

Consideraciones respecto a la Ponencia del Magistrado Arturo Zaldívar Lelo de Larrea sobre el uso “lúdico o recreativo” de la mariguana

CONADIC

ÍNDICE

1. Enfoque de salud.
2. ¿Qué es la marihuana y cuáles son sus componentes?
3. Formas en que impacta al organismo humano:
 - a. Por sus componentes
 - b. Por qué es adictiva.
4. Su comparación con el alcohol y tabaco.
5. La marihuana como medicamento.
6. El espíritu de la despenalización.
7. Uso lúdico-recreacional.
8. Las libertades individuales para hacer con el propio cuerpo lo que se desee.
 - a) Porcentaje real de menores que consumen.
 - b) Legalizar la marihuana implica autorizar toda la cadena de producción, distribución, venta al mayoreo, menudeo, etcétera.
9. Implicaciones de la producción de cannabis para el autoconsumo.

1. Enfoque de salud.

Para atender el problema del consumo de drogas, México ha adoptado un enfoque de salud pública centrado en la persona y no en la sustancia, privilegiando en todo momento el respeto a los derechos humanos fundamentales, mediante programas de prevención y tratamiento de amplio alcance, que incluyen desde la promoción de la salud hasta la reinserción social de quienes lamentablemente desarrollan dependencia como consecuencia de su consumo habitual, evitando su estigma y discriminación.

2. ¿Qué es la marihuana y cuáles son sus componentes?

La marihuana es la mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa*, que se produce también en otra variedad llamada *Cannabis indica* (NIDA, 2015¹⁴).

La planta cannabis sativa contiene entre 60 y 80 fitocannabinoides de los cuales el más abundante es el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC). También contiene otros componentes como: dronabinol (DBN), nabilona (NB), cannabinal (CBN), cannabidiol (CBD), y cannabigerol (CBG), entre otros (Mehmedic Z, 1993¹¹).

De los fitocannabinoides contenidos en la planta es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) el que produce el efecto psicotrópico y tiene un mayor poder adictivo.

3. Formas en que impacta al organismo humano.

La evidencia científica ha demostrado que el consumo de marihuana no es inocuo; causa serios daños a la salud humana.

a) Por sus componentes.

Debido a la composición química de varios de sus contenidos, provoca problemas como trastornos de memoria, atención, aprendizaje, ansiedad, depresión, ideación suicida, síndrome amotivacional, otras alteraciones neuro-cognitivas y síntomas psicóticos parecidos a los de

la esquizofrenia, con ilusiones y alucinaciones (Lorenzo, P., 2009⁹; Meier MH, 2012¹²; SAMHSA, 2014¹⁸; Hidocha, 2015⁷; Pedersen E, 2015¹⁶). También genera inducción a muerte celular con disminución del tamaño de las neuronas y fragmentación del DNA en el hipocampo; disminución persistente de la función focalizadora de la atención y una reducción del rendimiento intelectual, que en conjunto producen problemas de aprendizaje observable en el fracaso escolar de los jóvenes consumidores. Alteración de la sensibilidad a las señales de recompensa y subsecuentemente afectación a las conductas adaptativas, comunicación interpersonal, así como desempeño académico y laboral. Respecto a los trastornos depresivos asociados, algunos estudios epidemiológicos reportan una tasa de suicidios cuatro veces más altas en los usuarios de cannabis que entre los no usuarios (aunque otros reportes mencionan sólo el doble).

También aumenta el riesgo de hipertensión, produce daños en el sistema respiratorio que incluyen tos, producción crónica de flema, mayor frecuencia de enfermedades respiratorias y mayor riesgo de infecciones pulmonares y cáncer (Volkow, 2014¹⁵). Asimismo, incrementa la frecuencia cardíaca: el efecto puede durar hasta 3 horas después de haberla fumado, lo que aumenta el riesgo de un ataque al corazón (NIDA, 2015¹⁴), y de alteraciones morfológicas y enzimáticas hepáticas.

Propicia problemas en el desarrollo del producto durante y después del embarazo, y su consumo en etapa de gestación, está relacionado con un riesgo más alto de problemas de conducta y del desarrollo cerebral posterior. Podemos concluir que las repercusiones del consumo para la salud no son menores (NIDA, 2015¹⁴).

Es importante señalar que por el volumen de consumo de cannabis, los años de vida perdidos son mayores que los años perdidos como consecuencia del uso de la cocaína (Degenhardt, 2010³).

Adicionalmente, su consumo está asociado a otros problemas sociales como baja en el rendimiento escolar, reducción de la productividad laboral, accidentes automovilísticos, entre otros.

De sus componentes, el THC es el responsable de los efectos psicoactivos.

El consumo de marihuana impide la maduración del cerebro adolescente en las áreas encargadas del pensamiento, la memoria y el control de impulsos. Sabemos de la relación del consumo de marihuana y la disminución del coeficiente intelectual a largo plazo. ¿Son estos los riesgos a los que queremos enfrentar a nuestra juventud mexicana? (NIDA, 2008¹³).

b) Por qué es adictiva.

El mismo THC genera las propiedades adictivas de la marihuana al actuar sobre receptores endocannabinoides específicos del organismo humano, modifica la estructura y funcionamiento de diversas áreas del cerebro y produce síndrome de abstinencia (Lorenzo 2009⁹).

Diversas investigaciones han demostrado que aproximadamente el 9% de quienes la consumen se vuelven adictos. El riesgo de dependencia aumenta en 17% en aquellos que comienzan a usarla en la adolescencia y en los que consumen diario, este riesgo aumenta entre el 25 y el 50% (Hall & Pacula, 2003⁵; Anthony, 1994²; Anthony, 2006¹; López- Quintero, 2011⁸).

4. Su comparación con el alcohol y tabaco.

Las personas a favor de la legalización utilizan sofismas para tratar de convencer a la opinión pública, sobre las ventajas de dicha medida, y aluden artificiosamente que genera más daño el consumo de alcohol y tabaco que el consumo de cannabis. Ese es un argumento débil ya que si bien es cierto hay más registros de accidentes, lesiones y complicaciones en salud por el uso de esas drogas, también hay que tomar en cuenta que las consumen un número más grande de personas debido a la mayor tolerancia social por su condición de sustancias legales.

Es un error conceptual comparar los daños que producen estas sustancias; así como no comparamos la cirrosis hepática con los infartos al miocardio, de igual manera, cada uno de estos eventos patológicos deben ser diferenciados. Vale la pena reflexionar acerca de las consecuencias negativas producidas por el tabaco y el alcohol, antes de decidir legalizar otra droga como la marihuana, que conlleva sus propios problemas de salud y psicosociales, para los que el sistema sanitario nacional no está totalmente preparado.

5. La marihuana como medicamento.

Como Sector Salud, solo podría aceptarse el uso medicinal a partir de la extracción de los componentes que han mostrado cierto potencial terapéutico, una vez que hayan sido comprobados de manera irrefutable mediante estudios bajo escrupuloso rigor científico, por lo que es deseable fomentar el desarrollo de investigaciones específicas para ello.

Se ha planteado la posible utilidad terapéutica de algunos derivados cannabinoides para mejorar la condición de salud de pacientes con problemas de esclerosis múltiple, Sida, glaucoma, dolor agudo y crónico, o síndromes epileptiformes de la infancia (Síndrome Lennox-Gastaut) entre otros padecimientos.

Hasta el momento sólo se tiene respaldo científico en uno de ellos: el cannabidiol.

En nuestro país se cuenta con el CESAMET (Nabilona), con indicaciones como auxiliar en dolor crónico, esclerosis múltiple, y en el control de las náuseas y vómito secundarios a quimioterapia.

6. El espíritu de la despenalización.

La despenalización del consumo en nuestro país obedece a un enfoque humanista, en el que se prioriza la salud, de manera que **se realiza una excepción en la legislación para que los consumidores puedan ser atendidos como enfermos que requieren tratamiento y no como personas** que deban ser perseguidas, sin poner barreras para su acceso a servicios de atención especializada.

En México el consumo y la posesión de hasta 5 gramos de marihuana esta despenalizado, como lo indica la Tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato y el Artículo 478 de la Ley General de Salud.

7. Uso lúdico-recreacional.

Las drogas no pueden tener “uso recreativo” dado que su consumo es dañino. Hablar de usos lúdicos o recreacionales banaliza el problema, ya que sus repercusiones a nivel individual, familiar y social no tienen ninguna relación con el juego ni con la recreación.

El consumo de marihuana tiene efectos en la salud y repercusiones sociales de consideración. En los primeros, produce cuadros psicóticos con alucinaciones; lo que nos obliga a reflexionar, si eso es lo que queremos para nuestra juventud, ya de por sí aquejada por situaciones desfavorables como la escasez de oportunidades para la educación, el empleo y para su desarrollo.

8. Las libertades individuales para hacer con el propio cuerpo lo que se desee.

Los Derechos Humanos deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

Bajo esta perspectiva, en el tema de la marihuana se contraponen dos Derechos: el Derecho a la Salud y el Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad.

Éste último se refiere a que una persona elige ser individualmente lo que quiera sin coacción alguna, por tanto si alguien quiere consumir marihuana u otra droga a pesar de los daños que le genere, estaría en la libertad de hacerlo. Al reflexionar sobre la prioridad de alguno de estos derechos, **debe prevalecer el derecho a la salud como un bien mayor.**

Asimismo, sabemos que gran parte de los consumidores son menores de edad por lo que, jurídicamente carecen de personalidad legal para decidir libremente sobre el consumo.

a) Porcentaje real de menores que consumen.

El Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD) que integra datos de diferentes fuentes como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), registró que en 2014 fueron atendidos 18 mil 886 pacientes en centros de tratamiento, y la marihuana fue reportada como droga de inicio por menores de edad en el 67.6% de los casos.

b) Legalizar la marihuana implica autorizar toda la cadena de producción, distribución, venta al mayoreo, menudeo, etcétera.

La posibilidad de legalizar conlleva al menos dos escenarios: uno parcial, en el que se libera el consumo y se establecen restricciones al cultivo y comercialización, y otro total, que presenta la plena despenalización de toda la cadena productiva hasta llegar al consumidor final.

El escenario parcial implica una serie de restricciones para el uso de diversas sustancias con base en la percepción de los riesgos y daños que producen, en el que éstas sólo podrían estar disponibles para su venta en instalaciones autorizadas donde su consumo pueda ser controlado, ejemplo: alcohol y tabaco.

El sistema de legalización total representa despenalizar todos los delitos atribuidos a las drogas tanto naturales como sintéticas, a partir del respeto irrestricto a la libertad que ejerce el consumidor en su pensamiento, modo de sentir y con su cuerpo. Por ende se refiere a la eliminación del ámbito del derecho penal de todos los delitos relacionados con los estupefacientes: consumo, tenencia, cultivo, producción, tráfico, etcétera.

Buscar un escenario parcial en el que únicamente se libere el consumo y la producción para uso personal es una idea de imposible implementación sin un marco regulatorio claro que prevea mecanismos de trazabilidad en insumos y puntos de producción que permitan asegurar que se evite la venta y transporte del producto. Por

ejemplo, si se libera la siembra para consumo personal, el individuo que la consume deberá adquirir las semillas para la siembra de algún proveedor quien de entrada estaría cometiendo un delito con dicha transacción.

Aunado a esto existe un gran riesgo de simulación que lleve a justificar cultivos de marihuana destinados al narcotráfico como si fueran destinados para consumo personal. Sin un marco legal apropiado, ninguna autoridad tendría facultades para actuar en consecuencia.

En este sentido, la legalización pro vía judicial se plantea como un camino sub óptimo que generará graves riesgos a la salud y al combate a la ilegalidad y el narcotráfico en México.

9. Implicaciones de la producción de cannabis para el autoconsumo.

La política pública de México frente al problema de las drogas, es respetuosa de los acuerdos internacionales y está basada de manera irrestricta en los compromisos contraídos como nación en la Convención Única de Estupefacientes de 1961, Enmendada por el Protocolo de 1972 sobre Estupefacientes, y en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

La legalización que plantea el ministro Arturo Zaldívar se ha centrado en favorecer el autoconsumo mediante la producción doméstica, pero ha soslayado importantes aspectos de riesgo y falta de control que nos llevan a formularnos las siguientes preguntas:

A) ¿Cómo se controlaría esta producción doméstica, el tipo de marihuana y el volumen de producción?

B) Igual que se pueden producir dos o tres plantas con un propósito de autoconsumo doméstico, también podría crearse un sistema de cultivo hidropónico, que en una superficie pequeña, de 30 metros cuadrados, logre producir 100 o 200 kilogramos de marihuana. ¿Este volumen también sería considerado de autoconsumo?

C) ¿Cómo se va a controlar el tipo de marihuana que se produce (dado que su concentración de THC varía del 5 al 25%)? ¿Quién lo supervisaría y cómo?

D) ¿Cómo se va a impedir que los menores de edad, que son la población en mayor riesgo, tengan acceso a la marihuana y participen en el proceso productivo de la misma?

E) Ante esta “liberación doméstica para el autoconsumo” ¿Qué actitud deberían tomar las autoridades del país con la producción del campo? ¿Se mantendría sin cambios desde el punto de vista jurídico? ¿Habría cambios en la ley?

F) ¿Cómo se va a impedir que la producción doméstica para el autoconsumo, se convierta en una fuente abierta de aprovisionamiento a los menores de edad, que es la población más proclive al consumo de éstas sustancias?

G) En un estudio reciente (Rocky Mountain HIDTA, 2015¹⁷) se reconoce que en el Estado de Colorado (E.U.) que legalizó hace poco la producción de marihuana con fines lúdicos, los menores de edad obtienen esta sustancia de sus hermanos mayores o de otras personas que la producen.

Otras consideraciones.

Si la elección de alguna actividad recreativa o lúdica pertenece a la esfera de la autonomía personal ¿Qué diferencia tendría el consumo de marihuana del uso de otras drogas como la cocaína y sus derivados, la heroína, las metanfetaminas y otras sustancias de diseño? El criterio debería abarcar todas ellas.

Es una posición clara que con el mejor espíritu y obligación, los ministerios de salud de los países, en este caso México, deben tomar en cuenta todo aquel elemento que lastima, perjudica o limita la salud física y psicosocial de las personas, interviniendo para prevenir y tratar las consecuencias

nocivas. Esto no es una posición obtusa sino que merece la más alta comprensión. No tocan la libre decisión de las personas para hacer de su cuerpo lo que mejor les convenga, sino que participan en orientar, apoyar y procurar que las personas gocen de mejor salud y capacidad para enfrentarse a la vida.

Se dice que mientras no lesione a terceros, la persona debe quedar libre de hacer lo que le plazca; sin duda no tratamos de incidir en esta libertad suprema, pero entonces, las instituciones en muchos casos, saldrían sobrando al no proporcionar argumentos y programas de salud y vida.

No impactar a los demás es el lema. Nos preguntamos ¿Evitar que se impacten a sí mismos en términos físicos, psico-emocionales e intelectuales no es una responsabilidad de las áreas de salud?

Nos preguntamos si el adicto, por pequeño que sea el número, que no lo es ni lo sería ¿no impacta también a su núcleo familiar, a su desempeño educativo, a su producción laboral, y al mejor ejemplo social al que todos aspiramos?

Finalmente, Señores Ministros, con el profundo respeto a los poderes y en particular al Poder Judicial del Estado, la decisión que se tome, en el caso de esta Comisión Nacional contra las Adicciones implicaría continuar con el mismo trabajo que venimos desarrollando: Prevención, tratamiento, investigación, capacitación, participación ciudadana, aunque no omito señalar, y me adelanto a comentarlo, que los problemas que enfrentaremos serán mayores a los que ya hoy se presentan en nuestro país, lo que nos anima a hacerles llegar estas reflexiones para su amable consideración.

Les saludo con respeto y con afecto.

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones.

Referencias.

1. Anthony JC. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS, eds. Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006:58-105.
2. Anthony J, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1994; 2:244-268.
3. Degenhardt L., et. al Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61530-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61530-5)
4. Friedman D, Devinsky O. Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy. *N Engl J Med.* September 10, 2015; 373:1048-58. DOI: 10.1056/NEJMra1407304.
5. Hall WD, Pacula RL. Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003.
6. Hasin, D. S., Wall, M., Keyes, K. M., Cerdá, M., Schulenberg, J., O'Malley, P. M., & Feng, T. (2015). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 601-608.
7. Hindocha C., Acute effects of delta_9_tetrahydrocannabinol, cannabiniol and their combination on facial emotion recognition: A randomised, double-blind, placebo-controlled study in cannabis users. *European Neuropsychopharmacology* (2015) 25, 325-334 Disponible en: www.elsevier.com/locate/euroneuro

8. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 2011; 115 (1-2):120-130.
9. Lorenzo P., Ladero J. M.; Leza J C, Lizasoain I. Drogodependencias. *Farmacología. Patología. Psicología. Sección V Cannabis* (pp. 303-358) Legislación. Ed. Panamericana 3^{era} Edición (2009).
10. McCaffrey DF, Pacula RL, Han B, Ellickson P. Marijuana use and high school dropout: the influence of unobservables. *Health Econ.* 2010; 19(11):1281-1299.
11. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, et al. Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci.* 2010; 55(5):1209-1217.
12. Meier MH, Caspi A, Ambler A, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2012; 109:E2657-2664.
13. NIDA La ciencia de la adicción. Las drogas el cerebro y el comportamiento. 2008 Disponible en : NIDA La ciencia de la adicción. Las drogas el cerebro y el comportamiento. 2008 Disponible en : https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
14. NIDA ¿Qué es la marihuana? Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>. Consultado el 20 de octubre de 2015.

15. Volkow N., et. al Adverse Health effects of marijuana en NIDA Review summarizes research on marijuana negative health effects. Junio 2014 disponible en: <http://www.nih.gov/news/health/jun2014/nida-04.htm>
16. Pedersen E., et al. The effects of mental health symptoms and marijuana expentancies on marijuana use and consequences among at-risk adolescents. Drug Issues, 2015 April 1; 45(2): 151 – 165. doi: 10.1177/0022042614559843.
17. Rocky Mountain High Intensity Drug Traffiking Area. Legalization of marijuana in Colorado. The Impact. Vol. 3 preview 2015. Disponible en: www.rmhidt.org
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-4887. NSDUH Series H-49.