



**Centros de Integración  
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones  
9° Generación  
2012 – 2013**

**Reporte de Investigación**  
Para concluir el Programa Académico de la  
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

**Tema:**  
**IMPACTO SOCIAL DEL CONSUMO DE LA MARIHUANA EN MÉXICO: LA  
CONTROVERSIA DE SU LEGISLACIÓN**

**Alumno:**  
**DRA. ELIZABETH SÁMANO MARÍN**

**Asesor:**  
**LIC. KARIME KARAM BLANCO**

*Firma*

Ciudad de México, 25 de Febrero de 2014.

INDICE	PÁGINA
INDICE GENERAL	1
TÍTULO	2
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACION	3
INTRODUCCION	5
MARCO JURIDICO	5
HISTORIA DE LA MARIHUANA	7
AVANCE EN NUESTRO PAIS EN MATERIA LEGAL RESPECTO A DROGAS	8
CAPITULO 1	13
“LEGALIZACION DE LAMARIHUANA EN HOLANDA, EEUU, MEXICO: SUS BASES Y CONSECUENCIAS”	
1.1 HOLANDA	13
1.2 EEUU	16
1.3 MEXICO	17
CAPITULO 2	21
2.1 MEMORIAS DE VIDA	21
2.2 CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD	26
CAPITULO 3	27
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	36
ANEXOS	37



# Impacto social del consumo de la marihuana en México: La controversia de su legislación.

Asesora Tesis: Lic. Karime Karam Blanco

Alumna: Dra. Elizabeth Sámano Marín

## OBJETIVO

Conocer el impacto social de la marihuana en México y los diferentes paradigmas en torno a su legalización.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Presentar un análisis sobre los efectos de la legalización de la marihuana en Holanda y EEUU.
2. Exponer las características de las comunidades de Arteaga Michoacán y las posibles consecuencias que conllevaría la legalización de la marihuana en materia de desarrollo social.

## JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la ENA 2011 (Encuesta Nacional de Adicciones) sabemos que el consumo de la marihuana ha ido en aumento en la población de nuestro país, especialmente pero no exclusivamente entre los adolescentes, lo que conlleva un riesgo de salud pública, no solo por ser una droga altamente adictiva sino porque nuestro sistema de salud no tiene la infraestructura necesaria para tratar a los pacientes consumidores y/o adictos de la marihuana.

El hecho de que la marihuana sea una droga ilícita, también influye en que no se pueda garantizar su calidad. Pues al ser un producto no controlado no existen estándares que garanticen que sea un producto apto para consumo humano, lo cual aumenta los riesgos de intoxicación por sustancias agregadas.

Es importante recalcar que la marihuana es considerada como una droga de consumo social, lo que la convierte en una droga de puerta de entrada a consumo de otro de tipo de sustancias.

Respecto a una posible legalización de la marihuana en México, debemos considerar si se podría, entre otras cosas:

1. Controlar la calidad del producto.
2. Comunicar adecuadamente sus riesgos.
3. Disminuir el impacto que generaría en materia de desarrollo social en zonas conocidas como productoras.
4. Revisar la infraestructura del sistema de salud actual para su adecuación al tratamiento de pacientes consumidores y/o adictos a la marihuana.

Estos son los puntos que han sido contemplados en las discusiones sostenidas sobre la legalización de la marihuana de la Dirección de Apoyo a Comisiones, perteneciente a la Dirección General de Apoyo Parlamentario.

Anexo 1 Iniciativa “Que reforma y Adiciona diversas disposiciones de la Ley General de salud y el Código Penal Federal” presentada por el Diputado Víctor Hugo Círigo Vásquez.

## INTRODUCCION

### MARCO JURIDICO

La cultura de la legalidad significa que los miembros de una sociedad acatan las normas, conocen sus derechos y obligaciones (esto aplica para ciudadanos, servidores públicos y funcionarios) y se movilizan a favor de la defensa del Estado de Derecho.

Derecho: Es el conocimiento que tiene una sociedad de las leyes y normas que regulan su convivencia.

Abarca los esfuerzos que hace una sociedad para difundir (socializar) y defender dichas leyes y normas. Incluye también el nivel de cumplimiento de las normas que rigen a una sociedad.

#### PRINCIPIOS DE LA CULTURA DE LA LEGALIDAD

1. Los integrantes de la sociedad se interesan y conocen las normas básicas que los regulan.
2. Las personas tienen la “voluntad” de respetar las normas.
3. Las personas rechazan y condenan los actos ilegales.
4. Las personas colaboran con las dependencias del sistema de procuración de justicia.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO PARA LA LEGALIDAD

- 1) Facilita la generación de alternativas apropiadas.
- 2) Exige que nos informemos, pensemos y nos involucremos.
- 3) Obliga a las personas a pensar más allá de la gratificación inmediata para considerar las consecuencias futuras.
- 4) Es un proceso de análisis sistemático y de evaluación de opciones y consecuencias.
- 5) Permite analizar objetivamente la información, partiendo de la experiencia personal, conocimientos e información disponible.

#### PASOS A SEGUIR PARA UN PENSAMIENTO CRÍTICO EN CUANTO A LA LEGALIZACIÓN

- Tener presentes las leyes, las reglas formales, las normas y los valores más importantes.
- Considerar las opciones.
- Identificar las consecuencias a corto y largo plazo de cada opción.
- Evaluar las consecuencias de cada opción y elegir la mejor.

Cuando tomamos decisiones a favor de la legalidad:

- No siempre tendremos un beneficio personal o a corto plazo.
- Contribuimos a crear un entorno de respeto y cumplimiento de la ley.
- Desencadenamos un proceso de cambio social que fortalecerá el Estado de derecho.
- Las acciones para solucionar los problemas pueden clasificarse dentro de tres grandes áreas:

- ✓ Área de Control
- ✓ Área de Influencia

✓ Área de Interés

Al asumir la propia responsabilidad en la promoción de la legalidad y el rechazo a la ilegalidad, es útil concentrarse en los problemas y en las soluciones que cada quien puede enfrentar.<sup>1</sup>

*“La acción individual produce ondas que impactan sobre un entorno mucho mayor”*

Este marco jurídico es lo que nos permite encaminar esfuerzos para buscar el beneficio de los individuos a través de la legislación de las situaciones que impactan de una forma u otra a toda una sociedad. Para el caso puntual que nos ocupa, la legislación de la marihuana debería asegurar la creación de la infraestructura de salud que tenga la capacidad para dar atención y tratamiento a los usuarios de la marihuana, tanto por uso recreacional o medicinal, y específicamente a aquellos consumidores que desarrollan una adicción y que requieren de rehabilitación.

## HISTORIA DE LA MARIHUANA

Los escritos más antiguos que se conocen sobre el consumo de cannabis proceden del emperador chino ShenNung en 2727 a.J.C. Dependiendo de las culturas, se observa un uso profano o religioso. Se cultivó por primera vez en Asia y fue utilizada en la India en el 2000 a.J.C. en ceremonias religiosas donde se veneraba la planta, denominándola “fuente de felicidad y de vida”; las tradiciones brahmánicas posteriores consideraban que su uso agilizaba la mente, otorgaba salud y concedía valor, así como potencia sexual. Otros testimonios escritos sobre su uso en Oriente Medio datan del 500 a.J.C. y en estudios realizados por Creighton y Clay sugieren que en el Antiguo Testamento se hace referencia al cáñamo.

En la civilización greco-romana, según explica el historiador Herodoto, fue usado como instrumento recreativo en fiestas greco-romanas de ricos, ya que era un producto importado de Egipto y muy caro, sin embargo en general nunca fue una droga usada por las clases sociales altas como ocurrió con la morfina o la cocaína. El uso terapéutico no fue relevante en los postulados hipocráticos y galénicos, aunque se refieren a ella en relación como remedio para la otitis media. Su uso quedó relegado a ungüentos y cocimientos de brujería.

Imperio Islamico Desde Oriente Medio el uso del cannabis se extendió al Imperio Islámico a través del Norte de África, aunque su uso tuvo detractores como el emir SoudouniSchekhounia de Arabia, que lo prohibió en 1378 y el historiador árabe Al Magrii responsabilizó al cannabis de la decadencia de la sociedad egipcia.

Con la llegada del renacimiento de la medicina científica occidental, a partir del siglo XV, quedó el uso terapéutico del cannabis desplazado de la farmacopea. Sólo en África y ciertas zonas de Asia mantuvo su arraigo como medicina de múltiples usos, como vehículo de meditación para chamanes, fakires, yoguis y derviches, y como una droga recreativa para distintos estratos sociales.

El cannabis se extendió al hemisferio occidental en 1545 cuando los españoles lo importaron a Chile para emplear su fibra. El cannabis se cultivaba en 1611 en las colonias americanas de Jamestown y Virginia, y en 1629 en Nueva Inglaterra. Aunque el principal destino del cultivo durante el periodo colonial era la producción de cuerda, existen datos de que los colonos conocían sus propiedades psicoactivas. George Washington cultivaba cáñamo en Mount Vernon y una lectura detallada de sus diarios puede llevar a la conclusión de que separaba las plantas hembras para su uso medicinal.

El uso no médico del cannabis en Europa Occidental fue introducido probablemente por las tropas de Napoleón cuando volvieron de la campaña de



Egipto a principios del siglo XIX, aunque ya era conocido en el siglo XVIII, y en 1735 Carolus Linnaeus le asignó el nombre científico de *cannabis sativa*.

Su consumo estaba relegado a pequeños círculos intelectuales como el famoso Club des Haschischiens, fundado en 1840 por ilustres escritores franceses como Balzac, Baudelaire, Dumas, Gautier, Delacroix. También en esa década se inició un amplio uso terapéutico en Estados Unidos a partir de las investigaciones de los médicos W. B. O`Shaughnessy, Jacques J. Moreau y FitzHughLudlow. Desde 1850 y hasta 1942 el cannabis estuvo incluido en la farmacopea y empresas farmacéuticas como Parker-Davis, Lilly, Squib y Burroughs-Wellcome comercializaban preparados que la contenían. Durante la década de los veinte del pasado siglo, proliferó el uso de marihuana en Estados Unidos debido a la Ley Seca y a la exposición de los soldados a la sustancia durante las campañas en América Central y Caribe.

A mediados de los años sesenta con la llegada del movimiento psicodélico, se extendió rápida y masivamente entre la juventud americana y europea, asociada inicialmente a actitudes contestatarias y a movimientos contraculturales. Si hasta entonces los productores de marihuana habían sido México, Colombia y algunas zonas del Caribe, a partir de la década siguiente el primer productor mundial pasó a ser Norteamérica, y mediante técnicas avanzadas de cultivo, tanto en campo abierto como en interiores, ha llegado a desarrollar las mejores variedades del mundo. En lo que respecta al hachís, los grandes productores tradicionales son países asiáticos como Afganistán, Pakistán, Nepal y países pertenecientes al Mediterráneo como Turquía, Egipto, Líbano y Marruecos. Hoy en día sólo Afganistán, Pakistán y Marruecos siguen produciendo cientos o miles de toneladas anuales, siendo Marruecos el que posee actualmente la hegemonía del mercado Europeo. Después del alcohol el hachís y la marihuana son las drogas consumidas con más frecuencia.

## **AVANCE EN NUESTRO PAÍS EN MATERIA LEGAL RESPECTO A LAS DROGAS**

En México se ha legislado en materia de “consumo” desde la época colonial, siendo el alcohol, la primera droga en ser regulada.

La legislación para las drogas en México está establecida en la Ley General de Salud de 1984, junto con lo que en materia de drogas establece el Código Penal Federal luego de las reformas de 1994. Además, en 1996 se creó la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, que elevó exponencialmente las penas por cualquier delito que se considera cometido en asociación delictuosa. También, el 21 de agosto de 2009 entró en vigor un decreto que reforma la Ley General de

Salud, el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales. El decreto se conoce popularmente como Ley de Narcomenudeo, dado que su principal objetivo es justamente combatir la modalidad del comercio de drogas al por menor. El decreto determina también cantidades máximas de los diversos narcóticos permitidas para el consumo personal.

Así, las reformas hechas en 1994 al Código Penal Federal - junto con lo establecido en la Ley General de Salud - conforman en gran parte la legislación vigente en México en materia de drogas. Un cambio importante introducido por dichas reformas es que desde entonces se habla de narcóticos y los diversos delitos relacionados con éstos ya no se encuentran todos en un mismo artículo. Las penas se aumentaron para los casos de producción, transporte, tráfico, comercio y suministro, que ahora son de un mínimo de 10 y un máximo de 25 años. Pero la pena por siembra, cultivo y cosecha disminuyó. Para el consumo la ley establece que “No se procederá en contra de quien no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193 (Art. 193: se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.), por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal. En el artículo 194 dice que «se impondrá de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días de multa» a quien:

- Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.

- Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

- Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo

- Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

En 1996 se creó la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, que elevó exponencialmente las penas por cualquier delito que se considera cometido en asociación delictuosa. Esta Ley también estableció la figura del arraigo, que en 2008 fue incorporada a la Constitución. El arraigo permite la detención y privación de la libertad de una persona hasta por 80 días, sin ninguna acusación, orden de

aprensión o sin haber sido detenida por cometer un delito en flagrancia, simplemente por ser sospechosa de cometer un delito relacionado con la delincuencia organizada. Las penas y delitos establecidos en los años noventa se mantienen hasta el día de hoy, aunque a partir del 21 de agosto de 2009 sólo para los casos de narcomayoreo.

La Ley del narcomenudeo fue adoptada por el Congreso en abril de 2009 y entró en vigor en agosto de 2009, eliminando todas las sanciones por cantidades para uso personal establecidas así: 5 gramos de cannabis, 2 gramos de opio, 500 miligramos de cocaína, 50 miligramos de heroína o 40 miligramos de metanfetamina. Los usuarios serán sometidos a tratamiento obligatorio solamente después del tercer arresto. [Véase la Tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato, art. 479 Ley General de Salud] La ley de narcomenudeo reforma el artículo 478 de la Ley General de Salud.

Debido a que los umbrales de la dosis personal son muy bajos, se temía que esta ley conllevara a fuertes condenas de cárcel para los que fuesen sorprendidos con cantidades mayores a las que permite la ley, porque se asumirá que son pequeños traficantes incluso si no hay otras indicaciones de que la cantidad poseída estaba destinada a la venta. Por otra parte, la ley aumentó las penas para varias ofensas, como la venta a menores o en los vecindarios de las escuelas. El decreto define también el tráfico de pequeña escala en cantidades de máximo mil veces la dosis de uso personal. Debido a esto, el contrabando por medio de 'mulas' (alguien sorprendido en el aeropuerto que se haya tragado más de 500 gramos de cocaína o más de 50 gramos de heroína) es ahora tratado como tráfico de gran escala, que cae en la categoría de las penas más altas.

Además contamos por supuesto con el marco jurídico normativo en México las normas y disposiciones jurídicas que en materia de reducción de la demanda ha implantado el gobierno mexicano, encuentran su fundamento en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la protección de la salud.

Es importante señalar que el narcotráfico en México tiene sus orígenes a finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX con la llegada de los chinos a las zonas mineras de Sinaloa, ellos sembraron la amapola ( flor utilizada como flor de ornato en patios y jardines), la crisis minera en el Norte del país trajo consigo el uso de la amapola como droga, además de crecer el uso del opio en esas zonas originando la extensión de plantíos en el hoy famoso triángulo dorado de la droga, Sinaloa, Chihuahua, Durango.

Actualmente México además de ser uno de los principales países de tránsito de drogas, es también el mayor productor de marihuana y uno de los principales proveedores de metanfetaminas a Estados Unidos. También es uno de los principales productores de heroína del mundo, la cual se distribuye principalmente en Estados Unidos.

Según el Reporte del Congreso de los Estados Unidos los cárteles de drogas mexicanos controlan aproximadamente un 70% del tráfico de drogas que entra de manera ilegal a Estados Unidos. El departamento de Estado de los Estados Unidos estima que el 90% del tráfico de cocaína que entra a ese país transita por una ruta originada en Colombia y que cruza por México, y que tal situación genera ganancias de entre \$13.6 y \$48.4 millardo de dólares anualmente. Aquí en México, en un principio, se pensaba que el problema del narcotráfico no podía representar una amenaza a la seguridad del país debido, entre otras cosas, a que se consideraba que el número de adictos a estas sustancias era bajo dentro del territorio y que los dólares provenientes de esta actividad no afectaban la economía en México. Sin embargo, en los últimos años se ha visto como el número de adictos y de drogadicción ha aumentado hasta llegar a convertirse en un verdadero problema de salud pública. También, el lavado de dinero se ha convertido en una amenaza debido a que se sabe que el poder económico con el que cuentan los narcotraficantes se usa para sobornar e incluso condicionar al propio gobierno.

Actualmente el problema del narcotráfico es algo central en la mayoría de los medios de comunicación (noticieros, revistas y periódicos) dedicando secciones completas en las que narran sobre enfrentamientos, detenciones, muertos y recientemente de cómo atrae a los jóvenes de México como fuerza de trabajo.

En algunos medios se nos muestra con tanta crudeza los muertos o matanzas que se realizan que nos desensibiliza y ahora lo vemos como algo normal y de todos los días, haciéndonos creer que no podemos hacer nada para evitarlo y que no nos esforcemos en nada por cambiar este problema.

Es un hecho que la violencia en nuestro país ha aumentado terriblemente en los últimos años. La respuesta a esta serie de desafortunados eventos radica en las nuevas políticas que se han asumido con respecto a la erradicación de los cárteles y su influencia.

Una de las propuestas de solución del gobierno del Distrito Federal, es la "la legalización de la Marihuana". Suponiendo que así se desmantelaran los carteles y por el ende el monopolio de las drogas, fomentando así, automáticamente, la competencia perfecta en mercados. Y por el otro lado tenemos las consecuencias

de dichas acciones, el libre consumo de las sustancias y a disposición de cualquier persona que las pueda pagar.

En la actualidad se cuenta con diversos estudios que dan cuenta de la magnitud del problema en México, tales como las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas cada quinquenio desde 1988, en población urbana en edades entre 12 y 65 años de edad.

Asimismo existen encuestas en población estudiantil desde 1976 y se ha instalado un Sistema de Reporte de Información en Drogas, diseñado hace 15 años que registra éstas tendencias; así como un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) que desde 1991 mantiene actualizado el diagnóstico del consumo, así como los reportes de los 72 centros de integración juvenil que existen en todo el país.

En relación con la legislación emitida en la materia en nuestro país, se han establecido innumerables acuerdos, decretos, normas y reglamentos enfocados básicamente a la oferta, es decir, a la aprobación de permisos para la venta, circulación, distribución y consumo (bebidas alcohólicas y tabaco) y sólo en la actualidad se ha legislado en torno a la demanda, la prevención, la rehabilitación y la educación en la materia.

En cuanto al marco jurídico normativo en México las normas y disposiciones jurídicas que en materia de reducción de la demanda ha implantado el gobierno mexicano, encuentran su fundamento en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la protección de la salud.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la que desde 1976 se atribuye a la SSA la competencia de "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra el alcoholismo y las toxicomanías"

## LEY GENERAL DE SALUD

Contiene la mayoría de las disposiciones relacionadas con la reducción de la demanda, que incluye:

- El derecho a la protección de la salud.
- La clasificación de los medicamentos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- El control de su producción y manufactura.
- El control de la disponibilidad, la prescripción y la venta.

- El control de la publicidad.
- Las drogas y el ámbito laboral.
- La obligatoriedad de la educación sobre la materia.
- La regulación de la prestación de los servicios.
- Las sanciones y multas.

## CAPITULO 1

### **LA LEGALIZACION DE LA MARIHUANA EN HOLANDA, EEUU Y MEXICO: SUS BASES Y SUS CONSECUENCIAS.**

A continuación se realiza un breve análisis sobre la evolución de la legalización sobre el consumo de la marihuana en Holanda y EEUU, países que cuentan con la legislación de este estupefaciente desde hace tiempo. Se revisan sus políticas y experiencias al respecto, mismas que llevaron a modificar eventualmente el alcance de la legislación. Se presenta también un cuadro informativo entre estos países que incluye población, superficie territorial, PIB per cápita y tasa de migración neta. Todos factores que en nuestro país se convertirían en motivo de estudio para el éxito o fracaso de la legislación de la marihuana.

#### **HOLANDA**

##### **DATOS GENERALES**

POBLACION	16.730.632 (est)
SUPERFICIE TERRITORIAL	41,530 km <sup>2</sup>
PIB PERCAPITA	35.800 €
TASA DE MIGRACION NETA	2,02 migrante(s)/1.000 habitantes (est.)

##### **ANTECEDENTES Y POLITICAS SOBRE LAS DROGAS**

La revisión de la Ley del Opio de 1976 introdujo la descriminalización legal del cannabis. El consumo dejó de ser un delito y la tenencia de hasta 30 gramos se convirtió en un delito menor, mientras que la tenencia de más de 30 gramos siguió siendo un delito penal. Desde entonces, los cafés (coffee shops) holandeses, donde los consumidores pueden comprar una cantidad limitada de cannabis,

ocupan un lugar altamente simbólico como paradigma de políticas liberales en materia de cannabis. Sin embargo, el fenómeno suele interpretarse erróneamente.

Dentro de sus estrategias, en Holanda para su venta de forma recreacional existen los denominados “coffe shops”, en donde se puede comprar en diversas modalidades (pastelitos, polvo, etc.). Ámsterdam, una ciudad en la que se ubica la tercera parte de todos los establecimientos donde se vende la droga, recibe anualmente unos siete millones de turistas, de los que se estima que medio millón acude a esos “coffe shops”. Sin embargo la Ciudad de Maastricht, cercana a las fronteras belga y alemana, y donde el “turismo de la droga” se considera causante de numerosos problemas de orden público”.

Contra la idea que se tiene, la posesión de cannabis en los Países Bajos (no el consumo) está tipificada como delito. La política holandesa es una descriminalización de la posesión, la compra y la venta de cantidades para el consumo personal de cannabis, así como el cultivo de hasta cinco plantas por persona para consumo personal, aunque de inicio estas actividades no estén permitidas. Esta política está basada sobre el “Principio de Conveniencia”, una opción discrecional dentro del derecho penal holandés que les permite a las autoridades abstenerse de interponer acciones penales.

Esto se rige por las directrices nacionales oficiales, emitidas por la fiscalía que indican:

Se permite la venta minorista de cannabis siempre que los establecimientos de venta cumplan con los siguientes criterios:

- No publicidad manifiesta
- No venta/consumo de drogas duras
- No se permiten disturbios o alteraciones del orden público
- Prohibida la venta a menores
- No ventas mayores a los gramos establecidos por persona.

En los Países Bajos se pasó de una tolerancia a la legalización por posesión y consumo en lugares establecidos, es decir, los coffe shops en los que se vende cannabis. Sin embargo cabe mencionar que los propietarios de los coffe shops deben comprar el cannabis en un mercado que sigue siendo ilegal. Los proveedores todavía pueden ser procesados por transportar cannabis a los coffe shops y es posible detener a los propietarios de los establecimientos por adquirirlo, a pesar de que tienen permitido venderlo.

En 1996 el Gobierno Holandés decidió modificar y limitar las directrices con el fin de conservar la esencia del modelo quedando:

- En la venta se redujo de hasta 30 gramos (5 gramos por transacción)
- Se estableció un límite de 500 gramos de cannabis de posesión en el lugar (por consumidor)

- La edad mínima de admisión en los coffee shops pasó de 16 a 18 años.

Además, el gobierno habilitó nuevos instrumentos legales para que los municipios pudieran reducir la cantidad de coffee shops, entre ellos la opción de prohibirlos (la cantidad de coffee shops sufrió una reducción drástica: de un pico de 1.500 en los inicios pasó a 813 en 2000, hasta llegar a 702 en 2007).

Un dato importante es que a pesar de la venta libre, los niveles de consumo de cannabis son similares a los de los países vecinos, Alemania y Bélgica, y mucho más bajos que en el Reino Unido, Francia y España.

La política referente a las drogas en Holanda se basa oficialmente en cuatro objetivos principales:

1. Prevenir el uso recreativo de las drogas y dar tratamiento y rehabilitar a los consumidores que hagan un uso recreativo de drogas.
2. Reducir los posibles daños que el consumo del Cannabis produce.
3. Evitar/Eliminar disturbios o alteraciones del orden público o a la seguridad ciudadana.
4. Combatir la producción y el tráfico de las drogas recreacionales.

En los Países Bajos la mayoría de los legisladores creen se ha vuelto un problema que carece de resolución, por tanto, es mejor intentar controlar y reducir el daño que continuar con leyes punitivas que tienen diversos resultados. Mientras que en otros países como son Francia y Alemania la postura es que el uso de drogas con fines recreativos es dañino para la sociedad y, por ello, debe quedar al margen de la legalidad y ser combatido. Esta diferencia en sus planteamientos ha producido varias fricciones entre los Países Bajos y otros países de su entorno, especialmente en lo referente a la política sobre el consumo del cannabis. En los últimos años, ciertas variedades de cannabis con muy altas concentraciones de THC y el auge del turismo de droga han forzado a replantear la actual política sobre drogas.

En salud Pública se sabe que la venta a gran escala, la producción, la importación o exportación están perseguidas por ley incluso si sólo proporcionan a los coffee shop la cantidad legal. El método que usan los coffee shop para conseguir las sustancias que venden no suele ser investigado pero es ilegal, generando así una situación contradictoria que facilita la participación en el sector del crimen organizado. Esta contradicción ha dado motivo para cambiar las políticas sobre drogas blandas. En todo caso el cultivo de plantas ha utilizado frecuentemente tecnología de invernaderos para el cultivo ilegal de cannabis, lo cual ha derivado en un incremento de la concentración media de THC de un 9% en 1998 a un 18% en 2005.

El manejo y generación de los coffee shops necesita que sea mejor intercalada dentro del sistema administrativo. Dada la responsabilidad por el orden público y la seguridad, la administración local ha de encargarse de que, estos sitios estén



ubicados y sean explotados en tal forma que causen la menor molestia posible a los ciudadanos. La posibilidad de llevar a cabo una política local de mantenimiento del orden público radica en la limitación a una categoría determinada de sitios, a determinar que los establecimientos de hostelería no se vendan bebidas alcohólicas. Por lo demás, conviene contar también con una reglamentación (local) ulterior a fin de poder agudizar la comprobación preventiva de establecimientos, tanto por lo que se refiere a instalación como a empresario, gerente y administrador. Las personas con antecedentes penales no entran en consideración para ello.

Semejante reglamentación adaptada y los esfuerzos adicionales dirigidos hacia el mantenimiento de la misma, contribuirán a la regulación de la institución coffee shop. Este mantenimiento requiere la celebración de acuerdos entre las municipalidades, la policía y el ministerio Público en una deliberación tripartita. Cabe mencionar que, en la mayor parte de las grandes ciudades, ya se ha decidido reducir radicalmente la cantidad de coffee shops, en muchos casos hasta menos de la mitad del número actual. El gobierno apoya esta operación de saneamiento. En la vecindad de las escuelas ya no se admitirán más coffee shops. En principio, la deliberación tripartita en un determinado municipio, donde no exista una demanda real por tal sitio de venta, podrá elegir por la opción cero.

En mi opinión, Holanda, como país pionero de la legalización de la marihuana, se ha enfrentado en un corto tiempo con la necesidad de modificar su normativa respecto a la venta legal de la sustancia. Considero que una gran ventaja de su forma de manejar el tema es que mantienen el control en cuestión de la distribución y venta de la marihuana. También es notable la evolución en el trato a personas consumidoras, que ya que no son remitidos de primera instancia al ministerio público sino que son canalizados al ministerio de salud para su atención. Sin embargo, también se evidencia que, contrario a lo esperado, el número de consumidores con dependencia a este estupefaciente ha aumentado al grado que rebasa la capacidad de atención de su sistema de salud.

## **ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

### **DATOS GENERALES**

POBLACION	313,9 millones
SUPERFICIE TERRITORIAL	9.826.675km <sup>2</sup>
PIB PERCAPITA	49,965(dólares)
TASA DE MIGRACION NETA	3,62 migrante(s)/1.000 habitantes (est.)

### **ANTECEDENTES Y POLITICAS SOBRE LAS DROGAS**

El estado permite a los adultos mayores de 21 años poseer hasta 28 gramos de esta Cannabis o comprar en las tiendas autorizadas. Los visitantes mayores de 21

años no podrán comprar más 7 gramos en una sola transacción comercial, a pesar de que podrán poseer legalmente los 28 gramos.

Ha manejado su uso en 20 estados como Medicinal, donde solo puede ser prescrito por Medico bajo enfermedades como Cáncer, Glaucoma, etc. Pero recientemente Colorado y Washington han permitido el uso recreacional. La ley también especifica que las tiendas que la comercialicen no deberán tener el cannabis expuesto al público, sino tras los mostradores.

La decisión confirma el cambio de estrategia en la lucha contra las drogas, más centrada en las políticas de prevención y salud que en la persecución de los consumidores.

Se establece la prohibición para su venta a menores o la adquisición por parte de cárteles y bandas pertenecientes al crimen organizado y en prevenir que el Cannabis ya sea utilizado con fines medicinales o recreativos se distribuya en Estados en las que esa actividad está prohibida. El país mira con lupa los problemas normativos, las trabas y las consecuencias sociales y sanitarias de una normativa pionera (Colorado y Washington).

Si los ciudadanos de Colorado mediante votación determinaran si, el Cannabis tendría un impuesto especial del 15%, cuya recaudación estaría destinada a la construcción de escuelas o bien un 10 % añadido a los impuestos locales y estatales para las ventas. En este caso, la recaudación se invertiría en la regulación de la marihuana y nuevos esfuerzos educativos para educar a los niños sobre los efectos y complicaciones del consumo de la misma.

Dentro de las polémicas generadas explican:

Glenn Greenwald: Explica que los individuos que son detectados con drogas ya no son arrestados o tratados como criminales, sino que se les envía a un tribunal de profesionales de salud donde se les ofrece la oportunidad, pero no se les obliga, a recibir un tratamiento brindado por el gobierno. Sin embargo, para los pacientes con una dependencia el Gobierno tiene el poder de imponer sanciones civiles. El consumo de drogas es tratado por el Departamento de Salud en vez de referirse al Sistema de Justicia.

Hickenlooper, que antes se mostró en contra de la legalización de la hierba, consideró hoy tras la firma que se trata de una medida de “sentido común”, aunque dijo creer que el Gobierno federal puede argumentar que la legislación va en contra de las leyes federales sobre drogas.

En este caso, considero que la principal problemática con la que EEUU se ha enfrentado, es que a pesar de que la marihuana está regulada para su distribución y venta como tipo medicinal, esto no ha logrado disminuir el índice de consumidores. Al contrario, se ha notado un incremento en el consumo para uso recreacional y por ende un aumento de pacientes con problema de adicción a esta

sustancia. Además de que no está aún regulada su atención, ya que los consumidores (no controlados de uso medicinal) siguen siendo remitidos y tratados por el ministerio de seguridad pues se consideran un problema de seguridad y de disturbio a la sociedad.

## MEXICO

### DATOS GENERALES

POBLACION	117,409830millones
SUPERFICIE TERRITORIAL	208,849km <sup>2</sup>
PIB PERCAPITA	9,774 \$ (dólares)
TASA DE MIGRACION NETA	3,11 migrante(s)/1.000 habitantes (est.)

### ANTECEDENTES Y POLITICAS SOBRE LAS DROGAS

Durante el Sexenio del Presidente Fox, se habló sobre el tema de la legalización de la marihuana con propósito de disminuir el poder del narcotráfico. La reforma conocido como “Ley de Narcomenudeo”, el de regular, se confundió por la legalización de las drogas, especialmente por establecer una tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato de diferentes sustancias (Vid., Art. 479 de la LGS).

Durante el sexenio, Felipe Calderón comentó que, bajo las recientes discusiones sobre la regulación de las drogas en una sociedad plural y democrática, debe darse un debate sobre su regulación; con ello, abrió la puerta para discutir la posibilidad y conveniencia de legalizar las drogas en nuestro país. Generando una discusión desde diferentes enfoques, muchos de ellos personales y basados en creencias, que más que fortalecer un debate serio y riguroso daban un enfoque prejuicioso y de falsas concepciones.

\*La legislación para las drogas en México está establecida en la Ley General de Salud de 1984, junto con lo que en materia de drogas establece el Código Penal Federal luego de las reformas de 1994. Además, en 1996 se creó la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, que elevó exponencialmente las penas por cualquier delito que se considera cometido en asociación delictuosa. También, el 21 de agosto de 2009 entró en vigor un decreto que reforma la Ley General de Salud, el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales.

### Legislación vigente

Las reformas hechas en 1994 al Código Penal Federal - junto con lo establecido en la Ley General de Salud - conforman en gran parte la legislación vigente en México en materia de drogas. Un cambio importante introducido por dichas reformas es que desde entonces se habla de narcóticos y los diversos delitos relacionados con éstos ya no se encuentran todos en un mismo artículo. Las

penas se aumentaron para los casos de producción, transporte, tráfico, comercio y suministro, que ahora son de un mínimo de 10 y un máximo de 25 años. Pero la pena por siembra, cultivo y cosecha disminuyó, y para el consumo la ley establece que “No se procederá en contra de quien no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse está destinada a su consumo personal” y que “al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicará pena alguna”. Esto significa un cambio significativo con relación a legislaciones previas.

En 1996 se creó la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, que elevó exponencialmente las penas por cualquier delito que se considera cometido en asociación delictuosa. Esta Ley también estableció la figura del arraigo, que en 2008 fue incorporada a la Constitución. El arraigo permite la detención y privación de la libertad de una persona hasta por 80 días, sin ninguna acusación, orden de aprensión o sin haber sido detenida por cometer un delito en flagrancia, simplemente por ser sospechosa de cometer un delito relacionado con la delincuencia organizada. Las penas y delitos establecidos en los años noventa se mantienen hasta el día de hoy, aunque a partir del 21 de agosto de 2009 sólo para los casos de narcomayoreo.

La Ley del narcomenudeo fue adoptada por el Congreso en abril de 2009 y entró en vigor en agosto de 2009, eliminando todas las sanciones por cantidades para uso personal establecidas así: 5 gramos de cannabis, 2 gramos de opio, 0,5 gramos de cocaína, 50 miligramos de heroína o 40 miligramos de metanfetamina. Los adictos serán sometidos a tratamiento obligatorio solamente después del tercer arresto. La ley de narcomenudeo reforma el artículo 478 de la Ley General de Salud.

Debido a que los umbrales de la dosis personal son muy bajos, esta ley podría conllevar a fuertes condenas de cárcel para los que sean sorprendidos con cantidades mayores a las que permite la ley, porque se asumirá que son pequeños traficantes incluso si no hay otras indicaciones de que la cantidad poseída estaba destinada a la venta. Además, la ley aumentó las penas para varias ofensas, como la venta a menores o en los vecindarios de las escuelas. El decreto define también el tráfico de pequeña escala en cantidades de máximo mil veces la dosis de uso personal. Debido a esto, el contrabando por medio de ‘mulas’ (alguien sorprendido en el aeropuerto que se haya tragado más de 500 gramos de cocaína o más de 50 gramos de heroína) es ahora tratado como tráfico de gran escala, que cae en la categoría de las penas más altas.

En esta cuestión es importante a considerar:

La regulación de la cadena de producción-consumo ya que cada una de las fases; producción, transporte, comercio, suministro o consumo, encierran en sí mismas una serie de complicaciones y repercusiones que deberán de contemplarse.

Como el monopolio creado por los narcotraficantes, el incremento en el consumo de la población vulnerable, ha generado un verdadero problema de drogas en nuestro país.

Como las reformas a la LGS art. 479, habla solo sobre cantidad para consumo personal, pero que pasa con los programas de salud Estamos preparados en materia de infraestructura, preparación, especialistas para el tratamiento de la adicción o solo para reducción de daño, pero si toda intervención que no se dirija a la abstinencia favorece e incentiva el consumo generando así un problema de salud pública.

Además de que las estrategias recientes para combatir el narcotráfico han dejado más muertes que los que pudieran registrarse por su consumo. Tan solo el Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN) estima que en los últimos cuatro años se han registrado más de 28 000 mil asesinatos producto de la lucha contra el crimen organizado. Por las muertes, guerrillas y homicidios relacionados con el combate al tráfico de drogas, llevándonos a un problema de Seguridad Nacional.

México es uno de los países con mayor producción de Cannabis en el mundo y su ubicación geográfica lo constituye como un país de tránsito, así como un país productor y consumidor. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el Cannabis es la droga más consumida en nuestro país, que además ha reportado un aumento en su consumo respecto a los años anteriores

Si consideramos que el principal conflicto en materia de seguridad es el narcotráfico, entonces nos situamos frente a un problema de Naciones, debido a que Estados Unidos es el principal país de destino del Cannabis, la droga más producida en México y la más traficada en el mundo, entonces, ¿Qué efectos tendrá legalizar la venta y/o posesión en nuestro país si Estados Unidos mantiene una política prohibicionista en la mayoría de sus estados?

Como ya se expuso, existe una tendencia a regular el uso medicinal del Cannabis en 14 Estados de Estados Unidos de Norte América (California con uso recreativo) pero el tráfico de Cannabis hacia Estados Unidos seguirá ocasionando problemas de seguridad en la frontera de nuestro país a menos que Estados Unidos adopte una política tolerante hacia el consumo, la venta, transporte y posesión de la marihuana.

Basado en lo anterior, considero que, en el caso de México, se debe impulsar una política tolerante y pragmática, orientada hacia resultados tangibles, tales como conocimiento más certero del número de consumidos adictos y mejor infraestructura para su tratamiento a nivel salud y rehabilitación. Si algo está claro después de este análisis comparativo, es que el consumo de drogas muta constantemente en cuanto a las necesidades de los usuarios de las mismas y por lo mismo, las regulaciones deberían ajustarse también conforme se necesite. En nuestro país se habla principalmente del Cannabis, una droga considerada como blanda por los efectos menos perjudiciales en comparación con otras sustancias

prohibidas. Sin embargo, el Cannabis se considera una droga de entrada al consumo de otras sustancias adictivas. De más esta decir que en definitiva cualquier tipo de droga, tanto legal (alcohol, tabaco, cannabis) como ilegal (heroína y demás estupefacientes compuestos) tiene un efecto perjudicial para la salud y deben considerarse nos solo como un problema de seguridad, sino de salud y social.

## **CAPITULO 2**

### **TIERRA CALIENTE MICHOACAN: EL CASO DE LA UNIDAD MOVIL DE PINZANDARAN**

El “Servicio Social” en Medicina es la última fase de la formación de un médico, aquella en la cual se tiene un contacto estrecho con el paciente, sin supervisión de un profesor o tutor, es donde se está solo por primera vez para ejercer bajo su propio criterio, la Medicina.

La experiencia de este año resulta crucial en nuestra formación profesional, aunque las condiciones socioeconómicas en que desempeñamos este trabajo con frecuencia están marcadas por circunstancias que nos estremecen, situaciones

que desconocemos y que no tienen que ver con la atención de un paciente, sino con una comunidad, donde el rol que jugamos no es solo de sanar una enfermedad, si no de entender e involucrarnos en una sociedad y lo que esto representa dentro de los ámbitos económico y político-social.

Para los fines ilustrativos de este documento narraré mi experiencia como Médico Pasante del Servicio Social en la comunidad de Arteaga Michoacán, conocida actualmente como parte de “La Tierra Caliente”, en la Unidad Móvil de Pinzandarán.

Una Unidad Móvil es un equipo de trabajo constituido por un Médico Pasante, un Enfermero pasante y un promotor de salud (que generalmente es una persona originaria y residente de Arteaga Michoacán), así como una unidad de traslado (camioneta). Además se tienen a cargo 10 comunidades de difícil acceso, donde el tiempo estimado de llegada de la sede (Arteaga, Michoacán) a la comunidad es de mínimo 2hrs. Haciendo recorridos por carreteras, brechas y según las condiciones climáticas, caminando o en lancha.

En Agosto de 2006, inicié mi pasantía del Servicio Social en el municipio de Arteaga, Michoacán. Ante cualquier incidente de salud, se llama en primer lugar a las unidades móviles. La instrucción principal es siempre presentarnos uniformados, portando la credencial y siempre trabajar en equipo así como entrar y salir de la comunidad en equipo y en el vehículo oficial o acompañados del líder de la comunidad. Yo tuve a mi cargo una de estas unidades móviles.

En las comunidades, el primer reto al que me enfrenté fue que las “Casas de Salud” en su mayoría eran de adobe, lo que permitía la proliferación de insectos y alacranes. Más delicado aun es el hecho de que los medicamentos se encontraban expuestos pues no había gabinetes aptos para guardarlos y los medicamentos que nosotros llevábamos desde Arteaga llegaban muchas veces en mal estado, principalmente por las altas temperaturas y por no tener las condiciones adecuadas para su traslado. En cuanto a equipamiento, las mesas de exploración eran catres y los “Auxiliares de Salud” designados no contaban con la adecuada capacitación para llevar a cabo sus tareas. La mayoría no contaban ni con la primaria terminada.

Durante mis recorridos de trabajo me pude dar cuenta de las condiciones deplorables de las escuelas primarias. En la mayoría ni siquiera había maestros y cuando si lo había, era uno solo que impartía todos los grados al mismo tiempo y en la misma aula. A nivel higiene, las escuelas no contaban con servicios de saneamiento básico, es decir, ni siquiera tenían letrinas.

Otro contraste que viví fue que dentro del área de mi responsabilidad había 3 comunidades que no tenían electricidad, siendo que la hidroeléctrica se encuentra en la misma zona. Estas 3 comunidades son las de más difícil acceso (exclusivamente por brecha) y eran totalmente inaccesibles durante la temporada de lluvias debido a los deslaves que sucedían en los caminos de terracería. Como médico, era angustiante recibir solicitudes de ayuda para atender desde una fractura hasta un parto y simplemente no poder llegar al lugar donde se encontraba el paciente.

Creo que parte de mi decisión de estudiar las adicciones viene de las experiencias vividas en mi año de Servicio Social. La primera vez que tuve un contacto directo, no con un adicto, pero con el origen de todo un “sistema” de narcotráfico fue una ocasión en que mi Unidad Móvil quedo varada a mitad de brecha y fuimos socorridos por habitantes de la comunidad más cercana. Vinieron 3 personas en una camioneta, último modelo, que fue en la que nos trasladaron a la “Casa de Salud” donde nos esperaban para la consulta. Fue en la noche, cuando estaba de vuelta en Arteaga, que la enfermera me explico que esos vehículos pertenecen a los grupos de narcotraficantes que controlan la zona. Se les otorgan a los “cuidadores” de los sembradíos de marihuana. Hacía apenas 3 semanas que había iniciado mi año de Servicio Social.

Con el correr de los días y semanas, quedo claro que era justamente en las comunidades de más difícil acceso que se encontraban los sembradíos de marihuana. Estos sembradíos son el eje económico de las comunidades, pues los habitantes tienen ahí su fuente de trabajo y por tanto de ingresos. Sus labores comprenden desde la siembra, cuidado y cultivo de las plantas, así como el “empaquetado” del producto. Estos sembradíos están siempre vigilados, por los mismos habitantes.

Si bien nunca vi directamente los plantíos (porque están convenientemente localizados fuera de toda área habitada), en un par de ocasiones nos encontramos con “mercadería” guardada dentro de las “casas de salud”. Nadie daba explicaciones al respecto y era claro que no debían pedirse. Lo único de lo que se nos alertaba a nuestra llegada, era de que si se presentaban militares, no se les permitiría la entrada a la Casa de Salud bajo ninguna circunstancia. Nosotros estábamos absortos en las consultas, con lo cual nunca tuve tiempo para pensar en el asunto, pero ahora me doy cuenta de la suerte que tuve de nunca cruzarme con ningún militar en mis recorridos.

Dentro del área de mi responsabilidad, detecte un número creciente de mujeres menores de edad con Enfermedades de Transmisión Sexual, infecciones vaginales y embarazos no deseados (“porque no podrían trabajar la siguiente



temporada”). El motivo es que las menores y mujeres de la comunidad eran ofrecidas como acompañantes a los militares o narcotraficantes, que iban a la zona en temporada de cultivo. Esta práctica es considerada como “normal” dentro de las comunidades, que lo viven como una consecuencia lógica del origen de su ingreso económico. Más desolador es que incluso para las menores esto se ha convertido en una forma “normal” de vida.

Otro duro golpe de realidad fue padecer la escasez de insumos para desempeñar mi trabajo. Aunque en el programa de Equipos de Salud Itinerantes apareciera como parte de nuestro kit, la verdad es que siempre estábamos cortos tanto de medicamentos como de equipo y personal capacitado para las diferentes situaciones que debíamos enfrentar. Por ejemplo, no existía manera de atender un parto adecuadamente pues no se contaba con las herramientas necesarias y las parteras no estaban capacitadas. Yo llegue a atender un parto a mitad de la brecha en condiciones insalubres y teniendo que ligar el cordón umbilical con las agujetas de mis tenis. Otra frustración “clásica” era tener que atender a un paciente por picadura de alacrán y darse cuenta que no teníamos el medicamento necesario en el inventario de la camioneta pues se había ya agotado y no habíamos recibido aún reposiciones.

Se volvió común encontrarnos en las brechas a conjunto de militares que a punta de rifle nos exigían ver nuestras credenciales y al reportarnos de servicio médico, exigían valoración médica, aplicación de vacunas o algunos medicamentos, lo que también ocasionaba escasez de medicamentos que originalmente estaban destinados a los pacientes de las comunidades y no a los militares!

El año de Servicio Social fue para mí una experiencia reveladora en muchos sentidos. En el aspecto profesional, me hizo fuerte para afrontar con escasos recursos cientos de casos médicos, desde simples resfríos hasta heridas de bala y me obligo a hacerme pragmática e innovadora en la resolución de los mismos. A nivel personal, una profunda indignación por las condiciones de vida de estas comunidades, que han debido buscar la forma de sobrevivir a través de “negocios” con cárteles de narcotráfico. En mi mente siguen resonando las palabras sobre su fidelidad hacia sus “patrones” de uno de los pacientes que me toco atender por fractura de fémur tras un enfrentamiento con militares:

“Ellos (los narcotraficantes) nos han ayudado, nos dan para comer, nos pagan por cuidar los plantíos, nos dieron camionetas para llegar al pueblo y han dado trabajo a mis hijas”

Pero, ¿no era todo esto una labor de nuestro gobierno? Proveer de seguridad, alimentación y desarrollo a las comunidades.

Las guerrillas, que marcan siempre un fenómeno social. Por su estructura clandestina, por su capacidad de fuego, por su configuración como fuerzas de autodefensa o ejércitos populares, la opinión pública, los discursos oficiales y los análisis de gobierno eliminan sistemáticamente la vinculación de la guerrilla con procesos sociales concretos y la convierten en delincuencia o criminalidad inexplicable. Las fallas de seguridad nacional no pueden reducirse por ello a la lenta o fallida detección militar o policiaca de focos guerrilleros. Para que desaparezcan organizaciones no bastan medidas militares. Con la hipotética desaparición de los grupos guerrilleros o las autodefensas, no desaparecerían las necesidades sociales y políticas de México ni la pobreza y la corrupción que son en sí mismas la injusticia institucionalizada que llamamos paz y estabilidad social.

Cabe mencionar que un Equipo de Salud Itinerantes, es una alternativa para las localidades de difícil acceso y sin cobertura formal de servicios de salud, es la operación de las unidades médicas móviles, cada una constituida por al menos un médico, una enfermera y un promotor. Estas unidades otorgan el “Paquete Básico de los Servicios de Salud”; además de otras acciones tales como: Consulta General, Referencia y Contra Referencia de Pacientes y Vigilancia Epidemiológica a las localidades que visitan. En cada Comunidad deberá siempre existir una Auxiliar de Comunidad adiestrada y cuando existan los medios, también una Casa de Salud.

Las acciones que conforman este paquete agrupan actividades de promoción a la salud, prevención de enfermedades, atención y rehabilitación dirigida al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Se aplicaban estrategias de atención orientadas a la salud del niño, adulto y el anciano, entre ellas Planificación Familiar, Vigilancia de la Nutrición y Crecimiento Infantil, prevención y control de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, capacitación Comunitaria para el Autocuidado de la salud. Sin embargo no existían programas ni estrategias sobre el tema de las adicciones.

Cada Unidad Móvil tiene a su cargo 10 comunidades, que se organizan con una sede, que será también el nombre de la Unidad Móvil, y 10 subsedes, además de Comunidades Satélites, que acudirán a una Sede para recibir los beneficios del programa. A continuación narro algunas de las características de las mismas, que considero importantes ya que se resalta que en las comunidades de más difícil acceso se cuenta con pozos y norias, patrocinados por los narcotraficantes. Además de las diferencias en cuanto a flora y fauna que hacen ideales para el cultivo de marihuana a estas comunidades de más difícil acceso.

## CARACTERISTICAS DE LAS COMUNIDADES A MI CARGO <sup>2</sup>

### PINZANDARAN

LOCALIZACION Y LIMITES	Huindure, Infiernillo y Toluquilla, a pie de carretera Infiernillo las cañas.
MED. COMUNICACIÓN	Telefonía rural, a pie de carretera
HIDROGRAFIA	Laguna de Pinzandaran
EDUCACION	Cuenta con escuela primaria (70-75%) 20%analfabeta)

### TOLUQUILLA

LOCALIZACION Y LIMITES	A dos o 3hrs de Arteaga. Limites, Espadin, Sauz, tres tubos
MED. COMUNICACIÓN	Por medio de brechas
HIDROGRAFIA	Arroyo (solo en temporadas de lluvia)
EDUCACION	Kínder y Primaria (80% de las madres son analfabetas)
FLORA Y FAUNA	Arboles de Huisache, pachonas y cactus, Fauna, venados, jabalíes, ganado vacuno. Fauna nociva víboras de cascabel y alacranes.

### CERRO DE LA LUMBRE

LOCALIZACION Y LIMITES	Al norte de Arteaga, a 1275mts sobre el nivel del mar.
MED. COMUNICACIÓN	Por medio de brechas.
HIDROGRAFIA	Norias y pozos
EDUCACION	Escuela Primaria (30% población)
FLORA Y FAUNA	Animales de corral, fauna silvestre iguanas, paitas, tejones, venados, pumas, jabalíes. Flora, arboles de Parota, Ceiba, Huizachez.

### PLATANITO

LOCALIZACION Y LIMITES	A 2KM de la carretera Arteaga-Las cañas, limita con puerto de San Simón y el descansadero.
MED. COMUNICACIÓN	Por medio de brechas, cuenta con telefonía rural.
HIDROGRAFIA	Pozos de agua.
EDUCACION	Kínder y Escuela primaria (40% de la población es analfabeta)
FLORA Y FAUNA	Ganado caprino, aves de corral, fauna silvestre, venados, jabalíes, alacranes, tarántulas.

### PALO PINTADO

LOCALIZACION Y LIMITES	Sobre la carretera Arteaga las Cañas
MED. COMUNICACIÓN	Terrestre, carretera asfaltada
HIDROGRAFIA	Pozos de agua para la comunidad
EDUCACION	Proporcionada por CONAFE y PROGRESA, acuden a las cañas para su educación
FLORA Y FAUNA	Árboles frutales, cactus, Fauna, venados, armadillos, tejones, víboras, alacranes, tarántulas.

### PASO DE LA GOLETA

LOCALIZACION Y LIMITES	300mts sobre el nivel del mar, por infiernillo.
MED. COMUNICACIÓN	Terracerías (3hr aprox.) o marítimo lancha (40min de infiernillo)
HIDROGRAFIA	Arroyos y afluencia del rio Balsas/Presa de Infiernillo
EDUCACION	Escuela Primaria (20% analfabeta)
FLORA Y FAUNA	Fauna, venados, jabalíes, iguanas, paitas, Flora, cactus, Cueramo y Pinzanes

### ANTUNEZ

LOCALIZACION Y LIMITES	En la carretera Arteaga las Cañas , de las desviación 2hrs de brecha
MED. COMUNICACIÓN	Por medio de brechas
HIDROGRAFIA	Se acarrea el agua de un arroyo (2km)
EDUCACION	Escuela primaria (20% analfabeta)
FLORA Y FAUNA	Fauna, Aves de corral, venados, huilotas, armadillos. Flora, árboles frutales

### EL HUINDURE

LOCALIZACION Y LIMITES	Carretera Infiernillo- las cañas, limita con Pinzandaran, Tres Tubos y Toluquilla
MED. COMUNICACIÓN	Autobuses, a pie de carretera.
HIDROGRAFIA	Arroyo y presa de Infiernillo.
EDUCACION	Kínder y Escuela Primaria
FLORA Y FAUNA	Flora, cactus y matorrales, Fauna venados, jabalíes coyotes, alacranes y

	víboras.
--	----------

### **CAMPO DE AVIACION**

LOCALIZACION Y LIMITES	Al norte de Arteaga por brecha a 3hrs aprox. 970mts sobre el nivel del mar.
MED. COMUNICACIÓN	Solo por brechas.
HIDROGRAFIA	Pozos y Norias
EDUCACION	Cuenta con primaria (para las comunidades Campo de Aviación, la Ordeña y los Capires)
FLORA Y FAUNA	Fauna, ganado vacuno y caprino, aves de corral y Fauna Silvestre, armadillos, tlacuaches y paitas, Fauna nociva, reptiles, alacranes, tarántulas) Flora, matorrales

### **EL SAUZ**

LOCALIZACION Y LIMITES	Al norte de Arteaga
MED. COMUNICACIÓN	Por medio de brechas.
HIDROGRAFIA	Arroyo (solo en época de lluvia con corriente) y Norias.
EDUCACION	Escuela Primaria (35% analfabeta)
FLORA Y FAUNA	Fauna, chivos, puercos y ganado vacuno, Fauna silvestre, venados, jabalíes. Flora Huizaches y los cactus.

## Capítulo 3

### **En sistema de Salud y Tendencia de Adicciones.**

Para tomar una decisión, lo mejor es contar con la mayor cantidad de información posible referente al tema sobre el que se pretende decidir. En este caso, es de mucha ayuda contar con un marco en sistema de Salud y Tendencia de Adicciones.

#### MEXICO

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la que desde 1976 se atribuye a la SSA la competencia de "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra... el alcoholismo y las toxicomanías..."

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar el los Programas Nacionales contra la Fármaco dependencia, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y el Tabaquismo, "a través de los cuales promueve, fomenta y apoya las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y atención integral de las adicciones y problemas de salud pública asociados".

A partir de su creación, el CONADIC comienza a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inicia el establecimiento de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones (CECA y COMCA).

En 1997, el CONADIC estableció un servicio telefónico gratuito que proporciona información sobre servicios preventivos, de tratamiento y de capacitación en materia de cualquier tipo de sustancia. Con el apoyo de Fundación Azteca, este servicio se reestructura en 1999 para contar con 22 líneas conectadas en red con un sistema computarizado y responder con mayor oportunidad y eficiencia las solicitudes de la población de todo el país durante las 24 horas de todos los días

del año. Al constituirse como una Red de Redes nacional, este servicio ya está vinculado con más de 300 instituciones, entre las que destaca CIJ, Drogadictos Anónimos y otros centros privados, con lo que se ha integrado una base de datos con información sobre más de 17 mil centros de atención a las adicciones.

#### Actividades de prevención

- Modelo preventivo Construye tu vida sin adicciones
- Programas dirigidos a poblaciones por grupos de edad
- Red de Asociaciones Estudiantiles Construye tu vida sin adicciones
- Apoyo a programas juveniles comunitarios
- Concursos de campañas preventivas
- Materiales preventivos (Guía de prevención para maestros, Guía de prevención de las adicciones para padres).
- Campañas en medios de comunicación
- Campaña ¿Adicto yo?
- Campaña Vive sin drogas de Fundación Azteca

#### Actividades de tratamiento y rehabilitación

1. Detección y canalización de casos
2. Información sobre recursos de tratamiento.
3. Atención especializada a los farmacodependientes

#### ACCIONES DE NORMATIVIDAD

Las actividades de salud deben cumplir con requisitos que aseguren un mínimo indispensable de calidad en los servicios e intervenciones con miras a la protección de la población. En el caso de las adicciones, como se ha visto, en México se ha ido presentando un elevado número de iniciativas de prevención y tratamiento como parte del interés creciente que este problema fue despertando en distintos sectores sociales y privados. Por ello, se vio la imperiosa necesidad de establecer criterios y lineamientos básicos para el adecuado desarrollo de las

acciones. Además, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, en 1992, emitió la Ley de Metrología y Normalización, en la que establece que las normas técnicas deben ser sustituidas por Normas Oficiales Mexicanas.

- Norma Oficial Mexicana
- Desarrollo de lineamientos y recomendaciones
- Propuesta de medidas que incidan sobre la disponibilidad y consumo de ciertas sustancias
- Base de datos sobre legislación en materia de adicciones

Sin embargo La ENA 2011 reporta:

Las tendencias nacionales del consumo de drogas en el año 2011.

Tendencia de Fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado en la población de 12 a 65 años.

La ENA 2011 reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado.

Tendencias nacionales del consumo de alcohol.

Los resultados nacionales sobre consumo de alcohol para la población total y por sexo. Con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3% , la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%.

Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre



2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7% .

Tendencia en otras drogas.

Los resultados nacionales para la población total de 12 a 65 años. La prevalencia pasó de 1.6% a 1.8%, incremento que no es estadísticamente significativo. Asimismo, el consumo de drogas ilegales es de 1.5% muy similar al encontrado en 2008.

Con relación a las drogas específicas, la marihuana se mantiene como la de mayor consumo con una prevalencia del 1.2%, y con relación al 2008, no hubo un incremento estadísticamente significativo en la población general, pero sí en los hombres en quienes el consumo pasó de 1.7% a 2.2%. La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%, similar al 2008. El consumo en el último año de las demás drogas sigue siendo mínimo, abajo del 0.2%.

Por otra parte, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas en esta población durante el último año es del 0.7%, muy similar a la que se tenía en el 2008. En términos del crecimiento poblacional, se han agregado 100,000 personas como dependientes en este período (pasa de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011). Y son los hombres los más afectados en la dependencia al consumo de drogas (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%).

Por lo que a pesar de que se ha avanzado en la materia, queda claro que no estamos preparadas para la atención ni en el ámbito capital humano ni en el de infraestructura para el seguimiento de pacientes consumidores, ya que nos rebasa en sobre medida de acuerdo a la ENA con respecto a los programas y servicios que contamos.

Lo que indica la ENA es contundente: actualmente nuestro país no cuenta con los programas adecuados ni los servicios suficientes para dar atención, seguimiento y tratamiento en calidad de pacientes a los consumidores adictos a las drogas.

## CONCLUSIONES

### CONCLUSION 1

Sabemos que a la hora de tomar decisiones, México se debate entre un muy arraigado doble moralismo, una ignorancia social profunda y una falsa creencia de que somos una sociedad progresista. Las drogas se han convertido en un gravísimo problema de violencia incontrolable e inestabilidad política en nuestro país lo que genera óptimas condiciones para sostener el mercado ilegal de drogas en México. Este clima catastrófico es costosísimo en términos económicos y de vidas humanas pues sabemos que la drogadicción es un problema de salud que cobra 200 mil muertes al año. La pregunta es, ¿qué haremos al respecto?

Si bien la iniciativa para la legislación del uso de la marihuana está siendo discutida, me parece claro que la misma solo considera el área de control en cuanto a la seguridad, dejando fuera aun lo concerniente a la prevención y a la creación de infraestructura para la atención a nivel salud de aquellos consumidores adictos.

Lo anterior deja de manifiesto que a pesar de que se legisle sobre el uso de la marihuana, nuestro país no presenta aun las condiciones sociales, económicas, jurídicas y de seguridad adecuadas para que la legislación resuelva por sí misma la problemática de uso de la marihuana en la que estamos inmersos.

### Conclusión 2

La lucha contra el narcotráfico en México pasa por un momento crítico. En los últimos años el gobierno ha hecho un gran despliegue de capital humano y recursos para tratar de erradicarlo y en apariencia, no ha tenido el éxito deseado.

Desde mi experiencia, habiendo trabajado en comunidades rurales muy apartadas de cualquier ciudad, en el territorio denominado “Tierra Caliente”, puedo hacer constancia de que hay un factor social que hace que el primer eslabón de la cadena del narcotráfico no pueda ser controlado por el gobierno. Dicho factor es la lealtad que los habitantes de comunidades enteras demuestran hacia los narcotraficantes. Esto no es un hecho al azar. En realidad es tan simple como que son los narcotraficantes quienes proporcionan hoy en día la fuente de trabajo (y por ende de ingresos) a varias comunidades. Además, al ser una organización amafiada, los narcotraficantes ofrecen seguridad a cambio de esa lealtad. Los sembradíos clandestinos de marihuana son el eje sobre el cual gira la supervivencia de familias enteras. Los narcotraficantes son vistos como “benefactores” y por ende, cuando el gobierno pretende recibir ayuda de parte de los habitantes de estos lugares, se topan con negación de los hechos o simplemente con indiferencia hacia su presencia.

Mientras el gobierno no logre satisfacer las necesidades primarias de estas comunidades marginadas, nunca podrá considerarlas como aliadas en la lucha contra el narcotráfico. Después de asegurar lo mínimo necesario para una vida digna (vivienda, salud, trabajo, seguridad, educación), apenas ahí se podrá poner en marcha algún plan de concientización sobre el alcance de las drogas. Los habitantes de las comunidades podrían ver así por si mismos que el estilo de vida impuesto por su situación actual no es lo “normal” ni la única alternativa.

### Conclusión 3

Creo que algunos de los beneficios que la legalización del uso de la marihuana en México, a nivel social y de seguridad podría ser:

- La imposición de una edad mínima para tener acceso a la marihuana. Lo que potencialmente disminuiría la incursión en el consumo en toda persona menor de edad.
- Habilitación de zonas reguladas para el consumo de la marihuana. Lo que permitiría tener control sobre el producto vendido y los consumidores no disturbarían el orden público.

Sin embargo, también creo que lo anterior no es suficiente para estar a favor de la legalización de este estupefaciente pues el problema de salud que representa no está siendo atacado en la misma.

Actualmente nuestro sistema de salud no cuenta con la adecuada infraestructura ni capital humano para lidiar con el grave problema de adicción al consumo de la marihuana (y demás sustancias estupefacientes ilegales existentes). Si el consumo se legaliza, estaremos en desventaja ante la situación pues carecemos de programas adecuados de tratamiento y rehabilitación, ni hablar de métodos de prevención y de educación que informen de manera documentada desde una temprana edad a los ciudadanos sobre el uso y abuso de la marihuana y demás sustancias tóxicas.

## CONCLUSION GENERAL

A través de la creación de este documento, he hecho un breve análisis de la situación en cuanto a legislación del uso de la marihuana tanto en Holanda, y EEUU como en México. De este análisis concluyo que la legislación conlleva beneficios pero que al mismo tiempo requiere de constantes revisiones para irse adaptando al cambiante entorno del consumo de drogas y de las sociedades. También deja en evidencia que México está aún lejos de tener infraestructura y niveles de tolerancia parecidos a los de Holanda o EEUU.

Otro punto importantísimo y que influye ampliamente en la realidad de uso y abuso del consumo de drogas en México, puntualmente de la marihuana, es que a nivel de desarrollo social, y como pude vivirlo durante mi servicio social, contamos con una falencia de recursos básicos en comunidades marginadas que genera un lazo estrecho entre necesidad (de las comunidades) por sobrevivir y aprovechamiento de la necesidad por parte de los narcotraficantes. Mientras exista gente que dependa del trabajo (ilegal) ofrecido por los narcotraficantes para subsistir, no se podrá pensar en que el gobierno salga victorioso en su lucha contra las drogas.

Creo que un primer paso es darnos cuenta de lo que vivimos, entenderlo y buscar en conjunto una solución que permita atacar el problema de raíz y no solo sus causas. Es claro para mí que la formación de capital humano dentro del área de adicciones es una pieza importante dentro del área de la salud pública, tanto para la prevención como para el tratamiento de los consumidores que abusan de la marihuana. Yo espero contribuir positivamente al respecto y ser parte del cambio.

## BIBLIOGRAFIAS

1. Apéndice 1  
PONENCIA, LA CULTURA DE LA LEGALIDAD, CIJ  
Lic. Karime Karam Blanco
2. Apéndice 2  
DIAGNOSTICO DE SALUD, UNIDAD MOVIL PINZANDARAN  
Dra. Elizabeth Sámano Marín
3. SEGURIDAD NACIONAL Y SEGURIDAD INTERIOR  
Arturo Alvarado y Mónica Serrano
4. Word Drug report, 2006, Chapter 2.3
5. The Netherlands: Health System Review 2010. European Observatory on Health Systems Policies.
6. Propuestas de regulación al problema de los precios. Superintendencia de Salud, Octubre 2009.

## **POLITICAS DE DROGAS/ DIRECCIONES ELECTRONICAS**

7. EMCDDA: National report 2007: Netherlands; Dutch cannabis policy challenged
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219559>.
9. <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/>
10. <http://www.rnw.nl/espanol/article>
11. <http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/248-mexico>
12. <http://www.druglawreform.info/es/inicio/tag/7-mexico>
13. Juan Pablo García Vallejo: <http://www.drogasmexico.org>
14. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-3.htm>
15. [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011)

Iniciativa “Que reforma y Adiciona diversas disposiciones de la Ley General de salud y el Código Penal Federal” presentada por el Diputado Víctor Hugo Círigo Vásquez.