encubierta del CBD fundada en un argumento de precursor que no cuenta con el respaldo de las pruebas actualmente disponibles — y nos oponemos, con igual firmeza, a que tal decisión se adopte a puerta cerrada. Instamos a los gobiernos, a la CND, a la INCB y a las instituciones de la UE a actuar con transparencia, e instamos a las organizaciones de pacientes y a los particulares a sumarse a este llamamiento.

Añade tu nombre — firma el llamamiento: <https://www.openpetition.eu/petition/online/el-cuidado-antes-que-la-discriminacion-es-un-derecho-humano>

CBD is a Human Right (El CBD es un derecho humano).

Coalición internacional de organizaciones de pacientes: Aube (Canadá), Centrum Paraple (República Checa), Dose-mociones (España), Fuck Cancer (República Checa), KOPAC (República Checa), Mothers for Cannabis (Portugal), PatientsCann (Reino Unido) y Verein Medcan (Suiza); con la adhesión de otras organizaciones.

Referencias

Scientific and clinical

1. Schlag AK, Zafar RR, Lynskey MT, Athanasiou-Fragkouli A, Phillips LD, Nutt DJ. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.
2. O’Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.
3. Florian J, Salcedo P, Burkhart K, et al. Cannabidiol and liver enzyme level elevations in healthy adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2025;185(9):1070-1078. doi:10.1001/jamainternmed.2025.2366.
4. Boehnke KF, Gagnier JJ, Matallana L, Williams DA. Cannabidiol product dosing and decision-making in a national survey of individuals with fibromyalgia. *J Pain*. 2022;23(1):45-54. doi:10.1016/j.jpain.2021.06.007.
5. Henderson RG, Vincent M, Rivera BN, Bonn-Miller MO, Doepker C. Cannabidiol safety considerations: development of a potential acceptable daily intake value and recommended upper intake limits for dietary supplement use. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2023;144:105482. doi:10.1016/j.yrtph.2023.105482.
6. European Medicines Agency. Epidyolex (cannabidiol): marketing authorisation. Amsterdam: EMA; 19 September 2019. [ema.europa.eu](https://www.ema.europa.eu).

International and legal

7. International Narcotics Control Board. Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (Precursors Report 2025). E/INCB/2025/4. Vienna: INCB.
8. International Narcotics Control Board. PP Notice No. 1/2026: Observations concerning cannabidiol (CBD). Vienna: INCB Secretariat; 24 February 2026. (Headed “For Official Use Only”; available online, verified by the

coalition, and published alongside this appeal for transparency.)

9. European Union Drugs Agency (EUDA). Semi-synthetic cannabinoids: distribution and supply. Lisbon: EUDA. Accessed 16 February 2026.
10. Court of Justice of the European Union. Case C-663/18, *B S and C A* (“Kanavape”). Judgment of 19 November 2020. ECLI:EU:C:2020:938. eur-lex.europa.eu.
11. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (as amended), Arts. 4(c), 23, 28.
12. United Nations. Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969, Arts. 31-32.
13. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), ETS No. 164, 1997, Arts. 3 and 5.
14. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 1966, Art. 12.
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006, Arts. 5 and 25.
16. OHCHR. Access to medicines — a fundamental element of the right to health; Human Rights Council resolution 12/24. Geneva: OHCHR.
17. Commission on Narcotic Drugs. Decision placing HHC under Schedule II of the 1971 Convention on Psychotropic Substances (in force 6 December 2025).
18. United Kingdom Food Standards Agency / Advisory Council on the Misuse of Drugs. CBD acceptable daily intake guidance.