

Derecho, Salud y Bioética

Manuel H Ruiz de Chávez
Erika Salinas de la Torre
Gustavo Olaiz Barragán
coordinadores

BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULARIZACIÓN DE LA MARIHUANA



editorial
fontamara

**BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA
EN LA REGULARIZACIÓN
DE LA MARIHUANA**

Derecho, Salud y Bioética

Dirigida por
Asunción Álvarez, Roberto Blancarte, María Casado,
Jorge Linares y Rodolfo Vázquez

BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULARIZACIÓN DE LA MARIHUANA

**Manuel H Ruiz de Chávez
Erika Salinas de la Torre
Gustavo Olaiz Barragán
(coordinadores)**

editorial
fontamara



ITAM



 Observatori de
Bioètica i Dret
L'observatori de l'ètica

Primera edición: febrero 2017

Esta colección es arbitrada por pares académicos,
mediante dictamen ciego.

Diseño y realización de la cubierta

Jacqueline Pérez

jacqueline@fontamara.com.mx

Reservados todos los derechos conforme a la ley

© Manuel H Ruiz de Chávez, Erika Salinas de la Torre,
Gustavo Olaiz Barragán, *et al.*

© Distribuciones Fontamara, S. A.

Av. Hidalgo No. 47-B, Colonia Del Carmen

Deleg. Coyoacán, 04100, Ciudad de México

Tels. 5659•7117 y 5659•7978 Fax 5658•4282

Email: contacto@fontamara.com.mx

www.fontamara.com.mx

ISBN 978-607-736-372-9

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA

MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ

ERIKA SALINAS DE LA TORRE

GUSTAVO OLAIZ BARRAGÁN

Coordinadores

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

José Narro Robles

Comisión Nacional de Bioética

Presidente del Consejo

Manuel H Ruiz de Chávez

Consejeros

Paulette Dieterlen Struck

Lizbeth Sagols Sales

Enrique Beascoechea Aranda

Martha Tarasco Michel

Patricio Santillán Doherty

Ana Cecilia Rodríguez Luna

PRESENTACIÓN

JOSÉ NARRO ROBLES
SECRETARIO DE SALUD

El fenómeno mundial del consumo y producción de drogas, en específico de la marihuana, tiene diversas afectaciones en el ámbito de la salud y en la esfera del individuo, que deben ser consideradas al momento de establecer una regulación al respecto.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 informó que desde 2002 el uso de la marihuana aumentó de 0.8 a 1.5 por ciento de la población. Se estima que actualmente en México hay 5.7 millones de consumidores de marihuana; además de que 17.2 por ciento de los estudiantes de secundaria y preparatoria la han probado, así como 3.3 por ciento de alumnos de escuelas primarias.

En nuestro país, esta problemática cobró especial importancia a partir de la resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la que se determinó otorgar el amparo a un grupo de personas para la realización del consumo personal con fines recreativos; y en 2015 por el *caso Grace*, en el cual un Juzgado de Distrito otorgó un amparo a los padres de una menor a efectos de que se les permitiera la importación y uso de un medicamento con cannabidiol (CBD), componente de la marihuana, para el tratamiento del síndrome de Lennox-Gastaut que padece su hija.

Con estos antecedentes y la necesidad de definir mediante una deliberación democrática tanto las políticas como las acciones que deben ser adoptadas por el Estado mexicano, el 9 de noviembre de 2015, el C.

Presidente de la República instruyó generar un debate amplio, especializado, representativo e incluyente con el propósito de que las diversas voces y posturas de los ciudadanos de nuestro país respecto del uso de la marihuana fueran debidamente escuchadas.

Como resultado del debate nacional, el ejecutivo federal identificó cinco posiciones constantes:

- *Primera.* La necesidad de atender el tema de las drogas, en general, y el de la marihuana, en particular, desde la perspectiva de los *derechos humanos*.
- *Segunda.* La pertinencia de que el consumo de marihuana se atienda desde una óptica de *salud pública*.
- *Tercera.* La conveniencia de que las adicciones sean tratadas con prevención y soluciones terapéuticas integrales, *sin criminalizar* a los consumidores.
- *Cuarta.* La necesidad de reforzar las acciones para *prevenir el consumo* de drogas, incluyendo la marihuana, especialmente las campañas orientadas a *niños y jóvenes*.
- *Quinta.* La utilidad de facilitar el uso de las sustancias activas derivadas de la marihuana, para *finés terapéuticos y de investigación científica*.

El consumo de marihuana es nocivo para la salud, especialmente en personas menores de 23 años, al afectar el desarrollo de funciones fundamentales del orden cerebral —como problemas de memoria, aprendizaje y cambios de la personalidad—, sin embargo, no se deben perder de vista los beneficios terapéuticos potenciales de sus derivados. Debemos enfrentar, entonces, el desafío de la regulación del uso médico de la marihuana con franqueza y evidencia científica, haciendo a un lado la consigna del todo o nada y privilegiando la salud por encima de otros elementos.

El gobierno federal mantiene su responsabilidad en la lucha contra el narcotráfico, como también en materia de prevención del uso y abuso de sustancias adictivas. Lo que se pretende es conformar un nuevo modelo regulatorio, que permita implementar mejores posibilidades terapéuticas, mayor investigación y desarrollo en la materia, al tiempo que se deje de criminalizar y perseguir al consumidor.

Las instituciones públicas que integran el sector están preparadas para asumir su responsabilidad de cara al desafío de implementar una regulación en la materia. México está preparado para contar con los mecanismos de importación y para tener una industria farmacéutica que fabrique medicamentos con componentes derivados de la marihuana, al igual que para establecer las reglas para su producción.

La Secretaría de Salud instrumentará las medidas necesarias, desde la puesta en marcha de programas preventivos eficientes, con la coordinación para mejorar nuestra capacidad de atención médica a quienes lo requieran, hasta la elaboración de registros y controles especiales para medicamentos con cannabinoides.

Por último, merece un reconocimiento especial la Comisión Nacional de Bioética por sumarse a los esfuerzos del gobierno federal por informar y sensibilizar a la sociedad sobre los aspectos éticos en torno al uso de la marihuana, a fin de combatir las expresiones de ignorancia y la estigmatización que obstaculizan el desarrollo de la salud en nuestro país.

PRÓLOGO

MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ

COMISIONADO NACIONAL DE BIOÉTICA

Una de las líneas estratégicas de la Comisión Nacional de Bioética consiste en el fortalecimiento y actualización de la legislación en salud. Bajo este concepto, la Comisión ha promovido el análisis de las implicaciones éticas de problemáticas emergentes en el ámbito de la salud, la investigación científica y el desarrollo tecnológico, con la participación de expertos del ámbito nacional e internacional, a fin de informar e influir en los tomadores de decisión, como también para sensibilizar a la sociedad.

La Comisión Nacional de Bioética, atendiendo al compromiso del Secretario de Salud ante el ejecutivo federal para darle centralidad a la salud en el tema de la regulación de la marihuana en México, y con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), realizó un programa de actividades académicas encaminadas a fortalecer la reflexión bioética respecto a dicho tema, para generar, de esta manera, propuestas de políticas públicas fundamentadas en los principios éticos, el respeto de los derechos humanos y la salud pública.

El concepto de este programa es inédito y se logró con el apoyo de un Comité Técnico Consultor,¹ quienes contribuyeron a identificar oportu-

¹ Integrado por especialistas del ámbito nacional como el Dr. Patricio Santillán Doherty, la Dra. Paulina Rivero Weber, el Dr. Enrique Beascochea Aranda y el Dr. Malaquías López Cervantes.

nidades y riesgos ante el reto de implementar un modelo regulatorio del cannabis en nuestro país, a partir de un enfoque bioético.

En primera instancia, se realizó el Seminario *Bioética y salud pública en torno a la regulación de la marihuana*, con la participación de especialistas de renombre, en el que se abordaron los siguientes ejes temáticos:

1. Ponderación entre Salud pública y autonomía en torno a la regulación de la marihuana.
2. Bioética y políticas en salud respecto de la reducción del daño en el consumo de cannabis.
3. Ética de la investigación y uso médico de la marihuana.

No se trata de ser permisivos, sino de abordar el tema desde un enfoque de salud pública, enmarcado en los derechos humanos, realizando un análisis bioético y jurídico en torno a los límites del derecho a la libre determinación de las personas, por un lado, y el derecho a la salud, por el otro.

Asimismo, con el objeto de elaborar una propuesta que contenga las políticas en salud pública y las estrategias para responder a los problemas de salud asociados con el consumo de la marihuana en México, se llevó a cabo una sesión de trabajo con un grupo de expertos, conformado por miembros del Consejo Técnico Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética, los ponentes internacionales invitados al Seminario y representantes de otras dependencias de la Secretaría de Salud.

La presente obra, que compendia tanto las reflexiones que se presentaron durante el Seminario, como las conclusiones derivadas de la reunión del grupo de expertos, no sólo forma parte de la estrategia de difusión de la CONBIOÉTICA, cuyo propósito consiste en generar herramientas que sirvan para la capacitación continua de los integrantes de los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación, como también de las comisiones estatales a nivel nacional, sino que constituye además un valioso referente para los tomadores de decisiones en la formulación del marco regulatorio del cannabis en nuestro país.

SE EXTIENDE UN SINCERO AGRADECIMIENTO

Al Secretario de Salud, Dr. José Narro Robles, promotor incansable del diálogo democrático e incluyente sobre los grandes problemas que atañen a nuestra sociedad.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), especialmente al Dr. Enrique Cabrero Mendoza y a la Dra. Julia Tagüeña Parga, por el respaldo que han brindado de forma constante al quehacer de la Comisión Nacional de Bioética.

A la Academia Nacional de Medicina de México, especialmente a su presidente, el Dr. Enrique Graue Wiechers, por el apoyo para el desarrollo del Programa sobre Bioética y Salud Pública en la regulación de la marihuana.

A la Dra. María Elena Medina Mora, personalidad excepcional reconocida a nivel internacional en el ámbito del tratamiento de las adicciones, por la respuesta entusiasta y el apoyo brindado en la formulación y realización de este proyecto.

Al Dr. Jan Malinowski Rubio, Secretario Ejecutivo del Grupo Pempidou, del Consejo de Europa, especialista en enfoques multidisciplinarios para la política de drogas, quien hizo una distinción a nuestro país al viajar *ex professo* para participar en la deliberación de esta problemática.

Al embajador Santiago Oñate Laborde, Observador permanente de México ante el Consejo de Europa, aliado estratégico para la Comisión Nacional de Bioética en su papel de impulsora de la adhesión de México a la Convención de Oviedo, por su participación en este proyecto.

Mención especial merecen los integrantes del Comité Técnico Consultor que se conformó para la revisión e integración del programa, quienes de manera general señalaron la importancia y pertinencia del análisis bioético respecto de las implicaciones que en materia de salud pública tiene el uso de la marihuana en México, con miras a establecer una regulación adecuada a las necesidades del país.

Finalmente, es de destacar la participación del Grupo de Expertos que se conformó con la finalidad de elaborar una propuesta específica de políticas en salud pública, para responder a los problemas de salud asociados con el consumo y la regulación de la marihuana en México a partir de un enfoque bioético.

PRIMERA PARTE

BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA

BIOÉTICA Y SALUD EN TORNO AL USO DE LA MARIHUANA

MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ*

A partir del debate nacional instruido por el ejecutivo federal, se ha identificado la necesidad de atender el tema de la regulación de la marihuana desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud pública, con énfasis en la prevención y la instrumentación de soluciones terapéuticas integrales.

Es de destacarse el rol preponderante de la salud en estos criterios, lo cual supone un desafío para la Secretaría de Salud, pero también una valiosa oportunidad para participar en la formulación de un nuevo

* Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, maestro en Ciencias por la Universidad de Londres, Reino Unido. Es Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud. Ha recibido la Condecoración “Eduardo Liceaga” por su distinguida contribución con notables avances en las Ciencias Médicas y Administración Sanitaria Asistencial, y el Premio “Gerardo Varela” en Salud Pública, ambos otorgados por el Consejo de Salubridad General. Fue Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud; Director General de los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal y Subdirector Corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Presidente Ejecutivo de Funsalud, Miembro de la Junta Directiva de la UAM, Presidió la Academia Nacional de Medicina de México. Perteneció a las Reales Academias Nacional de Medicina de España y de Medicina de Catalunya; es Fellow del Colegio Real de Médicos de Londres, entre otros. Se ha desempeñado como docente, evaluador y formador de recursos humanos en diversas instituciones de educación superior y de salud por más de 30 años. Actualmente es impulsor y divulgador de la bioética y ética de la investigación.

modelo regulatorio que permita alcanzar mejores posibilidades terapéuticas, mayor investigación y desarrollo en la materia; además de reforzar las acciones para prevenir el consumo de drogas, incluyendo la marihuana, especialmente mediante campañas orientadas a niños y jóvenes.

Ante el compromiso de la Secretaría de Salud de darle centralidad a la salud en este esfuerzo regulatorio, la Comisión Nacional de Bioética, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ha propiciado el análisis bioético de las implicaciones que en materia de salud pública presenta el uso de la marihuana en nuestro país, con la finalidad de aportar a la deliberación en torno a su regulación, generando propuestas de políticas públicas en salud y estableciendo parámetros bioéticos para la instrumentación de la nueva regulación, así como los alcances de la intervención del Estado, con fundamento en el respeto de los derechos humanos y la protección a la salud pública.

Se debe poner especial énfasis en los aspectos éticos relativos al tratamiento y prevención del consumo de marihuana, la calidad de la atención y el respeto por los derechos humanos en los centros de atención a adicciones, así como el cuestionamiento ético en torno a las políticas del tratamiento de adicciones, atención a grupos vulnerables en el tema de la producción y consumo de cannabis, niños y adolescentes, y desarrollo de la investigación bajo criterios éticos de uso médico de cannabinoides.

Incorporar el enfoque bioético es una fortaleza en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, no se limita esta disciplina científica y humanista al ámbito de la práctica clínica, sino que nos ofrece la posibilidad de abordar el tema de la salud de manera integral al brindarnos marcos de análisis interdisciplinario para hacer frente a la compleja realidad social del ser humano partiendo de un diálogo multicultural e incluyente.

La reflexión bioética resulta imprescindible para lograr condiciones de justicia y respeto a los derechos humanos en todos los ámbitos de la salud, desde la investigación hasta el desarrollo de infraestructuras y normatividad.

Es necesario ampliar la deliberación sobre la regulación de la marihuana y considerar otros enfoques más allá del ámbito del derecho y la salud pública, un planteamiento que recuerda al debate sobre el tabaco en los ochenta. La nueva legislación debe ser adecuada al contexto y las necesidades de nuestro país, atendiendo a la epidemiología del consumo

de esta sustancia y brindando una atención integral, desde la prevención y tratamiento, hasta nuevos mecanismos de normatividad.

Frente a la estigmatización se requiere profundizar en el estudio de la marihuana para generar evidencia científica respecto de la afectación a la salud por el consumo de la misma. Además, hay cannabinoides prometedores por su valor terapéutico, el cual requiere ser comprobado mediante ensayos clínicos; no podemos soslayar que la cuarta edición de nuestra Farmacopeia incluye a los cannabinoides.

Con la implementación de estas nuevas disposiciones, se dará la ocasión para disipar prejuicios y resolver las irregularidades en torno al acceso a esta sustancia para uso médico con fundamento científico. Para ello, deben considerarse los siguientes aspectos fundamentales.

1. La ponderación entre la salud pública y el principio de autonomía en torno a la regulación de la marihuana

Tal como lo ha señalado el ejecutivo federal y la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el esquema de regulación de la marihuana debe establecerse en el respeto a los derechos fundamentales de las personas reconocidos por la Constitución Política. Sin embargo, la propia corte ha señalado que colocar el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad como premisa mayor, podría eliminar cualquier posibilidad de intervención y regulación estatal frente a una sustancia que, sin duda, conlleva daños a la salud de las personas y, por tanto, afecta los derechos de terceros.

De esta manera, se trata de abordar el tema desde un enfoque de salud pública enmarcado en los derechos humanos realizando una ponderación bioética y jurídica en torno a los límites del derecho a la libre determinación de las personas, por un lado, y el derecho a la salud, por otro.

2. La formulación de políticas en salud con enfoque de reducción del daño en el consumo de cannabis

Uno de los grandes retos que implicaría para el Estado la regulación de la marihuana es acompañar estas determinaciones con un esquema de operación regulatoria y protección de la salud, por lo que es necesari-

rio plantear las estrategias institucionales en salud para la reducción del daño en el consumo del cannabis —lo que comprende minimizar el acceso, disponibilidad y uso entre los jóvenes, así como su consumo entre poblaciones vulnerables—, analizar y reducir la carga de la enfermedad asociada con el incremento, o no, del número de consumidores, atender los riesgos a la salud en la adolescencia e instrumentar acciones efectivas para el tratamiento de las adicciones.

Sin un esquema de atención a la reducción del daño y la atención a la salud en el consumo de drogas, se corre el riesgo de que el problema del consumo tenga consecuencias importantes para la salud.

3. La investigación con cannabinoides y su uso médico

El Sistema Nacional de Salud en nuestro país tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, por lo que una de sus premisas fundamentales es brindar acceso a todos los recursos terapéuticos que deriven del desarrollo científico a nivel mundial, entre los que se encuentran aquéllos derivados del cannabis. Sin embargo, el uso de estos medicamentos requiere, en sí mismo, investigación clínica que respalde su efectividad.

Este esfuerzo regulatorio deberá complementarse con un decidido impulso a la investigación para generar evidencia científica en el contexto nacional bajo un cuidado ético irrestricto, supervisado y apoyado por los comités de ética en investigación, que son cuerpos colegiados responsables de asegurar el apego a principios bioéticos y a la normatividad vigente durante el proceso de investigación en sujetos humanos, contribuyendo a reducir los riesgos hacia los participantes, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad.

Por último, cabe señalar que las acciones llevadas a cabo por la Comisión Nacional de Bioética forman parte de los esfuerzos que realiza el Gobierno Federal para mejorar las condiciones de vida de los mexicanos. La finalidad de propiciar la deliberación en torno al impacto del consumo de cannabis en nuestro país no consiste sino en brindar un marco bioético para la regulación del cannabis y fortalecer los servicios de salud.

ÉTICA Y ADICCIONES

MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA*

La ética es un componente esencial en el análisis de las políticas públicas en materia de drogas. Si bien se ha discutido ampliamente sobre el tema, las tensiones actuales llaman a una reflexión ética que oriente la toma de decisiones que se perfilan en México y en el escenario internacional.

El pensamiento ético permea las políticas públicas en cuanto a la investigación y a la manera de proporcionar tratamiento, sobre el debate de las alternativas de reducción de daño y, en un sentido más amplio, sobre los derechos individuales y colectivos, así como en las metas de las políticas públicas y sus procesos para llegar a ellas.

Este trabajo inicia con una breve definición del problema de las drogas en México, los patrones de uso y la dependencia como enfermedad mediada por el medio ambiente, sección que introduce a los dilemas

* Doctora en psicología social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente se desempeña como Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Es investigadora nacional nivel III. Miembro del Colegio Nacional, de la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Ciencias y del panel de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud. Es profesora de las facultades de Medicina y Psicología de la UNAM y tiene nombramiento como Adjunct Professor de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas indexadas, así como capítulos de libros, libros y manuales. Ha recibido el Premio Nacional de Salud Pública “Gerardo Varela”, del Consejo de Salubridad General, el “National Award of Excellence in Research by a Senior Investigator” y el “Premio a la Excelencia 2011”, otorgado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), entre otros.

éticos, en el caso de las drogas, y a las políticas públicas, en el caso especial de la marihuana.

¿Qué debemos saber sobre las drogas?

Con el fin de avanzar en el análisis de los dilemas éticos es importante primero poner en perspectiva algunas características del problema.

- 1) *El problema tiene múltiples dimensiones interrelacionadas (oferta, demanda, contexto y políticas)*. La respuesta formal organizada frente al tema ha privilegiado una división artificial entre oferta y demanda de sustancias, esto ha fraccionado un problema complejo, tanto en su comprensión como en la manera en que se le puede enfrentar. La valoración integrada de oferta y demanda, el contexto en el que ocurre el fenómeno y las consecuencias intencionadas y no intencionadas de las políticas públicas, permite dimensionar con más precisión el problema que se enfrenta a nivel nacional y podrá llevar a mejores respuestas de éste.

En México se dan todas las manifestaciones de este problema, se produce marihuana, heroína y metanfetaminas, se distribuye a menudeo y se trafica a nivel internacional con estas sustancias y con la cocaína que viene de la región andina, y se ha incrementado la proporción de personas que han experimentado con drogas; si bien la mayoría abandona el consumo después de experimentar los efectos, ha aumentado también la proporción de los usuarios que desarrollan dependencia. Los jóvenes de ahora consumen 3.7 veces más que hace 12 años (Benjet *et al.*, 2016), inician a edades tempranas, en la adolescencia, llegando a su pico en los tempranos veinte y pocos siguen después de los 40 (Medina-Mora *et al.*, 2007).

La marihuana es la principal sustancia de abuso, representa en México 77 por ciento del consumo de drogas (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011; Villatoro *et al.*, 2012); la heroína, antes prácticamente delimitada a la frontera norte, se extiende a paso lento y con pocos casos a otras regiones en el territorio mexicano (CIJ, 2016), aparecen nuevas sustancias diseñadas en laboratorios (WDR,

2016), disminuye la edad de inicio y disminuyen las diferencias entre hombres y mujeres en las generaciones más jóvenes (Villatoro *et al.*, 2014 y 2015). La proporción que transita del uso a la dependencia varía por tipo de droga, nueve por ciento en cannabis y de 20 a 25 por ciento para psicoestimulantes y heroína (López Quintero *et al.*, 2011). Respecto al tiempo, el paso del uso a la dependencia es más breve que lo observado para alcohol y tabaco: 1.5 a dos años para cocaína u opio y tres años para cannabis (Lago *et al.*, 2016).

- 2) *Todas las políticas tienen costos asociados.* Es importante buscar puentes que lleven a reducir las consecuencias adversas de las drogas y de las políticas para contender contra ellas y disminuir la violencia que afecta de manera tan importante a la población, especialmente a los hombres jóvenes; ellos son con más frecuencia discriminados, estigmatizados y quienes mueren por homicidio (Lozano, 2014). En el caso de las mujeres, quienes son víctimas frecuentes por su condición de mujeres, se exacerbaban las situaciones de conflicto y violencia en sus comunidades (Castro, 2014).
- 3) *Existe una gran variedad de usuarios.* No es poco frecuente que se maneje como sinónimo el consumo y la dependencia, sin embargo, además de que hay una amplia gama de personas que no usan drogas, sólo la minoría de quienes las usan desarrolla dependencia. Las encuestas de hogares muestran que la mayor parte de las personas entre los 12 y 65 años no usan drogas (cuatro quintas partes de la población), que entre quienes sí usan, la mayoría son experimentadores (64 por ciento), algunos continúan consumiéndolas después de probar sus efectos (21 por ciento) y sólo algunos desarrollan dependencia (14 por ciento) (Villatoro *et al.*, 2012). El caso de la marihuana muestra que alrededor de la mitad de quienes la han probado continúan usándola mientras que siete por ciento ha desarrollado dependencia (ENA, 2011). Independientemente del patrón de uso, el consumo de drogas legales o ilegales, ocasional o bajo circunstancias de riesgo, aumenta la posibilidad de sufrir accidentes o de tener problemas escolares, laborales, familiares o sociales.
- 4) *¿Quiénes han desarrollado dependencia tienen una enfermedad del cerebro o un problema social?* Varios autores han defendido la postura de que se trata de una enfermedad que cumple con todas

las condiciones para ser tratada como tal. De acuerdo con los doctores Koob y Volkow (2016), los estudios en modelos animales y con seres humanos han mostrado que la administración repetida de drogas dispara cambios neuroplásticos moleculares y funcionales en el nivel sináptico y en los circuitos que explican los procesos de pérdida de control, el uso compulsivo y los estados emocionales negativos asociados con la adicción. El haberlos identificado ha permitido grandes avances, por ejemplo, el descubrimiento de medicamentos efectivos para el tratamiento de la dependencia al alcohol, al tabaco y para la adicción a narcóticos, con tamaños de efecto similares a los que se asocian con los medicamentos estándar para el tratamiento de la depresión. Estos estudios han sentado también las bases para el desarrollo de intervenciones conductuales para fortalecer los circuitos dañados, para aumentar el autocontrol, para reducir reacciones de estrés y para mejorar el estado de ánimo. Este enfoque nos permite entender la conducta compulsiva de uso, así como la dependencia.

Hall *et al.* (2015), piensan que estos avances han tenido un impacto modesto en mejores tratamientos y en las políticas públicas orientadas a disuadir el inicio en el consumo. Desde su perspectiva, las neurociencias y la genética han hecho contribuciones significativas pero deben integrarse con el conocimiento derivado de otras disciplinas.

En resumen, postulamos que la dependencia es una enfermedad mediada por el medio ambiente y que entre la exposición al consumo y la dependencia existe una multiplicidad de categorías diagnósticas, desde la intoxicación, el uso riesgoso, nocivo, la dependencia y estados inducidos por el abuso de sustancias, todos susceptibles de políticas que permitan proteger a la población, prevenir el avance a estados más complejos y promover el tratamiento y la reinserción social.

- 5) *La marihuana tiene menos potencial de daño que otras drogas, pero su consumo implica también riesgos que deben atenderse.* No se asocia con niveles altos de mortalidad, no hay violencia inducida por sus efectos, ni es una droga de entrada que lleva al uso de otras drogas para la mayoría de sus usuarios, los problemas se concentran en una proporción pe-

queña de los usuarios. En algunos casos se asocia con accidentes, problemas de salud y daños a otros.

En cambio, afecta la ejecución, atención, memoria, fluidez verbal, inhibición, flexibilidad del aprendizaje, razonamiento, planeación y otras funciones cognitivas. La proporción de la carga de enfermedad que se le atribuye se explica por el gran número de personas que la consumen (estimado en 76 por ciento del consumo de todas las drogas en México), se asocia con accidentes automovilísticos, especialmente si se le combina con alcohol, el riesgo de consecuencias adversas como la dependencia o la psicosis es significativamente mayor cuando se inicia el consumo en la adolescencia; es un problema de la población joven que está en crecimiento y existen poblaciones vulnerables que requieren mayor protección (niños, adolescentes y jóvenes hasta los 23 años, mujeres embarazadas y personas con enfermedad mental). Con una mejor investigación que separe los efectos de la marihuana de las otras drogas y controle confusores potenciales, y debido al incremento que se espera en el número de usuarios, se podrá conocer el impacto del consumo frecuente en pérdida de funciones cognitivas, si lo tiene, en quiénes lo tiene y si es reversible o no, y en problemas respiratorios, cáncer o trastornos cardiovasculares (Degenhardt *et al.*, 2010; De la Fuente *et al.*, 2015; Van de Giessen *et al.*, 2016; Meier *et al.*, 2012; Verstraete *et al.*, 2012; Volkow, 2015).

¿Cuáles son los principales dilemas éticos en las políticas públicas?

- *Autonomía o autodeterminación.* El respeto a la autonomía implica la no interferencia con las acciones de personas racionales; el dilema puede analizarse desde la libertad de las personas para tomar decisiones *versus* los intereses de la colectividad, o la libre elección de la persona y las metas de la salud pública y en cuanto a la diferencia que se marca entre el uso lúdico y cuando una persona ha desarrollado dependencia y ha perdido la libertad.
- *Beneficencia.* Las políticas públicas buscan que los beneficios para la sociedad sean mayores que los riesgos que acompañan a toda política.

- *No maleficencia.* Implica conocer los riesgos de las políticas y minimizarlos.
- *Justicia distributiva.* Implica una distribución justa y equitativa de daños y beneficios, obligaría, por ejemplo, a dar igualdad de oportunidades a personas enfermas que han tenido problemas con la ley por su enfermedad.
- *Respeto a las personas.* Implica considerar los derechos de la persona que usa drogas pero también de los terceros afectados, «daño a otros».
- *Veracidad.* Implica la obligación de informar a la persona verazmente sobre los riesgos y beneficios de las medidas adoptadas y asegurar que la persona lo ha entendido adecuadamente.

¿Cuáles son los principales retos?

- *Confidencialidad y protección de las personas.* Las adicciones son una enfermedad rodeada de estigma, las personas son discriminadas y se aíslan, sienten vergüenza de su condición y culpa de su enfermedad. Estos factores dificultan la búsqueda de atención. Debido a que consumen sustancias ilegales, las personas que dependen de ellas suelen tener problemas con la ley, se trata de víctimas pero también de personas que han afectado a otros, por ello la confidencialidad es necesaria, para que la persona en tratamiento pueda hablar con libertad y recibir la ayuda que necesita, sin embargo, también la información compartida puede poner en riesgo al usuario y al escucha.
- *El consentimiento informado y la capacidad de decisión de la persona.* La persona afectada por una dependencia puede haber perdido la capacidad cognitiva para comprender el proceso, su capacidad de decidir y para dejar de consumir a pesar de estar consciente de los problemas que le causa, esto tiene implicaciones para autorizar, o no, internamientos involuntarios, bajo qué circunstancias y condiciones. El concepto de dirección anticipada ha cobrado notoriedad reciente, éste se refiere al respeto por la voluntad que manifiesta la persona cuando tiene autonomía, de recibir tratamiento o internarse cuando tenga una recaída.

- *Paridad y justicia social.* La búsqueda de la cobertura universal es siempre una meta deseada, pero al asignar presupuestos limitados hay decisiones sobre a quién dar prioridad. La evidencia muestra que la dependencia es una enfermedad, mediada por el medio ambiente, que puede prevenirse y tratarse.

Implicaciones para las políticas públicas

Los dilemas éticos están presentes también en las políticas públicas, el debate de las alternativas de reducción de daño como políticas únicas o como parte de un programa global de intervenciones (por ejemplo, permitir lugares de venta y consumo de marihuana, o de clubes en los que un conjunto de personas unen la producción individual a la que la ley les da derecho, como en España), y en un sentido más amplio: sobre lo que se considera conducta adecuada o no y sobre las consecuencias en terceras personas, sobre los derechos individuales y los colectivos, sobre las metas de las políticas públicas y sus procesos para llegar a las metas fijadas. En el texto se analizan estos dilemas desde una perspectiva de salud pública.

El modelo de salud pública ofrece una oportunidad de dejar atrás un modelo de seguridad nacional buscando disminuir los costos de la política, preservar la salud de la población y mejorar su calidad de vida a través de cambiar el medio ambiente y la conducta individual. Este modelo: *i)* busca el bienestar de las personas y de las comunidades y no las drogas como fin último (decomisos y arrestos); *ii)* identifica las necesidades de salud de una población y sus determinantes (da cabida a conceptos como la seguridad de los ciudadanos y sus derechos a vivir sin temor y sin carecer). Busca poner en operación estrategias normativas orientadas a la protección a la salud, orientar la operación de los servicios de salud a fin de que permitan la acción preventiva y curativa; *iii)* tiene estrategias que le permiten transformar la información en políticas públicas y poner en operación estrategias normativas orientadas a la protección de la salud, orientar la operación de los servicios de salud a fin de que permitan la acción preventiva y curativa; *iv)* incluye el desarrollo social como base para el progreso; y *v)* reconoce costos de las políticas, los evalúa y desarrolla estrategias para minimizarlos, puede evaluar que los

daños asociados con las intervenciones no sobrepasen los daños de las sustancias mismas y desarrolla la evidencia para modificar las políticas.

La evidencia muestra que las dos concepciones extremas, la total prohibición y la legalización sin regulación, tienen los niveles más altos de costo asociados con las políticas públicas, un nivel intermedio de despenalización con regulación estricta promete el mejor desenlace.

Buscar el bien colectivo obliga también a la reflexión sobre el límite de las libertades individuales y el papel del Estado en la restricción de derechos fundamentales, es decir, de definir el límite en donde termina el derecho del individuo e inicia el de la colectividad. El costo para la salud, tanto del individuo como de las poblaciones es elevado, incluye, por ejemplo, accidentes provocados a terceros por una persona que conduce bajo los efectos de alcohol y marihuana; también tiene un impacto para la economía ya que la atención de los problemas de salud se paga con impuestos de todos. La evidencia de que este costo puede reducirse de manera efectiva mediante normas que han mostrado eficacia y eficiencia en el caso del alcohol (Medina-Mora *et al.*, 2016), abre caminos prometedores de análisis.

Un problema que debe resolverse es el de las definiciones y su correcto uso en las leyes, en las políticas y en el imaginario social: no es poco común el que se asevere que toda persona que usa drogas es dependiente de ellas. La correcta identificación del tipo de usuario y de sus necesidades de intervención es crucial para una adecuada aplicación de políticas. El DSM V evalúa el abuso/dependencia que calificaría la necesidad de tratamiento, el ICD 11, aun en su versión Beta, ofrece un panorama mucho más amplio que incluye la intoxicación, el uso riesgoso (es aquél que aumenta el riesgo de que una persona tenga consecuencias adversas debidas a su consumo), el uso nocivo, que implica ya un daño y distingue el episodio único de este tipo de uso, un uso nocivo episódico o continuo, la dependencia que obliga a manifestar tres o más síntomas de dependencia en el mismo año, y los trastornos inducidos por sustancias.

Esta amplia gama, con sus criterios diagnósticos y con la posibilidad de añadir indicadores de problemas psicosociales comunes en la vida de las personas que abusan de drogas, abre la posibilidad de que si un individuo es detenido por la policía pueda ser remitido a una instancia para diagnóstico de necesidades. De acuerdo con la evaluación, de preferencia hecha por expertos de varias áreas de especialidad, la necesidad de la persona puede variar desde: *1)* un consejo breve; *2)* programas formales

de prevención ya sea universal (útil para todos pero que puede no ser suficiente para adolescentes en alto riesgo), selectiva o indicada para personas que requieren mayor intensidad en las intervenciones por el alto nivel de riesgo de tener problemas (por ejemplo, un adolescente con problemas de dependencia a drogas o enfermedad mental en la familia, que viven en un ambiente violento con alta disponibilidad de drogas o que ha sido víctima de violencia), aun cuando no han iniciado el consumo de drogas; y *iii*) el tratamiento en la modalidad adecuada dependiendo de la gravedad de la dependencia y de los problemas psicosociales y la intervención especializada para intoxicaciones graves, síndrome de abstinencia, *delirium* u otras complicaciones en su salud física, mental y social.

Los mejores resultados se obtienen en programas que combinan acciones de promoción de la salud, de prevención, que implican la voluntad de la persona para evitar el inicio o cambiar su conducta, y de tratamiento cuando han enfermado, pero también de protección de la salud, es decir, normas que complementan la prevención y que con adecuada aplicación, tienen el potencial de cambiar comportamientos (por ejemplo, las medidas de muestras de aliento para prevenir el conducir automóviles bajo los efectos de alcohol, y pronto de cannabis). Estas medidas deben incluir lo que sabemos de la conducta y su modificación o mantenimiento, así como información a la población y capacitación a los encargados de implementarlas.

Retomemos el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, El Código Penal y el Código Federal de Procedimientos Penales y las detenciones por portar cantidades mayores a las permitidas en el artículo 479 de la LGS, el cual establece que entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en un listado que se adjunta: en el caso de la marihuana son cinco gramos, y la iniciativa presidencial propone subirla a 28.

El artículo 478 (LGS) establece que el ministerio público no ejercerá acción penal: en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la

ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia (LGS).

Este mismo artículo establece que el ministerio público hará reporte del no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución, con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención. La información recibida por la autoridad sanitaria no deberá hacerse pública, pero podrá usarse, sin señalar identidades, para fines estadísticos (LGS).

El artículo 481 (LGS, art. 523, CFPP) establece que «el ministerio público o la autoridad judicial [...] tan pronto identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda». El artículo 193 bis dicta que «cuando el centro o institución reciba reporte del no ejercicio de la acción penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma» (LGS). Al tercer reporte del ministerio público el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio (LGS).

Una evaluación de esta Ley, en el caso de personas dependientes a la heroína (Werb *et al.*, 2015), concluyó que si bien buscó canalizar a las personas arrestadas con adicciones a tratamiento, entrevistas cualitativas a profundidad con actores clave (policías, salud pública, tratamiento, administración pública nivel municipal y federal), mostraron que había falta de información y programas institucionales orientados a cómo manejar la ley y la capacitación a quienes debían ponerla en práctica, así como de los afectados. Los autores concluyeron que la ley no derivó en un programa coordinado de acción, no vino acompañada de recursos, no fue específica en cómo el escalamiento de los servicios debería implementarse.

Resumiendo el modelo portugués, Greenwald (2009), con riesgo de sobresimplificar un proceso complejo, optó por aumentar las dosis para uso personal de todas las drogas, las personas que las sobrepasan son llevadas a una casa de disuasión, en donde un grupo multidisciplinario (Comisión), dependiendo del problema, define la acción a seguir, dependiendo del tipo de usuario y sus antecedentes, puede ser desde un consejo hasta tratamiento. El proporcionar drogas a un menor de edad o

a una persona con trastorno mental está prohibido y se castiga. La Comisión puede dar seguimiento de casos, puede pedir se cite a una persona, si hay evidencia de tráfico puede referir el caso a la Corte, combina una política liberal, un comité de expertos que hace el diagnóstico y toma decisiones, tiene capacidad de seguimiento de los casos, y tiene a la ley como su aliada para definir cuando una persona debe ser presentada o detenida, o para dictar medidas que protegen a las personas de consumo o recaídas y a terceros. Ha sido un programa muy exitoso.

Al dictar estas políticas, es útil identificar en qué medida el cambio es resultado de la implementación de un programa, por qué lo es, cómo lo logra y en qué medida existe esta asociación. Se trata de modelos basados en las teorías de cambio que ayudan a definir si los cambios deseados son factibles, deseables y sostenibles (MHIN, 2015).

La evaluación continua de las adaptaciones o de la nueva política y de sus costos no intencionados debe ser parte central del proceso: elaborar un programa y un plan, considerar los daños al individuo y a otros por el problema y las políticas, los valores que subyacen, los costos económicos de las políticas y de la no intervención, de los servicios y recursos humanos disponibles, así como los costos de la capacitación.

Conclusiones

La evidencia analizada nos muestra los importantes dilemas éticos que rodean a las políticas públicas sobre drogas, se han revisado algunas de ellas y se han mostrado alternativas que permiten actuar para limitar el problema y proporcionar mejor calidad de vida a las personas que enferman, a sus familias y a las comunidades. Sobresale la evidencia del campo de la neurociencia que indica que la dependencia es una enfermedad y quienes la padecen han perdido la autonomía o libertad, por lo que requieren tratamiento y respeto por su condición de enfermos y no de delincuentes o personas con «vicios»; por tanto, la cárcel no puede ser la respuesta.

El modelo de salud pública ofrece una alternativa viable sobre la prohibición con políticas y normas que permiten regular la conducta y minimizar consecuencias adversas para el individuo y la colectividad

buscando siempre el bienestar de las comunidades. A partir de este marco conceptual, sobresalen las siguientes oportunidades:

En México la brecha de atención para los enfermos graves es amplia, el modelo a partir de centros especializados debe ampliarse para atender las nuevas manifestaciones del problema, su integración con un adecuado sistema de navegación con el sistema de salud permitiría: *i)* atender la múltiple comorbilidad física y mental de las personas que presentan uso nocivo y dependencia a sustancias; *ii)* identificar en el sistema de salud a las personas con trastornos por abuso de sustancias y atender en el sistema de salud o canalizar a los centros especializados cuando es necesario; *iii)* desintoxicar a personas que lo requieren y atender o canalizar según sea el caso; *iv)* proporcionar terapia de sustitución a personas con dependencia a opiáceos y canalizar a centros especializados para el tratamiento psicosocial; *v)* contribuir a la prevención del abuso de sustancias; y *vi)* la colaboración con asociaciones de ayuda mutua respetuosas de los Derechos Humanos y de las normas oficiales, es una política muy recomendable.

La prevención requiere reforzarse, asegurando el uso de modelos basados en la evidencia con programas sustentables que se puedan incorporar a la estructura del sistema, que sean universales y capaces de impactar también a los individuos en riesgo, costo-efectivos.

Las normas que regulan el uso personal deben revisarse, a fin de lograr un sistema integrado que evite que las personas sean encarceladas por portación de drogas para uso personal; el modelo de salud pública no piensa que la cárcel sea la solución para atender un tema de salud y, a la vez, que limite el consumo de adolescentes, especialmente. Integrar un sistema con elementos que permiten el cambio de conducta que combina prevención, tratamiento y regulaciones claras y consistentes, puede permitir un avance hacia la despenalización y protección de la salud. La investigación debe acompañar a este proceso.

Fuentes consultadas

BENJET, Corina, *et al.* (2016), "Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudi-

- nal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey”, en *European Child & Adolescent Psychiatry*, año 25, número 2:163-173.
- CASTRO PÉREZ, Roberto (2014), “Violencia contra mujeres en México, qué sabemos y qué necesitamos saber”, en *La mujer y la salud en México*, Academia Nacional de Medicina-Intersistemas-CONACYT, México, pp. 93-110.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación (2016), *Epidemiología del consumo de drogas*, CII, México.
- DEGENHARDT, Louisa, Lisa Dierker, Wai Tat Chiu, *et al.* (2010). “Evaluating the drug use ‘Gateway, theory using cross-national data: Consistency and associations of the other of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys”, en *Drug and Alcohol Dependence*, volumen 108, número 1-2:84-97.
- DE LA FUENTE, Juan Ramón, Álvarez Icaza, D. *et al.*, (2015), *Marihuana y salud*, Fondo de Cultura Económica, México.
- GREENWALD, Glenn (2009), *Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute, Washington DC.
- HALL, Wayne, Adrian Carter, Cynthia Forlini (2015), “The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?”, en *Lancet Psychiatry*, año 2, número 1:105-110.
- KOOB, George F., Nora D. Volkow (2016), “Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis”, en *Lancet Psychiatry*, año 3, número 8:760-773.
- LAGO, L., R. Bruno, L. Degenhardt (2016), “Concordance of ICD-11 and DSM-5 definitions of alcohol and cannabis use disorders: a population survey”, en *Lancet Psychiatry*, volumen 3, número 7:673-684.
- LÓPEZ-QUINTERO, C. (2011), “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)”, en *Drug Alcohol Depend*, volumen 115, número 1:120-130.
- LOZANO Ascencio, Rafael, *et al.* (2014), *Carga de la enfermedad en México 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

- MEDINA Mora, María Elena, Guilherme Borges, Corina Benjet, Carmen Lara, Patricia Berglund (2007), “Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample”, en *British Journal of Psychiatry*, volumen 190, número 6: 521-528.
- _____, Maristela Monteiro, Robin Room, Jürgen Rehm, David Jernigan, Diego Sanchez Moreno, Tania Real (2016), “Alcohol Use and Alcohol Use Disorders”, en *Mental, Neurological and substance use disorders*, The World Bank, Washington DC.
- MEIER, Madeline H., Avshalom Caspi, Antony Ambler, *et al.* (2012), “Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife”, en *PNAS* volumen 3, número 7:673-684.
- MENTAL HEALTH INNOVATION NETWORK (2015), *MHIN presentation on developing a Theory of Change framework*, disponible en <http://mhinnovation.net/resources/mhin-presentation-developing-theory-change-framework#.V_UNGTD2ZwG>.
- SECRETARÍA DE SALUD, *et al.* (2011), *Encuesta nacional de adicciones 2011*, Secretaría de Salud, México, disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf>.
- UNODC (2016), *World Drug Report 2016*, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), New York.
- VAN DE GIESSEN, Elsmarieke, J. J. Weinstein, *et al.* (2016), “Deficits in striatal dopamine release in cannabis dependence”, en *Molecular Psychiatry*, volumen 22, número 1:68-75.
- VERSTRAETE, Alain G., Sara-Ann Legrand, Liesbeth Vandam, Brendan Hughes, Paul Griffiths (2014), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, 2a. ed., European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Luxembourg.
- VILLATORO, Jorge (2012), “El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011”, en *Salud Mental*, volumen 35, número 6:447-457.
- _____, (2014), “Drug use trends in Mexico City: 2012 student survey”, en *Salud Mental*, volumen 37, número 5:423-435.
- _____, (2015), *Encuesta Nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014: Reporte de drogas*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México.

- VOLKOW, Nora (2014), “Mixed Signals: The Administration’s Policy on Marijuana, Part Four”, en *Scientific Focus on the Adverse Health Effects of Marijuana Use*, House Committee on Oversight and Government Reform, disponible en <<https://oversight.house.gov/wp-content/uploads/2014/06/Dr.-Volkow-NIDA-Testimony-and-Bio.pdf>> [consulta 16 de noviembre de 2016].
- WERB, Dan, Steffanie A. Strathdee, Emilio Meza, *et al.* (2015), *Institutional stakeholder perceptions of barriers to addiction treatment under Mexico’s drug policy reform*. *Global Public Health*, s/n.

PONDERACIÓN ENTRE SALUD PÚBLICA Y AUTONOMÍA EN TORNO A LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA

JAN MALINOWSKI RUBIO*

Llevo casi un cuarto de siglo trabajando en el área de los derechos humanos. He trabajado en derechos humanos desde diferentes perspectivas, no siempre en relación con las drogas. En la actualidad, aplico mi conocimiento y priorizo la dimensión de los derechos humanos en la política de drogas.

Soy Secretario Ejecutivo del Grupo Pompidou. El Grupo cuenta con 38 miembros, Estados europeos y no europeos que cooperan en el desarrollo de políticas de drogas. El Grupo Pompidou se propone innovador y se compromete a desarrollar políticas de drogas basadas en la ciencia, en la evidencia y en los datos. Intenta conectar ciencia y políticas de drogas, tomando en cuenta las realidades de nuestras sociedades.

* Abogado, certificado en España y en Inglaterra. Después de ocho años de práctica profesional en Barcelona y Londres, se unió al Consejo de Europa, donde trabajó durante 11 años con el organismo de control contra la tortura, y desde 2005 ha sido responsable por el trabajo que se realiza sobre política de medios de comunicación, libertad de expresión y gobernanza del internet. Como Jefe de Departamento de la Sociedad de la Información, fue responsable de los trabajos relacionados con dos convenciones únicas del Consejo de Europa, una sobre protección de datos y otra sobre ciberdelincuencia. Actualmente se desempeña como Secretario Ejecutivo del Grupo Pompidou.

Asimismo, el Grupo Pompidou es una entidad del Consejo de Europa, organización interestatal europea que cuenta con 47 Estados miembros. Tiene por objetivo proteger, defender y promover el respeto de los derechos humanos, la democracia y el imperio de la ley. Los beneficiarios últimos son los 820 millones de habitantes en Europa, pero también gente en otras partes del mundo, dadas las conexiones del Consejo de Europa con otros países. México es observador tanto del Grupo Pompidou como del Consejo de Europa.

Para el periodo en curso, que va del año 2015 al 2018, los derechos humanos figuran en el primer plano del programa de trabajo del Grupo Pompidou. El Consejo de Europa, por su parte, por medio de su órgano decisor, que es el Comité de Ministros, hace unos meses apuntó la conveniencia de abordar el problema mundial de la droga como una cuestión global atinente a los derechos humanos y convino traer los derechos humanos a la primera línea de las discusiones sobre política de drogas. Mi participación con este texto contribuye a ambos objetivos.

El tema que estamos tratando está relacionado íntimamente con el trabajo del Consejo de Europa y con el del Grupo Pompidou, pero tengo que aclarar que mis propósitos no representan una línea oficial de esas entidades ni reflejan acuerdo entre ellos sobre esta importante cuestión.

En efecto, ni el Grupo Pompidou ni el Consejo de Europa se han pronunciado, como tampoco lo han hecho otros órganos capacitados para interpretar los derechos humanos en el entorno internacional, o que han recibido un mandato para hacerlo. No hay tratados o convenios, ni textos normativos, ni siquiera jurisprudencia de los tribunales internacionales, que aclaren el sentido de los derechos humanos en relación con las drogas o con las políticas sobre drogas.

Hay mucho trabajo en curso. Se han realizado reflexiones, trabajo exploratorio; hay investigación científica e iniciativas que muestran los efectos favorables y desfavorables de medidas concretas. En algunos países, los legisladores han ofrecido algunas pautas, como también lo han hecho algunos tribunales nacionales. Incluso en México, la Suprema Corte de Justicia ha interpretado concretamente lo que significa para unos demandantes determinados la protección del derecho de la vida privada —la autonomía— en relación con el cultivo y consumo privado de marihuana.

Son elementos que sugieren una dirección pero, en el estado actual de la cuestión, no ofrecen certeza acerca de la dimensión de los derechos humanos en las políticas sobre drogas. La ausencia de certeza exige prudencia.

Sin embargo, parece razonable afirmar que las políticas actuales, las políticas de drogas de los últimos decenios, han servido mal. No lo digo yo. Lo aseveran numerosos líderes mundiales. Por ejemplo, Kofi Annan, quien fuera Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, ha afirmado claramente que las políticas de drogas han causado más daño que las drogas mismas.

No se puede dar marcha atrás al reloj de la historia, pero es necesario tomar en cuenta las lecciones que nos ofrece, los errores o problemas que pone de manifiesto y que exigen medidas correctivas. Se necesita un cambio, pero no temeridad. No hay que precipitarse para no causar daños colaterales —por ejemplo, que los jóvenes interpretasen una innovación como indicador de que las drogas son benignas o no perjudican—. Hay que introducir modificaciones de forma medida, paulatina, moderando y evaluando su impacto. Pero de lo que no cabe duda es que el cambio es imprescindible, es una exigencia desde la perspectiva de derechos humanos, pues, como veremos luego, las elecciones que se hacen en política de drogas afectan —en un sentido o en otro— al goce y ejercicio de los derechos humanos.

Asimismo, está la cuestión de la buena gobernanza. Hace falta tomar en cuenta los requisitos que acarrea consigo el compromiso de gobernar bien en un Estado democrático.

Esto me permite felicitarles por el proceso iniciado en México en relación con la ponderación entre salud pública y autonomía en torno a la regulación de la marihuana, incorporando a la discusión la dimensión ética y los derechos humanos. Éste es un proceso de gobernanza que busca establecer el debate, analizar las causas, los problemas, incorporar la ciencia a la discusión, tomar en cuenta el conocimiento e intentar perfilar mejores respuestas al problema de la droga. Esto es fundamental. El proceso iniciado en México es importante, es deseable y es necesario en una democracia, tanto como lo es la participación de los destinatarios en el debate sobre las políticas que les afectan. En una democracia, no se pueden hacer políticas para los administrados, para los receptores de esas políticas, de espaldas a ellos, sin tomar en cuenta su opinión.

Igualmente, resulta imperioso tomar en cuenta la ciencia. Las políticas que ignoran el conocimiento científico, que desconocen la realidad, que desoyen la evidencia, no se justifican en un Estado democrático comprometido a gobernar bien.

El buen gobierno democrático también exige mecanismos de rendición de cuentas. Las políticas deben ser evaluadas con transparencia, con base en sus resultados —tanto los buscados como los indeseables—, que permitan un debate inclusivo y abierto con ciudadanos bien informados. Hay que ajustar o modular las políticas vigentes ineficaces o que admitan mejora. Si corresponde, las decisiones adoptadas en relación con las drogas pueden también conllevar responsabilidad política.

Esto es válido para todos los aspectos de gobierno y administración pública en una sociedad democrática, y es todavía más importante —si cabe— en relación con políticas que afectan el ejercicio o el goce de los derechos humanos. Para considerar que hay una buena gobernanza (democrática) es fundamental incluir los derechos humanos. Esta premisa excluye la primacía de ideas preconcebidas, de ideología, de prejuicio o dogma, así como el inmovilismo. Gobernar bien en una democracia respetuosa de los derechos humanos exige examinar las razones en favor y en contra de una política determinada, sus objetivos, sus consecuencias, incluidas las consecuencias indeseables. Asimismo, es necesario identificar los medios para corregir los resultados no deseados.

El presidente de Filipinas, pleno de ideología, llamó a los ciudadanos a matar a traficantes y adictos. Su objetivo declarado es el de eliminar 100 mil traficantes durante los primeros seis meses de su presidencia, considerando que los usuarios de drogas son por necesidad traficantes al menudeo. En la superficie, semejante acto puede parecer la solución al problema de las drogas, pero en verdad no lo resuelve y no es democrático. Ese tipo de iniciativa no es respetuosa de los derechos humanos y resulta inaceptable.

El Estado tiene la obligación, no la opción, de incorporar los derechos humanos a las políticas sobre drogas y de ajustar esas políticas a las exigencias de esos mismos derechos.

No hay una obediencia debida a políticas existentes, a ideas preconcebidas, a posturas dogmáticas o ideológicas, si las consecuencias son nefastas o si menoscaban el goce de los derechos humanos. Al igual que

en el derecho humanitario y en el derecho de la guerra, la obligación principal es el respeto de los derechos humanos.

Por ello, en términos de derechos humanos, no se puede aceptar la prohibición por la prohibición misma. Pero tampoco es aceptable la legalización por la legalización misma. Hay que examinar los efectos sobre los derechos humanos y el disfrute de estos derechos. Se trata de un proceso complejo, con muchos factores en juego —incluido el impacto que el ejercicio de un derecho pueda ocasionar sobre el goce de otros derechos o sobre el cumplimiento por parte del estado de sus obligaciones; por ejemplo, en relación a la protección de la infancia o de la salud pública—.

En el centro de ese sistema complejo se localiza el marco legal que regula las drogas. Pero, ¿de dónde surgió ese marco legal? Sus líneas maestras son el resultado de objetivos tales como impedir el consumo de drogas o la eliminación de éstas, metas asociadas a dogmas, ideologías y presunciones, como que el consumo de drogas es un vicio o que la adicción es la última expresión de la desidia. Ese marco legal, esas políticas actuales sobre drogas, tal vez junto con ciertos efectos benéficos en términos de disuasión y, por ende, en relación con la salud pública, irradian considerables efectos adversos, son perjudiciales para el individuo y su autonomía e implican riesgos importantes para la salud individual y colectiva. También acarrearán un incremento en la criminalidad organizada y la violencia asociadas al tráfico de drogas.

Los efectos indeseables del marco legal inciden negativamente sobre el goce de ciertos derechos fundamentales, e incluso pueden amenazar la gobernabilidad de un país y la sostenibilidad democrática.

El resultado será distinto si se invierte el sentido y se diseña el marco legal desde el respeto de los derechos humanos, desde la ética, desde la salud pública, así como desde la reducción de daños o de riesgos. Entonces, el resultado será compatible con los derechos humanos y con las exigencias de la democracia, tendrá incluso la virtud de promover y proteger el ejercicio de los derechos humanos.

Permítanme ofrecer un ejemplo. La política actual sobre drogas restringe en la mayoría de los países el tratamiento que un médico puede brindar a un niño aquejado de ciertas formas agresivas de epilepsia. A pesar de que los fármacos autorizados no resuelven el problema, al médico no le está permitido recurrir a la marihuana, aun sabiendo que el cannabis o un derivado de él —el cannabidiol administrado como me-

dicamento, no como droga de abuso— pueden aliviar los síntomas y prevenir los episodios de convulsiones severas que, en algunos casos, se repiten con frecuencia. Las políticas en vigor impidieron durante mucho tiempo la investigación y retrasaron su desarrollo en varias décadas.

El número de países que autoriza el uso medicinal del cannabis o sus derivados aumenta, pero todavía quedan muchos que lo rechazan. En mi opinión, privar a un niño aquejado de ese tipo de epilepsia severa de un producto que, conforme al estado actual del conocimiento, reduciría su sufrimiento y el de las personas de su entorno, es injusto, contrario a la ética y puede constituir una violación de los derechos humanos. Sin embargo, el médico está maniatado, carente de la posibilidad de recetar: se arriesgaría a verse catalogado como narcotraficante a causa de la política de drogas vigente. Ésa es la situación en algunos países, también para los médicos que querrían contar con la posibilidad de ofrecer terapia de sustitución —por ejemplo, metadona o buprenorfina— a sus pacientes dependientes de opiáceos.

Igualmente se plantean problemas de derechos humanos si el marco legal disminuye la autonomía personal sin contrapartida tangible y suficiente, es decir, sin beneficio público. Si esta falta de coherencia está relacionada con el sufrimiento o con un dolor que se puede paliar, cabe preguntarse: ¿a quién pertenece el dolor? ¿A quién pertenece el sufrimiento? ¿Por qué se toman las drogas?

Ciertos investigadores afirman que entre 80 y 90 por ciento de los que ocasionalmente usan drogas no devienen usuarios problemáticos o adictos, del mismo modo que la gran mayoría de personas que consumen alcohol no se convierten en alcohólicos.

También afirman que entre los restantes —de 10 a 20 por ciento de los usuarios de drogas— que sí se convierten en usuarios problemáticos de drogas o de alcohol, una proporción muy importante está constituida por personas que han sufrido abandono, violencia, abuso y trauma, sobre todo durante la infancia, tratándose muchas veces de abusos sexuales.

Esto nos hace entrar en otra dimensión. Aunque a primera vista este mos ante un uso personal de las drogas, esta aparente correlación positiva entre el uso problemático de sustancias psicoactivas y el haber sufrido violencia, trauma o abusos sexuales durante la infancia nos aleja de la idea del consumo de drogas como vicio y de la adicción como expresión de desidia. Y vuelve la pregunta: ¿a quién pertenece el dolor? ¿Le

pertenece al legislador? ¿Le pertenece, incluso, al doctor? ¿O le pertenece a la persona? ¿Tiene ésta la autonomía, la libertad de intentar aliviar su sufrimiento? ¿Puede asociar al cuerpo médico en esa búsqueda de alivio?

La dimensión social es muy importante en cuestión de drogas. Muchas veces los tratamientos no funcionan. Lo que funciona es el entorno social, cuando hay una comunidad que apoya a la persona, que le ofrece comprensión y calor humano, cuando le ayuda a sentirse bien consigo misma, cuando le ofrece la posibilidad de trabajar: ésas son situaciones que ayudan a salir de la problemática de drogas. Hay investigadores que afirman que la mayor parte de los tratamientos contra la adicción fallan, y que la mayor parte de personas que cesan en el uso problemático lo hacen sin tratamiento.

Es curioso observar que, según varios autores, durante la guerra de Vietnam hubo una gran cantidad de combatientes estadounidenses que consumían heroína, muchos de forma problemática. La gran mayoría abandonaron la droga al volver a sus hogares: pasaron la abstinencia como un síndrome gripal intenso, cesando a continuación el consumo. Los investigadores lo explican en función del regreso de los combatientes a un entorno social acogedor, que ofrecía contacto humano y que les permitía sobreponerse a los horrores de la guerra y a las situaciones que les llevaron al consumo. Volvían a mirar al futuro en vez de gravitar hacia el sufrimiento que habían experimentado hasta entonces.

A veces el marco legal tiene efectos adversos sobre la salud pública. La política vigente sobre drogas puede —como es el caso en algunos países— impedir o limitar la reducción de daños. Hay países donde la reducción de daños está prohibida, donde se considera que tales medidas alientan el consumo de drogas. La consecuencia es que resulta ilegal, por ejemplo, proporcionar servicios de protección contra la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que evitan las muertes por sobredosis, medios de probada eficacia y que conllevan poco o ningún riesgo de efectos secundarios. Son medidas deseables desde la perspectiva de los derechos humanos.

Este punto de vista permite identificar algunos indicadores de las políticas de drogas, que no propongo circunscribir en este momento a la marihuana, una sustancia específica y que, por sus características particulares, necesita un tratamiento diferenciado. Conviene también recordar que las sustancias de abuso potencial incluyen productos de

venta legal como lo son el alcohol y el tabaco. Por supuesto, hay especificidades en cada comunidad y variaciones en el tiempo que inciden sobre la situación y que exigen ajustar las políticas a esas realidades. Sin embargo, aunque sea de forma aproximada, los indicadores permiten evaluar el grado de eficacia —o ineficacia— de las políticas de drogas y su impacto en el disfrute de los derechos humanos.

El derecho a la vida

Diversas agencias de la Organización de las Naciones Unidas informan que cada año hay alrededor de 400 mil muertes debidas a las drogas. Muchas de esas muertes se podrían evitar con políticas diferentes. La tasa de mortalidad debida a las drogas varía considerablemente de un país a otro. Hay países que declaran tres muertes causadas directamente por las drogas por millón de habitantes y por año, y hay otros que confiesan hasta 700 muertes por millón de habitantes por año —esto sin siquiera salir de Europa—. Entre estos dos extremos se encuentran otros países, con tasas de mortalidad variadas.

Las diferencias se explican en gran medida vinculando las tasas de mortalidad por drogas con las políticas de drogas vigentes en esos países.

Actualmente, Portugal es el país con la mejor reputación respecto del número de muertes asociadas con el uso de drogas, con la tasa de mortalidad más baja. La evolución de la política de drogas en Portugal y sus efectos, muestran la relación causal entre ambas. En la década de los años noventa, Portugal tenía un problema serio de drogas y padecía un amplio espectro de consecuencias: alta tasa de adicciones, muertes, transmisión de VIH/SIDA y otras enfermedades, criminalidad, hacinamiento penitenciario. Por ello, en el año 2000 adoptó una nueva legislación que entró en vigor en 2001. Despenalizó totalmente el uso de todas las drogas y la posesión de pequeñas cantidades de sustancias psicoactivas para uso propio. Apoyó esa medida con políticas sociales, con políticas de sanidad pública, con oferta y protección de empleo para los afectados, facilitando el acceso a la vivienda, etcétera.

La situación cambió a partir de ese momento: se redujo el uso problemático de drogas —entre ellas, la heroína—, aumentó ligeramente

el uso de marihuana, disminuyeron las muertes como consecuencias de sobredosis y las transmisiones de VIH.

En el otro extremo, 700 muertes por millón de habitantes y por año: se trata de un país que prohíbe el tratamiento de sustitución con metadona u otros opiáceos, y cuya justicia criminal castiga severamente el uso de drogas con penas de hasta cuatro años de prisión.

Las muertes por sobredosis sirven, así, como indicadores de la eficacia de las políticas de drogas, y de la protección o del respeto del derecho a la vida como uno de los derechos fundamentales.

Hay otros indicadores, como el sufrimiento: la tortura está prohibida, y la prohibición se extiende a los tratos inhumanos o degradantes. La ya mencionada privación de un tratamiento razonablemente capaz de aliviar a un niño o una niña de episodios graves y repetidos de convulsiones debidos a una forma severa de epilepsia puede calificarse de violación del derecho a la dignidad humana. Es dable considerarla una conducta cruel, ya que hablamos de dolor y sufrimiento que se pueden tratar, pero al que una decisión política impide aliviar. Un tratamiento a base de cannabidiol podría disminuir el sufrimiento del paciente así como el de las personas de su entorno, sin menoscabo de los intereses o derechos de otras personas y sin riesgos sociales. Sin embargo, las políticas sobre drogas lo impiden.

Como anticipé, las entidades legitimadas para determinar si eso suscita problemas desde la perspectiva de los derechos humanos todavía no se han pronunciado. Pero yo adelanto que una elección como la mencionada en política sobre drogas podría implicar una violación del derecho al respeto de la dignidad de las personas y el derecho a no sufrir innecesariamente.

Las medidas de reducción de riesgo y las consecuencias de su ausencia pueden ser consideradas como otro indicador. Suiza, por ejemplo, recientemente declaró que había bajado a cero la tasa anual de transmisiones de VIH entre personas que se inyectan drogas. Hace un año, o poco más, España aseveró que había bajado a cero la tasa anual de transmisiones de VIH entre personas que se inyectaban drogas en prisión. Las cárceles constituyen un entorno en el que, en general, la gente corre más riesgos de transmisión de VIH, de hepatitis C y de otras enfermedades contagiosas, y donde la tasa de transmisión de estas enfermedades es más alta entre las personas que se inyectan drogas. Sin embargo, las medidas de prevención y de reducción de daños —si las políticas de drogas

las preconizan o permiten— son eficaces para limitar o reducir el daño y, en consecuencia, para preservar el goce de los derechos humanos.

Derecho a la libertad

¿Qué pasa cuando se envía a prisión a alguien como consecuencia del uso de drogas? Se le priva de un derecho fundamental, lo que está justificado en ciertas condiciones cuando responde al interés de la sociedad, cuando se trata de castigar un delito y de reprimir un tipo de criminalidad.

Pero si el uso de drogas se debe al estado mental de una persona, o a una enfermedad o padecimiento, aunque no haya sido diagnosticado como, por ejemplo, haber sufrido abuso en la infancia, ¿se justifica la sanción? Castigada así la evasión mediante las drogas de la torturante evocación del abuso en su infancia, el adicto sufre un castigo por lo que otros le hicieron, independientemente de los acontecimientos, las vivencias, el camino o el tiempo que haya pasado desde entonces.

El número de personas privadas de su libertad por drogas —por el solo uso de drogas— es enorme. Hay países donde hasta 40 o 50 por ciento de la población penitenciaria está privada de libertad por consumir drogas o por delitos no violentos asociados a su problema con las drogas. Se trata del derecho a la libertad que por supuesto puede ser limitado, pero, en una sociedad democrática, solamente si es estrictamente necesario y cuando se respete el principio de proporcionalidad. Según estadísticas facilitadas por las agencias de la Organización de las Naciones Unidas, globalmente, sin grandes diferencias entre países, comunidades, etnias y capas sociales, aproximadamente uno por ciento de la población está constituido por usuarios problemáticos de drogas, y aproximadamente siete por ciento por usuarios ocasionales de drogas.

Pensemos lo que esto significa. Querría decir, por ejemplo, que si se criminaliza el consumo de drogas en México y se castigase efectivamente con prisión, habría que enviar a nueve millones de personas a la cárcel. Si sólo se castigase a los usuarios problemáticos, a los adictos, habría que enviar a la cárcel a un millón trescientas mil personas que en realidad son enfermos, gente a la que habría que ofrecer tratamiento y ayuda, no castigo.

Ésas no son cuestiones ajenas a los derechos humanos. Hay mujeres adictas a las drogas que recurren al menudeo, al tráfico de drogas, para financiar su propio consumo, y muchas acaban en prisión —esta es una categoría que, en ciertos países, representa una parte desproporcionada de la población penitenciaria—.

Hay una clara correlación positiva —o «negativa», si prefieren— entre la elección de políticas sobre drogas y esas consecuencias: muertes por drogas, personas en prisión, transmisiones de enfermedades por vía sanguínea, etcétera. Cuando esas consecuencias se pueden evitar con un cambio en la política sobre drogas, se vuelve una exigencia responder a cuestiones importantes desde la perspectiva de los derechos humanos. Aquí entra también en juego la ética, la reducción de daños, la autonomía individual, la salud pública.

La legalización de la marihuana terapéutica es una realidad que está ganando adeptos entre los países europeos y no europeos. La despenalización del consumo y la posesión de drogas para uso propio han demostrado su valor, despenalización de derecho en algunos países, de hecho en muchos otros donde el castigo del consumo se mantiene en la ley penal, pero que en la práctica no se aplica. Sin embargo, esta discrepancia entre las disposiciones legales en vigor y la práctica se convierte en un instrumento de discriminación, ya que muchas veces la aplicación —posiblemente parcial o sesgada— se limita a ciertos segmentos de la población. La discriminación también incide sobre el goce de los derechos humanos.

Espero haber contribuido con un grano de arena a esta discusión importante sobre políticas de drogas, sobre las políticas que México adoptará en el futuro en relación a la marihuana y que deben tomar en cuenta los derechos humanos y ser el resultado de un proceso de buena gobernanza democrática.

DERECHOS HUMANOS EN EL DISEÑO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA MARIHUANA

SANTIAGO OÑATE LABORDE*

Habré de referirme al tema de la regulación jurídica de la marihuana dentro del contexto de los derechos humanos, por ser precisamente este enfoque a partir del cual considero que podemos tener la dimensión bioética de un fenómeno social de singular importancia.

Celebro que la reflexión que en nuestro país se hace sobre la regulación de la marihuana tenga como uno de sus componentes a la bioética y tenga como uno de sus actores a los médicos, esto, sin duda dará una mayor riqueza y rigor a las políticas públicas que vengán a delinearse.

* Licenciado en derecho por la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó estudios de especialización en derecho procesal en la Universidad de Pavia, Italia; asimismo, cursó estudios de posgrado en la London School of Economics and Political Science y en la Universidad de Wisconsin. Ha ocupado un gran número de cargos en el gobierno de México. Fue Diputado Federal en la LIII Legislatura, Embajador de México ante la Organización de Estados Americanos, Procurador Federal del Medio Ambiente, Jefe de la Oficina de la Presidencia de la República y Secretario de Asuntos Internacionales del Partido Revolucionario Institucional. Ha sido Secretario del Trabajo y Previsión Social, Presidente Nacional de su partido, Embajador de México en el Reino Unido, entre otros. Desde 2013 se desempeña como observador permanente de México frente al Consejo de Europa. También ha impartido cátedra en la Universidad Autónoma Metropolitana, en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la University of Wisconsin-Madison y en Leiden University.

En el contexto internacional, las drogas en general, y la marihuana en particular, han sido materia de acuerdos internacionales que se centran en el propósito de erradicar las drogas mediante la criminalización de todas aquellas conductas involucradas en su producción y distribución. El acento se ha puesto en la aplicación de sanciones, en el establecimiento de prohibiciones y en el combate a las adicciones mediante el derecho penal. Los adictos son, desde esta óptica, criminales a quienes debe sancionarse. La prevención y el tratamiento ocupan, a lo sumo, un lugar secundario.

En particular, a partir de los años setenta del siglo pasado, los Estados Unidos han impulsado una serie de políticas públicas encaminadas a erradicar las sustancias psicotrópicas y a sancionar con rigor a quienes las emplean con fines no terapéuticos. Se inició así lo que vendría a conocerse como guerra contra las drogas. Las drogas y su consumo son consideradas como un enemigo público de los Estados Unidos. Uno de los primeros objetivos de esta guerra fue México, país que abastecía con importantes cantidades de cannabis la revolución contracultural de los años sesenta. Operaciones militares de importancia se dieron en los países andinos con el despliegue de fuerzas especiales del ejército para destruir sembradíos de coca, laboratorios de procesamiento y redes de narcotraficantes. La convención internacional de 1988 (Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas) vino a fijar ese criterio prohibicionista, que tiene por centro a la droga, a la sustancia, no así a la persona, al usuario o al paciente. Contra lo que a menudo se dice, no hay en la convención de 1988, como tampoco en las de 1961 y 1971, ninguna obligación específica de tipificar como delito el uso de drogas *per se*. Los tratados internacionales sólo establecen un sistema de estricto control de la producción y el suministro de todas las drogas controladas para fines médicos y científicos, a la vez que introducen sanciones para luchar contra la producción y la distribución ilícita de esas mismas sustancias para otros fines. No es sino hasta la década de los noventa cuando se busca endurecer el contenido de las normas relativas a los estupefacientes, impulsándose el paradigma de sancionar penalmente a los consumidores y, en general, a toda persona que participa en la producción, procesamiento, tráfico, distribución, oferta y consumo de las sustancias clasificadas como estupefacientes y sustancias sicotrópicas ilícitas.

En consecuencia, en su origen se trató de normas que buscan prohibir y destruir una sustancia. Al correr del tiempo, ante el escaso éxito de dichas políticas, se comenzó a imponer el criterio de considerar al adicto como un criminal, como un delincuente al que era preciso sancionar. En esa filosofía avanzaron por largos años los países sin percatarse, sin aquilatar plenamente, que al final del día toda política pública tiene como destinatario, como referente, al ser humano y que éste, en el mundo en que vivimos, es un ser dotado de derechos y de obligaciones, es, en esencia, una persona dotada de libre albedrío. Las políticas prohibicionistas a menudo trataron de justificarse con criterios de moralidad, pública o privada, de salud pública o de protección social, sin llegar a precisar ninguno de estos enfoques.

Cuando en la ecuación se incorpora el concepto de derechos humanos, la aproximación al fenómeno drogas y su regulación tiene una transformación importante. Y es ahí donde, en el periodo que hoy vivimos, empiezan a experimentarse y registrarse sensibles cambios en las políticas públicas que los países aplican para atender el tema de la drogadicción.

El uso de las drogas es, sin duda, un fenómeno social complejo que involucra a los usuarios, a las sustancias y al contexto en el que dichas drogas son adquiridas y empleadas, pero es también un tema controvertido sobre el que su simple discusión despierta debates extremos de opinión pública, ya que no es infrecuente que se dé una satanización de las conductas y se coloque como buena o mala una determinada posición. Así, para algunos, el sancionar el uso de las drogas se vuelve el elemento bueno o positivo, un fin deseable al que deben encaminarse las políticas públicas relativas al uso de sustancias sicotrópicas. Para otros, por el contrario, la adopción de políticas de corte prohibicionista, constituye una postura inadmisibles. No es este el marco en el que puedan surgir políticas públicas eficaces. La realidad es bastante más compleja que lo que estas simplificaciones sugieren, pues pierden de vista el que los derechos humanos, estando al centro del debate contemporáneo de cualquier tema, introducen el concepto de libre albedrío de la persona, y vienen a constituir un valladar, una barrera, una defensa ante todo intento de imponer a ultranza soluciones absolutas o unívocas.

Cuando se diseña una política de drogas teniendo como centro a los derechos humanos, son varios los elementos a tomar en cuenta. Un ejemplo claro es el que nos dio la Suprema Corte de Justicia de la

Nación en noviembre de 2015, al considerar el derecho individual, el derecho humano de quien hace uso del cannabis, de la marihuana, como un bien jurídico a proteger.

Pero no es ése el único contexto en el que los derechos humanos juegan un papel dentro del diseño de las políticas públicas destinadas a controlar o a prevenir el uso del cannabis, lo es, sobre todo, cuando vemos aquellas políticas públicas centradas en la criminalización, es decir, en la imposición de una pena de prisión a quien usa la marihuana, que tiene como consecuencia su privación de libertad y su entrada a la prisión.

Así, por ejemplo, en Europa y Asia Central, una de cada cuatro mujeres que están en prisión por ofensas no violentas, están ahí por uso de droga, donde también hay una perspectiva de género que no puede, ni debe soslayarse.

Cuando contemplamos los números de personas que hoy están en el mundo en las prisiones por uso ocasional de droga, encontramos también una situación de alta preocupación para los derechos humanos. Pensemos en nuestro país, no es necesario ir más lejos, las condiciones imperantes en los centros de reclusión, para decirlo de modo suave, no son lo que deseamos, no son las idóneas para la rehabilitación de la persona, tampoco lo son para la protección de la sociedad.

Pero hay algo más; cuando hablamos de personas que están privadas de su libertad, no debe olvidarse que en el derecho constitucional mexicano, la facultad de privar a un individuo de su libertad está sujeta como en todo estado de derecho a la existencia de una ley previa, a la realización de un procedimiento en el cual tenga el derecho a ser oído, donde pueda defenderse, pero también en derecho mexicano las penas de prisión deben cumplir con una finalidad, la rehabilitación social del interno.

Y es aquí donde pregunto con toda seriedad, ¿para un usuario de marihuana la prisión es garantía de rehabilitación? ¿Es precisamente eso lo que va a ocurrir en la prisión? ¿Es eso lo que ocurre en nuestros centros penitenciarios?

Entonces, lo que vamos a tener es una suma de situaciones contrarias a los derechos humanos para el sujeto que va a estar privado de su libertad en condiciones que no le van a facilitar su rehabilitación y que, por el contrario, le van a generar un estigma que hará, al momento de su liberación, todavía más complicada su existencia y su posibilidad de reinsertarse en la sociedad.

Reflexiones como éstas, son las que condujeron a países como Jamaica a considerar muy seriamente si debía criminalizarse o no el uso de la marihuana, ahí apreciaron que gran número de su población carcelaria por uso de marihuana eran jóvenes, lo cual corresponde también a la pirámide poblacional del país. ¿Pero qué ocurría con estos jóvenes? Que por virtud de las mismas leyes existentes en Jamaica, quien está en prisión por un delito como el uso de la marihuana, queda con antecedentes penales que, entre otras cosas, le van a impedir su incorporación al mercado de trabajo, le van a impedir el poder solicitar una beca para realizar estudios y le van a sumir en la marginalidad.

Por tanto, lejos de que la prisión en estos casos contribuyese a mejorar las condiciones de la persona, venía a deteriorarlas. Así, cuando hablamos de tener en consideración los derechos humanos cuando se diseñan las políticas de drogas, no sólo atendemos como primer elemento la libertad individual de quien quiere o no quiere usar la droga, debemos atender también a los derechos humanos que pueden verse afectados con motivo de la aplicación de una política prohibicionista que criminaliza el uso de las drogas, porque éstos —los derechos humanos de la persona— también van a tener que ser contemplados con seriedad cuando se diseñen las políticas públicas en la materia.

Todo esto refiere las consecuencias que tiene el prohibicionismo tal y como se ha aplicado en muchos países, como el surgimiento de bandas de crimen organizado para el cultivo y para el tráfico de esta droga, así como la forma en que las mismas bandas de crimen organizado penetran y corrompen el tejido social.

Cuando se examina el contexto global, cuando se miran contextos más amplios sobre el problema de las drogas, una cosa que se aprecia es que existen tendencias a nivel comparativo, no existen soluciones únicas. Cada país, idealmente mediante procedimientos democráticos, diseña y aplica soluciones que para el mismo resultan apropiadas.

El uso del cannabis en ciertos países, y estoy pensando sobre todo en los europeos, es tolerado en unos, totalmente prohibido en otros, y las reglas que regulan su uso varían considerablemente de país a país, y no sólo varían, sino que tienen aspectos sustantivos distintos.

En cierta forma, no sin riesgos de simplificación, podemos decir que en la Unión Europea, de 28 países, todavía en seis de ellos el uso del cannabis constituye una infracción penal. Esto es así en Francia, Gre-

cia, Suecia, Finlandia, Chipre, Hungría y Noruega. En cada uno de estos países existen, sin embargo, diferencias en cuanto a la consistencia en la aplicación de la penas y en la mayor o menor discrecionalidad con la que las autoridades persiguen los delitos vinculados al consumo de drogas. En otras regiones, en cambio, el uso del cannabis no constituye un delito que se vea aparejado por una pena de prisión, sino que constituye una infracción de carácter administrativo que normalmente se ve acompañada de una multa o de algún otro tipo de figura, pero no de la privación de libertad. Esto ocurre en siete países: Portugal y España, cuando nos referimos al uso de cannabis en lugares públicos, y Luxemburgo, Bulgaria, Estonia, Letonia y Lituania.

En 15 países más, el uso de la marihuana, en tanto que tal, no está prohibido por la ley, ni como delito ni como falta administrativa. Se encuentran dentro de este grupo mayoritario: Bélgica, Dinamarca, Países Bajos, Italia, Alemania, Austria, Reino Unido, Irlanda, Malta, República Checa, Polonia, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia y Rumania.

Llama poderosamente la atención que en los estudios con que se cuenta sobre el incremento en el uso del cannabis por habitante, no se aprecie relación alguna con el que el país sea un país en donde está autorizado el uso, respecto de aquéllos en donde está prohibido. Esto es, no puede predicarse que aquellos países que han dejado de sancionar el uso del cannabis estén propiciando un mayor número de adictos, al menos no a nivel estadístico.

Todo esto lleva a la necesidad de que dentro de un enfoque ético, se atienda al rigor y veracidad de las investigaciones. Al ser un campo de controversia y un asunto en donde suelen despertarse fuertes debates, es preciso evitar que se distorsionen las cifras o, llanamente, que se mienta con las mismas. Creo que aquí es importante atender siempre a la veracidad de los estudios y ver cuál es el efecto que determinadas políticas públicas ha tenido.

Un punto que quiero señalar también es que cuando se habla de la regulación de la marihuana, se utilizan expresiones que no tienen siempre los mismos significados, por ejemplo, se habla de liberalización, se habla de legalización, se habla de despenalización, se habla de descriminalización. No son sinónimos.

Cada una de estas expresiones tiene un contenido distinto, al menos en sentido jurídico. Así, la noción liberalización es más bien una noción

de carácter económico, atiende a la creación, a la permisión de la creación de un mercado más o menos regulado.

La legalización, en cambio, viene a representar la consideración que el poder legislativo hace sobre las formas en las que se consiente, o no se consiente, el uso de una determinada sustancia. Es la determinación de la consecuencia que en derecho tendrá una conducta, sea como lícita o como prohibida.

El término descriminalización es aquél por el cual el uso, el consumo o cualquier actividad legalmente determinada relacionada con la marihuana o con la droga deja de estar penalizado con la privación de libertad, y es aquí en donde a mi juicio se ha avanzado más y mejor dentro de los países que buscan una conjunción entre su tratamiento al uso del cannabis y los derechos humanos, y es aquí donde se abren, a mi juicio también, puertas para una nueva regulación de un fenómeno social, sin duda importante, y con consecuencias sobre la vida social y pública de gran trascendencia.

¿Por qué apelar a los derechos humanos en este debate? ¿Por qué insistir en una perspectiva de derechos humanos en el diseño de las políticas públicas en torno a la marihuana?

Se apela a los derechos humanos en este debate porque éstos constituyen un límite para la intervención del poder público en la vida de los ciudadanos y también porque, al hablar de derechos humanos, estamos generando los espacios para la liberalización, para la libre expresión y desarrollo de las personas. Se parte del reconocimiento de la persona como un ser dotado de libre albedrío.

Un último elemento por el cual los derechos humanos no pueden estar ausentes en este diseño de políticas públicas sobre el uso del cannabis, es precisamente porque un derecho humano fundamental es el derecho a la salud, y ahí es donde el saber médico y la bioética vienen a desempeñar una función importante en lo que será el diseño de las políticas públicas.

Como señalaba brevemente, no existe hoy día un modelo único de legislación sobre cannabis, lo que sí existe es una convicción generalizada de que las políticas impulsadas por más de 30 años en el sentido de prohibir, de reprimir y de criminalizar, no han producido el resultado que se habían propuesto. La «guerra contra las drogas» ha fracasado.

Recordemos que se hablaba de «un mundo libre de drogas»; no sólo no hemos llegado a él, nos hemos alejado del mismo, los recursos eco-

nómicos y humanos que el mundo ha gastado en esta búsqueda del «mundo sin drogas», son cuantiosísimos, la mayoría se han ido en armamento, en mecanismos de detección, intercepción, arrasamiento de zonas de cultivo y de represión de las conductas contrarias, esto tanto a nivel nacional como internacional.

En cambio, los fondos destinados a la prevención o para el tratamiento suelen ser una mera adición al esquema, suelen ser algo que se deja como un mero colofón, cuando en un enfoque que privilegie los derechos humanos la situación es la inversa, cuando en un enfoque se quiere privilegiar el concepto de salud pública entendido como un derecho humano, serán la prevención y el tratamiento los que tengan un presupuesto, un componente de mayor entidad que los destinados a fines represivos. Esto es lo que sigue para adelante: la construcción, en democracia, de políticas públicas que pongan a la persona y sus derechos en el centro del diseño.

No puedo terminar sin dejar de señalar una situación que por fortuna no existe en nuestro país pero está presente a nivel global, que me parece, quizá, la mayor afrenta a los derechos humanos cuando se habla de adicciones y cuando se habla de cannabis: la existencia hoy día, todavía, de 33 países en el mundo en los que el uso de la marihuana puede verse sancionado con la pena de muerte. Esto me parece una conducta todavía más alejada de lo que es el respeto a los derechos humanos.

Concluyo diciendo que el camino en las reformas de las políticas públicas que tienen que ver con cannabis es un camino largo, es un camino sinuoso en el que afortunadamente nuestro país viene dando avances, viene dando pruebas de buscar nuevas soluciones para problemas que se han arrastrado ya por demasiados años y que hoy exigen de nuevos y mejores esfuerzos. La atención que la Comisión Nacional de Bioética viene dando al tema, es sin duda, un buen signo.

POLÍTICAS EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN Y LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN EL CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES

ANTONIO MAZZITELLI*

El tema de la legalización y de la regulación de la marihuana debe plantearse en un contexto amplio, bajo la postura de una sociedad abierta y democrática, como la que nos describe el filósofo inglés Karl Popper, relacionándola con otros temas y otras drogas. Debería encontrarse el equilibrio entre las libertades individuales y las obligaciones colectivas, entre el derecho de cada individuo a determinar su propia vida, incluso también a través del uso de sustancias, y la obligación por parte de las instituciones y de la sociedad de limitar y eventualmente regular el uso de esta libertad.

* Encargado de la Oficina de Enlace y Partenariado (Liaison and Partnership) en la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito en México desde noviembre de 2012. En 1990 se incorporó al secretariado de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas (JIFE), en Viena. Desde 1992 ha trabajado con diferentes cargos en la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) en la sede de Viena, en Nigeria y Colombia. En 2009 fue nombrado Representante Regional para México, Centroamérica y el Caribe con sede en la Ciudad de México, y en 2012 negoció con el gobierno de México la apertura de la primera Oficina de Enlace y Partenariado de la ONUDC en el mundo. Ha publicado diversos artículos relacionados con las drogas y el crimen organizado en Colombia, España, Italia, México, Nigeria, Estados Unidos y Reino Unido. Es licenciado en derecho por la Universidad de Bolonia, Italia, y tiene un posgrado en Cooperación Internacional y Políticas de Intervención en Países en Desarrollo por la Facultad de Ciencias Políticas de la misma Universidad.

El año pasado participé en diferentes diálogos del Congreso y del gobierno de México, y uno de los puntos que he tratado de poner sobre la mesa, en mi calidad de Representante de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, ha sido, justamente, tratar de salir del tema exclusivo de la marihuana para empezar a mirar al problema de las drogas en toda su complejidad, al impacto que las drogas tienen en nuestras comunidades, independientemente del producto, sea esto marihuana, cocaína o alcohol.

Seguir hablando de marihuana no hace nada más que preparar el escenario para mercados en su gran mayoría manejados por grandes multinacionales. Si hoy en día miramos la forma en que los mercados de las drogas lícitas están organizados, nos daremos cuenta de que todos estos mercados están organizados bajo oligopolios en todo el mundo. Desafortunadamente, la regulación de la marihuana no será diferente. La marihuana es hoy en día, probablemente, el último producto que puede permitir ofrecer a los grandes capitales la oportunidad de crecer. Y es por esta razón que hoy seguimos hablando de marihuana olvidándonos que el debate acerca de las políticas sobre el consumo y los mercados de drogas debería ser mucho más amplio. Parte de mi presentación se enfocará justamente en la urgencia de ampliar este debate, sobre todo si queremos plantear verdaderas estrategias de prevención enfocadas en los adolescentes.

Lo que queremos de nuestros jóvenes y adolescentes es que sean ciudadanos responsables, independientemente de la sustancia, lícita o ilícita, que decidan consumir. En otras palabras, queremos que los jóvenes sepan tomar decisiones responsables para su futuro, y para ello el debate no tiene que limitarse al tema del consumo de sustancias, sino incluir otras problemáticas sociales como el *bullying*, la cultura de la ilegalidad y el crimen organizado.

Después de esta introducción paso a mi presentación. Primeramente presentaré el trabajo de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito en México y en más de 50 países alrededor del mundo. Seguiré después con un análisis de la situación de consumo de drogas ilícitas en el mundo, para concluir con unas recomendaciones de políticas públicas en materia de prevención del consumo de drogas ilícitas.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito es una agencia especializada del Secretariado General de las Naciones Unidas. Nuestra Oficina Central está en Viena, Austria, y tenemos uno de

los mandatos más antiguos de todo el sistema de las Naciones Unidas: las primeras convenciones para la fiscalización de drogas tienen más de 100 años y en gran parte han logrado su objetivo.

Junto a la fiscalización de los mercados ilícitos de drogas (casi todas las drogas ilícitas se producen, comercializan, distribuyen y consumen también lícitamente para fines farmacéuticos), la Oficina se ocupa de identificar las tendencias y desarrollos de los mercados ilícitos de drogas en el mundo. Hoy en día, frente a 180 sustancias que están reguladas por las convenciones internacionales a nivel mundial, hay más de 450 nuevas sustancias que han llegado a los mercados y al consumo, principalmente de los jóvenes, en solamente ocho años. Una gran parte de estas sustancias que se conocen con el nombre de Nuevas Substancias Psicoactivas (NPS en inglés) son *a-legales*, es decir, no tienen una clasificación jurídica, ya que no son ni ilegales ni legales.

La Oficina tiene también el mandato de investigar y asesorar a los Estados miembros en su lucha contra el crimen transnacional organizado, que se beneficia enormemente de los mercados ilícitos de las drogas. El crimen organizado no refiere solamente a los narcos como desafortunadamente demuestra la experiencia reciente de la violencia en México, sino que incluye además la disputa de todos los mercados ilícitos. Es esta disputa entre bandas criminales lo que genera inseguridad y violencia. En este sentido, eliminar uno de los mercados criminales, el de las drogas, no implica necesariamente la reducción o, bien, la eliminación de la violencia de los operadores criminales. Los que tratan de justificar la legalización de marihuana con un escenario de reducción de la violencia se equivocan, ya que no quieren detenerse a examinar y analizar el funcionamiento de las organizaciones y los mercados criminales.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito también tiene un mandato en materia de lucha a la corrupción, ya que los mercados ilícitos funcionan gracias a la corrupción. Por último, la Oficina se ocupa de asistir a los Estados miembros de la ONU en la implementación de las convenciones relacionadas con la prevención del terrorismo. Aunque sean de una naturaleza distinta a la del crimen organizado y de las organizaciones criminales, los grupos terroristas frecuentemente operan en los mismos mercados de las organizaciones criminales.

Con esta presentación del trabajo de la Oficina quiero resaltar la función de las diferentes agencias y programas de las Naciones Unidas para

asistir y servir a los Estados miembros. Las agencias y los programas de la ONU facilitan el diálogo entre los Estados para la toma de las decisiones y, en ese sentido, tenemos la obligación de organizar y desarrollar las reuniones de los órganos de decisión política de las convenciones. Para la ONUDD, y con respecto al tema de la marihuana, estas convenciones son las de fiscalización de drogas de 1961, 1971 y 1988.

Hoy en día hay alrededor de 190 países miembros de estas convenciones. El objetivo principal de las convenciones internacionales, y en específico la Convención de Naciones Unidas de 1961 relacionada con drogas naturales, la Convención de 1971 relacionada con drogas sintéticas y sustancias psicotrópicas, y la Convención de 1988 contra el tráfico ilícito de estupefacientes, es preservar la salud del individuo y fiscalizar y regular los mercados lícitos de drogas. En México trabajamos, por ejemplo, con la Cofepris y la Secretaría de Salud para facilitar, desarrollar y empujar el consumo medicinal de morfina. Es nuestro deber facilitar el acceso a las drogas controladas cuando éstas tengan uso científico o farmacéutico y que genera un beneficio a la salud de los individuos.

Fuera de estos usos, el consumo de drogas se puede volver extremadamente peligroso. No se trata de una postura ideológica. Es, al contrario, una postura enfocada en los riesgos y los beneficios del producto. En esta perspectiva, el principio rector de las convenciones mencionadas es que las drogas son peligrosas por su capacidad de generar adicción y por sus efectos en quien las consume. Por estas razones, las drogas no tienen que ser prohibidas sino fiscalizadas o controladas. Mientras menos drogas circulen libremente, habría menos riesgos de adicción de la población y menos problemas en materia de salud pública.

Una de las tareas que la ONUDD se ha dado en estos últimos 15 años, ha sido tratar de hacer frente al fenómeno de las drogas, del crimen organizado, del lavado de activo, de los mercados ilícitos y de la violencia con un enfoque más científico, a través de la publicación de diversos informes que se han constituido en publicaciones de referencia en la materia en todo el mundo. Una de nuestras publicaciones es el informe mundial de droga que publicamos el 26 de junio de cada año. Usaré el último informe (de 2016) para presentar nuestros análisis sobre las tendencias en materia de consumo y producción de drogas, incluyendo el tema de la marihuana.

Bueno, ¿cuál es la situación a nivel mundial sobre las drogas? Los datos disponibles sobre la prevalencia al consumo nos dicen que alrede-

dor de 247 millones de personas entre los 16 y los 65 años consumieron drogas ilícitas en el año 2014. Pero el dato que nos debería interesar y preocupar más es que entre estos consumidores se encuentran 29.5 millones de *consumidores problemáticos*, es decir, de individuos que han desarrollado problemas médicos (y sociales) a causa del consumo de drogas ilícitas. A veces el consumo problemático de drogas ilícitas, como la adicción, es producto de otras enfermedades u trastornos mentales; así como en otros casos el consumo de drogas ilícitas es la causa de trastorno mental. Ahora bien, independientemente de la relación causa-efecto, lo que es cierto es que hoy en día hay casi 30 millones de seres humanos que tienen problemas por el uso de una sustancia ilícita y que, de éstos, desafortunadamente sólo uno de cada seis tiene acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación. Son éstos los aspectos que para nosotros se deberían siempre tener en cuenta cuando se aborda el debate sobre políticas de drogas, independientemente de si estamos hablando de heroína, cocaína o marihuana. La pregunta que tenemos que hacernos debería ser en torno a la manera en que podemos ayudar a esta gente, sus familias y sus comunidades, así como la forma de prevenir estas situaciones. No podemos olvidar que el consumo de drogas ilícitas mata. Según los datos disponibles, 207 mil 400 seres humanos en el mundo murieron por consumo y abuso de drogas en 2014. Considerados los servicios forenses y de salud de muchos países del mundo, creemos que estos datos son una estimación muy por debajo del costo real pagado por la humanidad a las drogas ilícitas cada año.

La marihuana es la droga más consumida en el mundo. En 2014 alrededor de 185 millones de personas, entre los 16 y 65 años, consumieron marihuana al menos una vez en el año. Desde el punto de vista de la oferta (y su reducción), los datos disponibles indican una substancial estabilización de las incautaciones a nivel mundial (5 mil 834 toneladas). Más de 140 países en el mundo reportaron la erradicación de cultivos de marihuana en sus territorios. Esto parece indicar que, cada vez más, la marihuana se está volviendo una sustancia de producción y consumo local y por esta razón poco atractiva para las organizaciones de traficantes internacionales, por ejemplo, los cultivos en invernaderos de Alaska podrían producir marihuana de mejor calidad de la que se produce en Sinaloa o en Jamaica.

Considerado que en la industria de las drogas el principio que guía a los operadores clandestinos es la reducción de los riesgos (incautaciones y persecución judicial) y la contemporánea maximización de los beneficios económicos, una eficiente estrategia para los operadores clandestinos de los mercados de drogas sería producir el bien traficado lo más cerca de sus mercados de destino. En ese sentido, es claro que el fenómeno de la legalización en los Estados Unidos producirá una caída de las exportaciones ilegales de marihuana desde México hacia estos mercados. Los excedentes de marihuana mexicana que no encuentren salida en los mercados del norte del continente serán redirigidos hacia los mercados locales a muy bajos precios.

Uno de los efectos más perversos del debate actual sobre la marihuana es la banalización de su consumo y la baja percepción por parte de los jóvenes de la peligrosidad de la sustancia, como también de su disponibilidad y accesibilidad. Este fenómeno se comprueba mirando las tendencias de consumo en el mercado de los Estados Unidos: después de una caída en el consumo en los años setenta y ochenta, hoy hay un repunte importante. Un fenómeno similar está pasando en la Unión Europea, en donde los datos indican una estabilización de los mercados, y Australia, junto con los mercados asiáticos, se caracteriza por ser un mercado emergente. En síntesis, todo parece indicar que los mercados y la prevalencia al consumo de la marihuana van a la alza, considerados el crecimiento de la población mundial y que son siempre los jóvenes los que más consumen. Entonces, el problema y el mercado del futuro no serán representados por adultos maduros, sino por jóvenes que empiezan a consumir hoy y que en 20 años estarán probablemente consumiendo todavía.

En términos del impacto de las políticas de legalización, los experimentos de legalización en algunos estados de los Estados Unidos parecen indicar un aumento de la prevalencia de consumo, con la única excepción del estado de Alaska (este aumento no es un referente a nivel federal). Lo mismo sucede respecto a la prevalencia y el consumo en Uruguay, el único país del mundo que ha legalizado el consumo recreativo de marihuana.

El consumo de marihuana tiene afectaciones a la salud, pero también frecuentemente escuchamos hablar de marihuana terapéutica. Es cierto que el uso de preparados farmacéuticos a base de marihuana pueden ser de beneficio en el tratamiento de algunos padecimientos, es cierto también que el uso de la marihuana *per se* puede ser dañino, ya que

sus diferentes componentes pueden conllevar distintos efectos en diferentes individuos. Cuanto dicho es ampliamente comprobado por los datos sobre llamada de emergencia en el estado de Washington, en donde se registró un alza importante de este tipo de intervención médica a partir de los años 2009-2010, años en que se introdujo la marihuana medicinal.

Para la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, con respecto a la legalización de la marihuana, ésta es una sustancia peligrosa que tiene un impacto en la salud de los individuos, en particular de los jóvenes. Al mismo tiempo, y como para cualquier otra sustancia controlada, reconocemos que hay posibles usos farmacéuticos de beneficio a la ciencia médica y en ese sentido la Oficina considera bienvenidos todos los avances de la ciencia médica y farmacéutica dirigidos a investigar y aprovechar eventualmente de los beneficios terapéuticos de los productos derivados de la marihuana. El uso farmacéutico tiene que ser cuidadosamente separado del uso recreativo. Una cosa es limitar el uso de una sustancia potencialmente peligrosa y otra es la necesidad de investigar un producto para la identificación de su posible uso en farmacia. En esta perspectiva, la marihuana y sus eventuales derivados farmacéuticos deberían siempre estar bajo los mismos protocolos de investigación y certificación que regulan todos los otros productos farmacéuticos.

Cuando hablamos de políticas de drogas respecto a la marihuana y, en general, en torno a otras sustancias, siempre tendremos que sustentar nuestra postura con el método científico, para derivar políticas públicas fundadas en evidencias. En esta perspectiva la ciencia médica nos sugiere que la marihuana es una sustancia con un alto riesgo de provocar adicción. Ahora bien, y primero, ¿qué es la adicción? Aprovecho el trabajo de la Dra. María Elena Medina-Mora, que nos explica muy sintética y eficazmente que la adicción es una enfermedad que puede volverse crónica, y que, como toda enfermedad, también la adicción puede ser prevenida y curada.

En segundo lugar, es cierto que hay drogas más o menos adictivas. Además, es también cierto que los sistemas sociales y culturales contribuyen mucho al uso y abuso de sustancias, además de que cada individuo tiene reacciones diferentes al uso y abuso de cada una de las sustancias controladas y esto es debido a la predisposición natural de cada individuo. Todo esto nos debería llevar a concluir que no hay una regla general cuando hablamos de sustancias y de drogas. En mi

juventud, he tenido amigos que habían consumido y consumían cocaína, heroína, marihuana. Muchos de ellos no han desarrollado ninguna adicción. Otros, desafortunadamente, han tenido serios problemas por su consumo de drogas, desde contagiarse con VIH/SIDA, hasta perder la vida. Entonces, aun si no podemos generalizar los efectos del consumo de drogas, podemos afirmar que sí hay algunos.

Por último, es cierto también que el estatus legal de un producto también facilita u obstaculiza su difusión y su uso. Desde esta perspectiva, me parece más que legítimo opinar que la remoción de la prohibición a la venta con fines recreativos de la marihuana aumentaría su consumo, ya que la más amplia disponibilidad aumentará la posibilidad de que sea consumida. La pregunta de cuántos de estos consumidores recreativos podrían desarrollar problemas de adicción es otro punto que tenemos que debatir. Lo que no podemos negar es que el estatus legal de una sustancia sí tiene impacto sobre su consumo. Y en esta misma perspectiva sabemos también que las políticas punitivas del consumo muy frecuentemente producen los efectos contrarios a lo que se están buscando, es decir, reducir el consumo de la sustancia y, sobre todo, reducir el consumo problemático de ésta.

Como mencioné antes, la adicción a las drogas tiene todos los caracteres para ser definida a nivel científico como una enfermedad que afecta en particular a los jóvenes. Entre más temprano empieza el consumo de la sustancia, más probabilidades hay de que se generen problemas de salud.

Se habla mucho en el debate de la marihuana sobre si esta sustancia puede ser más o menos dañina que el alcohol, ya que nunca se han registrado decesos causados directamente por el consumo de marihuana. En diciembre del año pasado, uno de los padres de la regulación de la marihuana en los Estados Unidos, Jonathan P. Caulkins, escribió un artículo muy interesante que se volvió referente para aquéllos que quieren mirar el problema desde una postura abierta y crítica. El artículo se titula “The Real Dangers of Marijuana” y en él su autor desarrolla un análisis muy simple sobre los riesgos a la salud de la marihuana, comparados a los mismos generados por el consumo de alcohol. Utiliza como base de datos la encuesta epidemiológica 2013 de los Estados Unidos y, con ellas, el autor llega a estas conclusiones:

Adicción. Según los datos de 2013, en los Estados Unidos había 20 millones de consumidores de marihuana, de éstos, un poco más 4 millones (es decir, 21 por ciento) se definen adictos o adictos con problemas. Los datos relacionados al consumo de alcohol indican que, frente a 137 millones de consumidores solamente 17.3 millones (es decir, 13 por ciento) dicen tener problemas de adicción. Dicho en otras palabras y utilizando los mismos parámetros, mientras que uno de cada 7.9 consumidores de alcohol parece desarrollar adicción, uno de cada 4.8 consumidores de marihuana parecen desarrollar problemas de adicción.

Hospitalización. Lo mismo aplica al peligro de hospitalización provocado por abuso de sustancias. Según los datos de centros de emergencias, el consumo/abuso de marihuana es responsable por 15 de cada 1,000 llamadas para intervención de emergencia, contra cinco de cada 1,000 por consumo de alcohol.

Consumo problemático. Por último, el autor de este importante artículo nos ofrece los datos de autoevaluación de los mismos consumidores de marihuana y de alcohol con respecto a los problemas que le provoca el consumo de esta sustancia. En esta perspectiva, la tasa de los consumidores de marihuana que reconocen tener problemas sociales o médicos es 2.8 veces más alta que los consumidores de alcohol.

¿Cuáles son las políticas hoy en día en el mundo con respecto a la marihuana? Primero: La no persecución penal de uso y posesión con fines personales. La no persecución penal es muy parecida a la despenalización, es lo que hay en México hoy día. Debemos reconocer que en el caso mexicano las tablas que determinan los límites entre consumo personal y narcomenudeo son dramáticamente insuficientes, no tanto para marihuana, pero sí para otras drogas como la heroína.

Segundo: Existen sistemas mixtos, como el de Italia, Portugal o España, en donde junto a la producción y venta con fines terapéuticos, el consumo con fines recreativos está despenalizado. En estos sistemas conviven, entonces, estrategias siempre más abiertas y enfocadas en la protección de la salud y los derechos individuales en materia de consumo y no tanto en la prohibición y persecución con respecto a la venta y los mercados.

Tercero: Encontramos sistemas de legalización abierta, como es el caso de Uruguay, pero también algunos estados de los Estados Unidos. Se ha hablado mucho también de la experiencia holandesa y de

los famosos *Coffee Shops* de Holanda, en donde se puede comprar y consumir marihuana. Ahora bien, la experiencia de algunas municipalidades de Holanda no se puede extender a todo el país, ya que su Código Penal considera a las drogas como ilegales y el Estado holandés persigue eficazmente el tráfico de drogas. Sin embargo, con respecto a la marihuana, el gobierno central holandés ha tolerado que algunas municipalidades desarrollaran sistemas de venta controlada. Esta experiencia no sólo no es común a todo el país, sino que en tiempos recientes el gobierno ha logrado una reducción importante de estos establecimientos.

Por último, tenemos sistemas fundamentados en la prohibición absoluta. Estos sistemas representan la gran mayoría en el mundo.

Entonces, y hablando de políticas de drogas a nivel mundial, quien está en favor de la legalización debería entender que hay otras realidades que es necesario observar, así como tener en cuenta los efectos que la comunicación en términos de percepción de riesgo tiene entre los jóvenes en particular. Es este el caso de la marihuana en los Estados Unidos y su regulación como producto medicinal a partir de los noventa y el consumo entre los jóvenes, que demostró que cuanto más baja es la percepción de riesgo, más alto es el acercamiento al consumo.

Suele argumentarse que la marihuana sólo se venderá a los mayores, pero las experiencias acumuladas con otras drogas, y la misma marihuana, parecen indicar que estas reglas son fácilmente violadas cuando los compradores mayores de edad venden el producto afuera de las tiendas alimentando un mercado negro paralelo y clandestino para los menores. Eso es lo que está pasando en Colorado, donde los niños adquieren el producto abiertamente de sus amigos que tienen la mayoría de edad.

Cuando hablamos de marihuana debemos también tener en cuenta la evolución del producto ¿De qué marihuana estamos hablando? No estamos hablando de la marihuana de hace 30 años, de la marihuana natural y con bajo contenido de THC. Hoy hablamos de una sustancia industrial, en donde los productores tratan constantemente de aumentar sus calidades psicoactivas. Hoy los padres de las regulaciones en los Estados Unidos justamente están tratando de elaborar sistemas en donde el precio de la marihuana y su regulación (eventuales restricciones a la venta) sean determinados por su contenido de THC del producto final. Y en esta perspectiva, ustedes entenderán muy bien lo que esto quiere decir en términos de industrialización de la cadena productiva de la marihuana

y control de sus mercados. Hoy todo esto se hace en Estados Unidos, ¿pero quién más lo puede hacer? ¿Puede un país en vía de desarrollo tener acceso a estas tecnologías? ¿O serán unos pocos productores quienes podrán permitirse estas tecnologías para así controlar los mercados mundiales determinando los estándares de calidad y salud?

Más que un debate mundial sobre marihuana, el debate que necesitamos es el debate alrededor de las políticas de drogas, de reducción del daño, y en torno a las estrategias para romper el círculo vicioso que hoy en día sigue generando estigmatización, aumento de los factores de riesgos, trastorno causado por consumo, criminalidad, etcétera.

La respuesta de la Oficina de la UNODC a estas problemáticas es invertir el círculo vicioso hacia el círculo virtuoso a través de políticas de tratamiento y rehabilitación, políticas sociales para los jóvenes, políticas de desarrollo individual y de las comunidades; estrategias y programas de justicia cuyos resultados tengan una cara humana, que reconozcan los problemas de quien hoy en día se encuentra con problemas de consumo; programas y estrategias de prevención integral para el joven, y también para el adulto, que fortalezcan la familia, sea ésta monoparental o pluriparental.

Nuestras campañas se enfocan en promover el cambio de la coerción a la cohesión evitando el enfoque punitivo. Lo que necesitamos son sociedades, comunidades, más unidas; jóvenes que tengan los instrumentos y el conocimiento para tomar decisiones responsables e interactuar con la sociedad reduciendo su vulnerabilidad; intervenciones y políticas desarrolladas e implementadas por el sistema educativo y las comunidades focalizadas al fortalecimiento de las capacidades del joven en la toma de responsabilidad; la prevención secundaria, es decir, la intervención temprana en los procesos de situaciones de consumo; y por último, al tratamiento y la rehabilitación (prevención terciaria) cuando sea necesario y siempre bajo el principio del respeto de los derechos del individuo.

Parte importante de la prevención terciaria es el sistema de justicia y de administración de las penas para los que han cometido un crimen relacionado con el consumo de drogas. La justicia terapéutica es la respuesta que abogamos para romper el círculo vicioso que hoy en día produce estigmatización e incrementa los problemas de consumo de los infractores consumidores, contribuyendo en su reincidencia criminal. Con la justicia terapéutica estamos tratando de desarrollar modelos de administración de

la justicia que tengan en cuenta los principios médicos, que miren al infractor bajo una perspectiva médica, de tratamiento, y no de punición.

Ante todo esto, es claro que hay que tener en cuenta las exigencias de la sociedad y de las víctimas también, y que no podemos considerar a todos los infractores como inocentes. Quien ha cometido un crimen tiene que pagar algo, pero hay que llevar a los infractores a través de una ruta de entendimiento, de recuperación, de reinserción en la sociedad, si queremos evitar el fenómeno de la reincidencia, de más violencia, de más consumo.

Entonces, ¿cuáles son las grandes propuestas que hacemos? Primera, la despenalización del consumo de todas las drogas. Segunda, un abordaje diferente y más inteligente respecto de algunas tipologías criminales como el narcomenudeo. La tasa de impunidad en México es de 96 por ciento y en un país como Gran Bretaña llega a 50-60 por ciento. Hoy hay toda una tipología de crímenes que son perseguidos y que no vale la pena perseguirlos penalmente. Lo mismo pueden ser perseguidos administrativamente o mediante otro tipo de penas, como las financieras, que hagan el comportamiento económicamente poco o nada rentable.

Por último, la tercera: deben establecerse canales y procedimientos especiales para los infractores consumidores a través de tribunales especiales (que se conocen como corte de drogas o, más apropiadamente, tribunales de justicia terapéutica) que favorezcan y faciliten la recuperación del infractor consumidor.

Termino esta participación con una frase de Jonathan Caulkins: «Hoy en día ningún país del mundo puede permitirse no tener un problema de drogas. Sin embargo, cada país puede todavía decidir el tipo de problema de drogas que quiere». Tratemos, entonces, de ser pragmáticos y busquemos soluciones eficientes.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ABUSO DE MARIHUANA CON ENFOQUE EN GRUPOS EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

MARK KLEIMAN*

El objeto de esta intervención es la política de la marihuana, lo cual se asume cotidianamente como su legalización, no obstante, quisiera sugerir que la legalización no es la única cuestión en el acercamiento a la política en torno al cannabis.

* Presidente de BOTEC Analysis. Experto mundialmente reconocido en la reducción del crimen, la justicia y la política de drogas. Profesor de políticas públicas y Director de la Iniciativa para la Reducción y Justicia del Crimen en el Instituto Marron, de la Universidad de Nueva York; miembro del Comité de Derecho y Justicia de la National Research; miembro del Consejo y coeditor de la Revista de Análisis de Políticas de Drogas. Asistió al Haverford College, graduándose con altos honores en Economía, Filosofía y Ciencias Políticas. Para su educación de posgrado, asistió a la Escuela John F. Kennedy, en la Universidad de Harvard, obteniendo el grado en Política Pública en 1974 y otro en 1983. Durante 19 años fue profesor de políticas públicas en la UCLA. También impartió clases en la Escuela de Gobierno John F. Kennedy de Harvard, fue profesor invitado en la Universidad de Virginia Batten School, y fue el primer profesor de Thomas C. Schelling en la Universidad de Maryland. Kleiman fue asistente legislativo del congresista Les Aspin (1974-1975) y asistente especial del CEO de Polaroid, Edwin Land (1975-1976). De 1977 a 1979, fue Subdirector de Gestión y Director de Análisis de Programas de la Oficina de Gestión y Presupuesto de la Ciudad de Boston. Entre 1979 y 1983, trabajó para la Oficina de Análisis de Políticas y Administración en la División Criminal del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

En los Estados Unidos ha habido un enfoque excesivo en el debate sobre la legalización, y esto ha llevado a una polarización de las opiniones entre quienes apoyan la legalización, argumentando que es inocua, y quienes opinan que debe permanecer ilegal. Este enfoque, sin embargo, no es conveniente, pues el cannabis no está exento de peligros, pero tampoco requiere una prohibición total.

Encontramos numerosos ejemplos de prácticas que toleramos y aceptamos. Una es el tabaquismo, que es legal en todo el mundo, con una regulación en diferentes niveles y que los gobiernos no desalientan. Creo que el modo en que los gobiernos establecen las políticas en torno al tabaco es un buen referente para la política del cannabis.

El objetivo que se persigue en los Estados Unidos es legalizar la marihuana para tratarla como un producto de consumo, tal como el alcohol, pero creo que esta visión puede ser equívoca. La marihuana no es tan dañina como para recibir el estatus de ilegal, pero hay que considerar los riesgos para las personas que la utilizan, y el principal es que la gente pierda el control del consumo, incrementando en volumen y frecuencia cada vez más, hasta llegar, incluso, a afectar la vida de otras personas. A medida que las políticas se vuelven más permisivas, más personas podrán consumir cannabis en cantidades mayores.

En los Estados Unidos la potencia del cannabis (el atractivo para los consumidores) se ha medido con base en el contenido de Tetrahidrocannabinol (THC). Otros cannabinoides, como el cannabidiol (CBD), se han excluido de la evaluación. Así, lo que se encuentra hoy en el mercado es mucho más rico en THC que la sustancia que se vendía hace una generación.

En este mismo lapso, el grupo de personas que reportó consumir marihuana casi a diario ha incrementado en 10 por ciento. Cerca de la mitad de las personas de este grupo cumple los criterios de diagnóstico de desorden de abuso de sustancias; la marihuana se ha convertido en un problema en su vida. Cuando digo esto, todo mundo cree que estoy opuesto a la legalización, pero no es así. Ciertamente debemos legalizarla, pero de una forma determinada.

La creación de una industria del cannabis también conlleva riesgos. Al depender financieramente de la demanda por parte de los consumidores, una industria de este tipo tendría un incentivo fuerte para desarrollar productos altamente adictivos.

Los ocho millones de personas que la consumen a diario en los Estados Unidos, que representan solamente 20 por ciento de los consumidores de marihuana, son responsables de 75 por ciento del consumo total. Esta relación «80/20» es prácticamente idéntica en el caso de la industria del alcohol, que también posee implicaciones para la salud pública: la industria que vende marihuana a los usuarios ocasionales no posee un impacto económico sino hasta que se vuelvan usuarios frecuentes. Las personas que utilizan la marihuana responsablemente, como ocurre con la gente que bebe responsablemente, no consume lo suficiente para mantener a la industria.

Entonces, si permitimos una industria de la marihuana, habrá que vigilar sus prácticas de comercialización, así como su influencia política, a fin de asegurar que su enfoque no sea el de incrementar la prevalencia de exactamente aquello que queremos desalentar: el uso frecuente que se puede salir de control.

A medida que avancemos en la regularización del cannabis, en lugar de su prohibición, así como en el desarrollo de un sistema legal para la marihuana, tenemos que considerar si este sistema promoverá el uso moderado.

También podría establecerse una política temporal no abocada a la prohibición o la legalización, sino que adopte un camino intermedio. En otros contextos se le ha llamado a este modelo una política de tolerancia, es decir, que no está completamente permitido, pero tampoco se establece como ilegal; el uso se desalienta, pero es tolerado. ¿Cómo sería esta situación en términos políticos?

Una opción sería, por ejemplo, solicitando que todos los negocios de cannabis adopten el modelo de las asociaciones sin fines de lucro, a fin de permitir a ciertos consumidores el acceso a la marihuana, al modo de los clubes de compradores en España. Con esta medida se limitaría el tamaño del negocio, además de que no habría incentivo para incrementar el número de miembros de esos clubes.

La misma finalidad se podría lograr mediante la venta de marihuana a partir de monopolios estatales, como sucede en varios estados de los Estados Unidos, en los que el alcohol sólo es vendido por el Estado. En estos casos habría funcionarios públicos responsables por controlar el suministro, con ello se alentaría mucho menos el uso excesivo, en comparación con una empresa privada. Aun cuando se permitiera una

industria de la marihuana, tendríamos que preguntarnos qué políticas podrían desalentar el uso excesivo.

Claro que uno de los mecanismos de control sería el precio; para los usuarios moderados o quienes fumen una vez por semana, el precio de la marihuana no sería relevante. No estoy familiarizado con los precios en México, pero con base en las cifras de los Estados Unidos, la marihuana ilegal cuesta alrededor de 10 dólares por gramo.

Una probada contiene cuatro décimas de un gramo, entonces, pagar por él aproximadamente cuatro dólares no es muy costoso. Para quien no ha creado tolerancia a los efectos intoxicantes del THC, menos de una probada será suficiente para lograr un estado de intoxicación durante dos o tres horas. Esto implica que dos personas se podrían intoxicar con cuatro dólares; en otras palabras, es más costoso un dulce que la marihuana. Para los usuarios ocasionales, un aumento en el precio no es importante, puesto que costaría dos dólares estar intoxicado por una hora.

Pero lo que es importante para la persona que consume tres probadas al día es que, con los precios actuales, gastaría alrededor de cinco o seis mil dólares al año en marihuana, así que para esas personas el precio sería importante y podría representar una barrera. Para otras personas un costo demasiado bajo podría propiciar que aumente el consumo y que se conviertan en consumidores frecuentes. Esto efectivamente constituye un problema.

Es por lo anterior que recomiendo un sistema de impuesto que evite una disminución en el precio de la marihuana. No debemos permitir que baje el costo. Una vez que esté disponible legalmente, la mayoría de los consumidores optarán por el producto legal, a menos que hubiera una diferencia significativa en el precio.

Otro aspecto importante es el diseño del producto. Ha habido discusiones en los Países Bajos acerca de la conveniencia de limitar la potencia del cannabis para uso lúdico, que contiene entre 15 y 20 por ciento de THC.

Aún no contamos con la tecnología para medir los cannabinoides y establecer el número óptimo, pero este trabajo científico se podría realizar. Deberíamos preguntar qué tipo de productos podría consumir un usuario para obtener el beneficio de la marihuana sin caer en la trampa de un trastorno en el consumo.

Otra medida que puede conducir a un uso moderado es una buena asesoría, lo cual nos obliga a considerar la siguiente interrogante: ¿quién

debe vender el producto? ¿Quién estará del otro lado del mostrador, interactuando con el consumidor?

En Colorado, Washington, Oregón y Alaska (donde la venta de marihuana es legal), la gente que atiende en estos lugares usualmente no cuenta con capacitación en la materia, sino que únicamente tienen conocimientos a partir de su propia experiencia en el consumo, además de que reciben un sueldo mínimo y carecen de educación superior. Imaginen un gerente en una tienda de electrónicos dando consejos sobre qué producto comprar sin contar con información técnica. Así, pues, considero que no es el personal adecuado para brindar información en cuanto a qué comprar y cuánto usar. Lo que yo sugiero es exigir que los vendedores de marihuana reciban capacitación en la farmacología de los productos que vendan.

El cannabis es una molécula mucho más compleja que el alcohol y requiere más conocimiento para brindar orientación sobre su uso seguro. Por tanto, sugiero que se brinde formación en farmacología y prevención de trastornos de abuso de sustancias a los vendedores de cannabis, para que puedan dar consejos adecuados en cuanto al uso moderado de esta sustancia. Asimismo, sugiero que se establezca una licencia profesional para la venta de cannabis, como en el caso de las farmacias. Esta licencia debería representar el compromiso con el bienestar del consumidor, por encima del beneficio económico. Estos establecimientos también deberían recibir supervisión, especialmente si se incrementa el volumen de ventas, además de que se les debe brindar formación para evitar conductas peligrosas en los consumidores.

Un enfoque más radical para fomentar la moderación sería la implementación de una cuota fija mensual de compra. Bajo este esquema, quien apruebe un examen sobre el riesgo de la marihuana y los beneficios del consumo moderado podría solicitar la compra de una cantidad fija cada mes. No tendría que ser una prueba muy difícil, sino como una prueba de licencia de manejo y, una vez pasada la prueba, se otorgaría un permiso para comprar marihuana en las tiendas legales. Y yo diría a esta persona lo siguiente: ya cuenta con información suficiente sobre la química de la marihuana y sabe que 10 miligramos de THC son una dosis adecuada, además de que conoce el número de veces que desee consumir en un mes, así que quizá considere fijar una cuota mensual de 50 miligramos. Así, cada vez que un consumidor se presente en una tienda a comprar marihuana, el vendedor tiene que verificar su tarjeta, al igual

que se verifica la tarjeta de crédito, para ver si todavía tiene disponibilidad y, en caso de realizar una compra, se resta esa cantidad de la cuota mensual autorizada; y si tratase de comprar más de lo que se estableció como límite mensual, el vendedor rechazará la transacción, como si no se aceptara la tarjeta de crédito.

Ahora bien, esto no se ha implementado. En Suecia existía un sistema similar para la compra de alcoholes destilados con buenos resultados, pero la cuota era la misma para todos. Esto se aprobó únicamente en Suecia y sería muy difícil que funcionara en los Estados Unidos, pero valdría la pena probar con esta idea. Cuando menos, se podría evitar que el precio de la marihuana bajara demasiado y se podría diseñar un sistema de impuestos correcto. Esto es algo que no se ha intentado ni en Colorado, Washington, Oregón y Alaska.

Colorado y Washington tienen sistemas de impuesto que consideran sólo fracciones del precio del vendedor: 20, 30 o 40 por ciento del precio se agrega como impuesto. Ahí el problema yace en que los precios de los vendedores están disminuyendo. De acuerdo con un colega mío, el precio de la marihuana en los Estados Unidos ha caído en promedio dos por ciento cada mes, a partir de que se dieran a conocer las propuestas de legalización en Washington y Oregón.

A este ritmo, incluso un impuesto de 80 por ciento perdería su valor rápidamente. Para poder mantener una barrera contra el uso excesivo de marihuana, se podría establecer un impuesto por onza. Aunque quizá exista una vía mejor.

Hay un fomento para que los vendedores produzcan tipos más potentes de marihuana, lo cual puede conducir a un mayor consumo, impactando negativamente sobre la salud pública. Entonces, la forma correcta para establecer un impuesto sería medir el contenido activo del fármaco —lo cual se debería realizar de todos modos, puesto que una etiqueta debe indicar al comprador el número de cannabinoides en el producto— y definir el monto con base en este contenido. Esta medida contribuiría a impedir la caída de precios que provocaría también una reducción de impuestos.

Otro aspecto importante es la educación. Las drogas tienen una mala reputación, pero se debe brindar información a los niños. No es efectivo decir a los jóvenes que se alejen de las drogas, pero tienen que saber que, como cualquier droga, el cannabis debe usarse con moderación;

asimismo, deben conocer los parámetros de un uso responsable. Conforme continúe el proceso de legalización habrá necesidad de rediseñar los programas de prevención del consumo de drogas hacia la enseñanza sobre la moderación.

Respecto del uso del alcohol, ha habido poca educación sobre la responsabilidad. La industria patrocina una campaña con el mensaje: «usar de manera responsable», pero han mostrado poco impacto. De hecho, si mostrasen el impacto deseado, las ventas de alcohol se desplomarían, afectando gravemente a esa industria. En el futuro tenemos que educar a los jóvenes centrándose en los graves problemas que puede provocar cualquier sustancia cuando se utiliza sin restricciones.

SEGUNDA PARTE

BIOÉTICA Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA RESPECTO A LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN EL CONSUMO DE CANNABIS

LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA¹

SOFÍA CHARVEL*

FERNANDA COBO**

MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA***

Introducción

El consumo inapropiado² de drogas legales e ilegales incide negativamente sobre la salud de las personas que las consumen y sus familias. En su dimensión social y económica, el consumo de drogas genera ex-

¹ La ponencia fue presentada por la Mtra. Fernanda Cobo en sustitución del Dr. Mauricio Hernández Ávila. El trabajo fue elaborado en coautoría de Dra. Sofía Charvel (ITAM), Mtra. Fernanda Cobo (INSP) y el Dr. Mauricio Hernández Ávila (INSP). Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente representan la opinión del ITAM ni del INSP.

² El término de uso indebido o nocivo se define cuando el consumo de drogas (legales o ilegales) lleva a una persona a experimentar problemas sociales, psicológicos, físicos o legales relacionadas con la intoxicación o el consumo excesivo regular o dependencia. Es un consumo que causa daño a la persona, sus parejas, la familia o a la comunidad en general.

* Licenciada en derecho por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, Maestra en ciencias jurídicas y doctora en derecho por la Universidad Panamericana. Programa de Derecho y Salud Pública, Departamento Académico de Derecho, ITAM, Río Hondo 1, Ciudad de México 01080, México, sofiach.itam@gmail.com, acharvel@itam.mx.

** Licenciada en derecho por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, maestra en derecho de la salud pública por la Universidad de Emory y doctorante en salud pública de la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública.

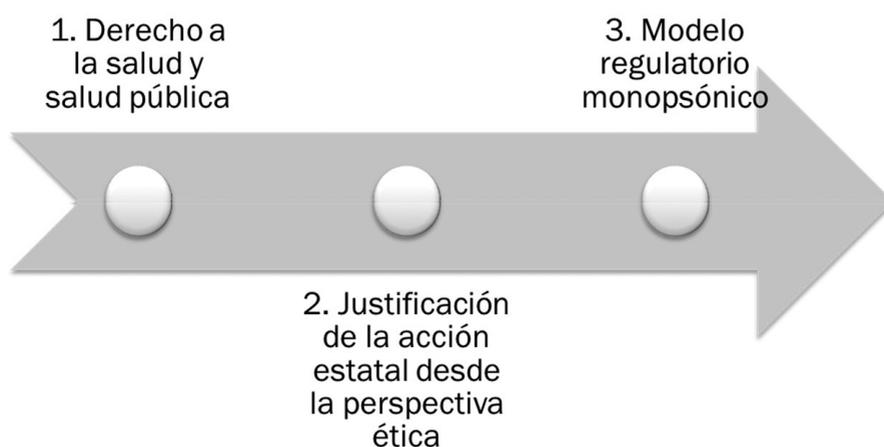
*** Maestro y Doctor en Ciencias (Epidemiología) por la Universidad de Harvard y profesor de la Escuela de Salud Pública de México e investigador del Instituto Nacional de Salud Pública

ternalidades negativas de muy alto costo para el desarrollo nacional y la salud de la población.

La situación actual del consumo de drogas legales e ilegales llama de manera urgente a buscar un nuevo modelo de control de estas sustancias. Se requieren políticas públicas que maximicen la salud de la población y la protección a grupos vulnerables, al mismo tiempo que se protejan los derechos humanos y la autonomía de las personas. Desde la óptica de salud pública, se han documentado ampliamente los efectos adversos que las drogas producen sobre la salud de la población que las consume y los que surgen como externalidades a la regulación de los mercados donde se comercializan, ya sean éstos legales o ilegales.

El presente artículo pretende esbozar una propuesta de política pública del cannabis en México. Se considerará como punto de partida el derecho a la protección de la salud y sus implicaciones en salud pública. Desde la perspectiva de salud pública, uno de los principales temas de interés es el de la reducción del daño relacionado con el consumo. Bajo esa tesitura, los temas a analizar se relacionan de manera directa con el proceso de elaboración de las políticas públicas en salud y sus correlativas normas en salud.

El análisis de un tema tan complejo y con tanto debate nacional e internacional, como lo es la regulación del cannabis, requiere plantearse desde las diferentes aristas del problema. Este artículo se centrará en tres puntos de análisis fundamentales para la elaboración de una propuesta regulatoria en esta materia:



Derecho a la salud y salud pública

El primer punto a tratar es aquél que hace referencia al derecho a la salud. Por derecho a la salud se entiende, con base en lo establecido por la OMS: «al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (1948). Sin embargo, los tribunales mexicanos han mencionado que el contenido específico del derecho se debe estudiar como una unidad normativa de lo establecido en los instrumentos internacionales y nacionales. Entre estos instrumentos encontramos los artículos primero y cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El artículo primero establece los criterios de promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos, así como los principios de interpretación: universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. A su vez, el artículo cuarto constitucional establece la protección de la salud para todos aquéllos que se encuentran en el territorio nacional y que será mediante la ley que se definan las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud en esta materia concurrente (salubridad general) entre la Federación y las entidades federativas (CPEUM, arts. 1.º y 4.º).

Con base en nuestra jerarquía normativa se deben tener presentes los tratados internacionales en materia de derechos humanos, de los cuales México forma parte o son considerados por los tribunales mexicanos como costumbre internacional: un ejemplo para ilustrar lo anterior es el artículo 12 del Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que el Estado debe tener un papel activo, es decir, promulgar leyes a favor del derecho a la salud (PIDESC).³ Igualmente, es importante contemplar la Observación General 14, en la que se reafirma el papel del Estado como un ente activo que debe promover y emitir normas para proteger el derecho a la salud (CES.CDESC). Por último, queremos mencionar el artículo diez del Protocolo Adicional de la Convención Americana, el cual señala que el derecho a la salud debe ser visto como un bien público de todas las personas (Protocolo de San Salvador). Existen otros instrumentos internacionales igualmente importantes relacionados con el derecho a la salud, sin embargo, mencionamos los que nos parecen indispensables para su cabal comprensión.

³ ICESCR, por sus siglas en inglés. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), del 19 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976.

Es importante explicar, aun de manera breve, que la salud pública forma parte del derecho a la protección de la salud. Comúnmente, la relación que se tiene presente cuando se analiza el derecho a la protección de la salud, es la de médico-paciente, es decir, aquella que hace énfasis en la atención a la persona. Sin embargo, la salud pública (los servicios no personales) no queda excluida del derecho a la protección de la salud. Al contrario, es mediante la salud pública que se tienen los más importantes avances en la salud de la población y con ello de los individuos que la conforman. En relación al concepto de salud pública, aun cuando hay importantes definiciones de la misma, para los efectos de este trabajo partiremos de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud que define a la salud pública como: «Las medidas organizadas (públicas o privadas) que se realizan para prevenir la enfermedad, promover la salud y prolongar la vida de la población como un todo» (2000).

En la regulación jurídica de problemas de salud pública, como en otros casos, existe una constante tensión entre los intereses públicos y privados. La tensión entre los intereses que se da en el derecho es asimilable a la que se genera en salud pública cuando existe la necesidad de proteger la salud de la población considerada como un bien social, frente a la libertad de acción de otros individuos. Es importante tener presente el papel del Estado como el garante de los derechos humanos. En el caso de la regulación del cannabis, el conflicto entre derechos se actualiza, por ejemplo, entre el derecho a la libre determinación de la persona y el bienestar social deseado desde la perspectiva de salud pública. Es en estos casos donde se requieren mecanismos claros de ponderación que consideren todos los aspectos científicos y sociales involucrados en la conducta a regular. Tal es el caso de las regulaciones del uso del cinturón de seguridad en los automóviles y la prohibición de fumar en lugares públicos. En relación con el primer caso mencionado, seguridad en los automóviles, existió un conflicto entre la libertad de las armadoras de proporcionar o no el cinturón en los vehículos y de los individuos a usarlo o no frente a la regulación que establece la obligación para las armadoras de proporcionar cinturones de seguridad. En este caso, la intervención del Estado pretende un mayor bienestar social evitando lesiones graves y muertes a nivel de la población.

En relación con el segundo caso mencionado, prohibición de fumar en determinados lugares públicos, existió un conflicto entre aquéllos que desean fumar en todos los lugares, frente a la regulación que bus-

ca evitar daños en la salud de los no fumadores, que son afectados por el humo del tabaco de aquéllos que lo consumen y, por lo tanto, la regulación limita los espacios para los fumadores con el objetivo de lograr un mayor bienestar social en salud. En estos dos casos, la regulación por parte del Estado ha sido un factor fundamental para proteger la salud de la población y promocionar hábitos saludables.

En la regulación del cannabis, es importante considerar dos temas fundamentales y con finalidades distintas; uno, su uso médico, y el otro, su uso no médico o general. Esto, a su vez, implica cuando menos tres obligaciones por parte del Estado: la primera, de no interferir injustificadamente en las actividades de los particulares; la segunda, la de proteger a las personas de las actividades de terceros, y la tercera, de proteger a la sociedad de los riesgos en salud. Estas tres obligaciones no son excluyentes entre sí y es importante identificar sus límites con claridad.

La justificación de la acción del Estado desde la perspectiva ética

Para poder determinar cuál es la acción del Estado que debe llevarse a cabo, es necesario, en primer lugar, contar con la evidencia científica disponible y conocer las características del problema para poderlo analizar dentro del sistema jurídico en cuestión. Resumir en este texto los resultados sobre los múltiples estudios publicados en relación con los efectos del cannabis en los humanos no sería factible, por esta razón haremos uso de los estudios de revisión que se han publicado al respecto en la literatura nacional e internacional. Una revisión recientemente publicada por la OMS (2016) señala que el consumo de cannabis tiene efectos adversos sobre diferentes funciones cognitivas ejecutivas como la memoria reciente, la planeación y toma de decisiones, velocidad, exactitud y latencia de las respuestas. En el reporte se subraya que los usuarios de cannabis menos experimentados tienen mayores efectos, mientras que en los usuarios habituales se desarrolla cierta tolerancia. Se menciona, igualmente, que el consumo de cannabis disminuye de manera importante la coordinación motora e interfiere con las habilidades de operación de vehículos, lo que aumenta el riesgo de accidentes, especialmente entre consumidores ocasionales. También se reporta que una minoría de los experimentadores de cannabis tiene reacciones agudas de ansiedad y que pueden llegar a

tener ataques de pánico, alucinaciones y vómito. Como consecuencias a largo plazo, en el reporte mencionado se destaca que el consumo regular de cannabis ocasiona dependencia al THC, siendo el riesgo alrededor de uno en diez entre los que alguna vez usaron cannabis, de uno en seis entre los que iniciaron su uso en la adolescencia, y de uno en tres entre los que reportan consumo diario. La evidencia también señala que el uso intenso de cannabis durante la adolescencia se asocia con resultados negativos en la vida adulta.

En diferentes estudios se ha documentado una relación consistente de tipo dosis-respuesta entre el consumo de cannabis durante la adolescencia y el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos o esquizofrenia. Además, el uso de cannabis también se asocia con una aparición más temprana de la esquizofrenia. Se menciona también de manera importante que el uso diario de cannabis durante la adolescencia se corresponde con diferentes resultados negativos psicológicos y de salud, como deserción temprana del sistema escolar, disminución del desarrollo cognoscitivo, aumento de síntomas depresivos, comportamiento suicida, aumento de uso de otras drogas, entre otros.

En segundo lugar, como parte de la justificación de la acción del Estado, es necesario conocer los factores económicos y sociales alrededor del problema que se analiza. En relación con lo económico, los puntos principales serían: las externalidades negativas que el producto puede generar, las posibles asimetrías de la información por el riesgo que tiene en el mercado al incluir o prohibir este tipo de productos, y la planeación económica en torno a las nuevas políticas públicas en relación a la situación creada (Baldwin, Cave & Lodge, 2012). En cuanto a lo social, algunos de los temas fundamentales serían la protección de los derechos humanos considerando a las poblaciones vulnerables, conocer los criterios de solidaridad social, así como las situaciones legales imprevistas que surgen a partir de la nueva situación jurídica que se da con la regulación del problema (Baldwin, Cave & Lodge, 2012).

Una vez establecidas las características del problema, así como los factores económicos y sociales, se debe determinar el tipo de intervención estatal que debe llevarse a cabo, y ésta debe justificarse de acuerdo con los riesgos que la situación conlleva. Existen diversas justificaciones de la intervención estatal aplicables a la regulación del cannabis. Una de ellas es el paternalismo, el cual se encuentra justificado debido

a los efectos negativos y a los riesgos en salud que genera el consumo de cannabis (Gostin & Gostin, 2009). Otro mecanismo es el principio precautorio en salud pública. Este principio indica que, en situaciones de riesgo en las que existan indeterminaciones o controversias en la evidencia científica disponible sobre el daño a la salud, se justifica la intervención del Estado para mantener el riesgo en su mínima expresión (Feria, 2012). En el caso del consumo de cannabis, el principio precautorio en salud pública es aplicable, ya que estamos frente a una situación en la que se requiere adoptar medidas preventivas y proactivas frente a los riesgos generados, tal como la Organización Mundial de la Salud indica, aun cuando el resultado no necesariamente sea el esperado en la proyección de la decisión de la política pública (2000).

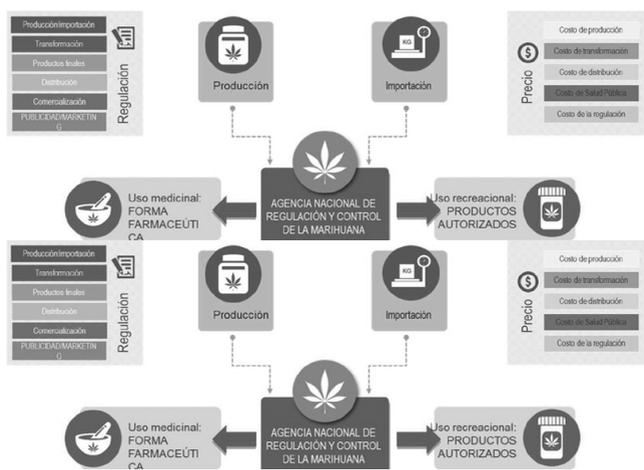
Adicionalmente, si se está frente a una prohibición del uso de cannabis y se pretende pasar a una nueva situación jurídica mediante la cual se permita su uso general y medicinal, entonces la acción del Estado queda, como anteriormente se mencionó, justificada para intervenir y disminuir al mínimo posible los daños en salud. La propuesta para regular el cannabis ante el cambio de situación jurídica sería mediante un modelo monopsónico que se desarrolla en el siguiente apartado.

Modelo regulatorio monopsónico

Como se analizó anteriormente, la intervención del Estado está justificada para regular el cannabis por los riesgos que el consumo de este producto implica para el individuo y la sociedad. Con base en lo anterior, se propone un modelo regulatorio monopsónico como la mejor opción para regular todas las etapas inmersas en relación con esta sustancia, este modelo está basado en el propuesto por Borland (2003) para el control del tabaco. Para poder aplicar dicho modelo hay que conocer cuáles son los objetivos regulatorios en salud pública que se busca lograr. Desde la perspectiva de salud pública, el objetivo más importante es mantener el daño producido por el consumo inapropiado de cannabis en el nivel mínimo posible. Frente a esta problemática hay que conocer las capacidades y recursos gubernamentales, como lo son la regulatoria, recursos humanos, presupuestaria, supervisión, sanción y evaluación del cumplimiento de los objetivos de la regulación. Al respecto, hay que determinar

las acciones deseadas, entre las que se encuentran: la posible utilización de la fuerza del Estado, el uso de mecanismos económicos y disuasivos para influir la conducta, la posible modificación del mercado, la necesaria información al consumidor, la disponibilidad de tratamientos para abordar el uso inapropiado y sus consecuencias, así como la posible modificación de derechos y reglas para crear incentivos y barreras.

El modelo monopsónico propuesto consiste en la creación de un monopolio del Estado que abarque cultivo, producción, importación, distribución, comercialización y venta de cannabis. El modelo presupone el establecimiento de una producción controlada (cantidad disponible del producto en el mercado) y precios de venta fijos que reflejen los costos de producción, transformación, distribución, los relacionados con la actividad regulatoria y aquéllos asociados a las actividades de prevención del consumo y de los efectos negativos en salud pública. El modelo propone la creación de una agencia del Estado que, por medio de licencias o concesiones, compre o importe el producto que cumpla con estándares de salud pública aceptables. De la misma manera, será la agencia quien, por medio de estos instrumentos, determine las empresas que transformarán la materia prima en una forma farmacéutica o en productos autorizados para su uso general. Los productos autorizados en sus dos formas serán los únicos que puedan ser distribuidos y vendidos a través de los concesionarios autorizados. Para el mejor funcionamiento de este modelo, los concesionarios autorizados estarán sujetos a reglas que maximicen los objetivos de salud pública. La mercadotecnia y la publicidad de estos productos se encuentran, para el modelo, estrictamente prohibidos.



Conclusiones

La propuesta de un monopsonio surge de la necesidad por regular de la mejor manera posible el cannabis, para disminuir al mínimo los daños en salud y mantener los objetivos de la salud pública. La legalización de otras drogas, como son el tabaco y el alcohol, nos demuestran que no hemos sido efectivos ni eficientes en su regulación por diferentes razones, pero principalmente por no adaptar mecanismos sancionatorios suficientemente persuasivos y por no contar con la verificación de cumplimiento por parte de la autoridad de lo legalmente establecido.

Es importante tener presente que también existe una asimetría de información en el mercado sobre alcohol y tabaco. Mientras que la información que promueve el consumo es masiva y engañosa, la que indica sobre los riesgos en salud asociados a su consumo es mínima. Esto genera, como consecuencia, que los consumidores no cuenten con la información necesaria y balanceada para tomar las mejores decisiones, y esto definitivamente exige una intervención del Estado para reparar esta asimetría en la información del mercado.

Otro aspecto que genera vulnerabilidad de la población frente a estas drogas legales —tabaco y alcohol— es que en nuestro país no contamos con las políticas públicas efectivas para controlar el consumo inapropiado de estas sustancias. Esto toma mayor relevancia cuando se trata de poblaciones vulnerables como los menores de edad y embarazadas, entre otros. Tampoco hemos desarrollado una respuesta integral con actividades de prevención y promoción de la salud, ni de atención médica que incluya consejería para cesación o tratamiento de las respectivas adicciones. Incluso, hay grupos poblacionales, como aquellos afiliados al seguro popular, que no cuentan con la cobertura necesaria para el caso en que presenten alguna enfermedad relacionada con el consumo de dichas drogas, tal como es el caso de cáncer de pulmón.

Para concluir, quisiéramos reflexionar sobre las lecciones aprendidas de la regulación de drogas legales. Una de las lecciones para nuestro país, si analizamos tabaco y alcohol, como ya se mencionó, es la falta de una regulación coherente y la ausencia de mecanismos para vigilar el cumplimiento de las obligaciones establecidas. Esto debilita las acciones para controlar la problemática y sugiere que en el caso del cannabis podríamos estar frente a una situación similar.

Otro tema que debemos tener presente es el de la influencia de la industria, ya que en algunos casos, como en tabaco, alcohol o cannabis, sus objetivos suelen ser contrarios a la salud de las personas y a los de salud pública, por ello contrarios al compromiso del Estado frente al derecho a la salud. Éste es un tema de gran importancia que debemos tener presente ya que existe la posibilidad que, de despenalizarse la producción de cannabis, sea la industria del tabaco la que buscaría participar en el mercado de este producto.

Desde la perspectiva de salud pública, es fundamental establecer de inicio, con base en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta la perspectiva de salud de la población, los mejores y más adecuados mecanismos regulatorios para prevenir el uso inadecuado del producto manteniendo, a su vez, los objetivos de salud pública.

Es muy importante reconocer que la legalización del cannabis trae nuevos retos para el Estado en la protección de diversos derechos humanos, pero probablemente su mayor reto es el de regular el producto de manera apropiada para evitar daños sociales y en salud que se puedan generar por el uso inadecuado del producto. El Estado tendrá que hacer un enorme esfuerzo para establecer una procedente regulación del cannabis, ya que, debido a que los estudios sobre el tema no son aún suficientes para lograr establecer una cabal evidencia en todos los rubros que su comercialización y uso implican frente a una población como la nuestra, es posible que existan externalidades negativas del producto que todavía no conocemos, así como asimetrías de la información entre los productores y los ofertantes.

Agradecimientos

La Dra. Sofía Charvel recibió apoyo financiero para la elaboración de esta investigación por parte de la Asociación Mexicana de Cultura, A.C.

Fuentes consultadas

- BALDWIN, Robert, Martin Cave, Martin Lodge (2012), *Understanding Regulation*, Oxford University Press, Oxford.
- BORLAND, R. (2003), “A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model”, en *Tob Control*, volumen 12, número 4:374-382.

- CES.CDESC (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, disponible* en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>, (consultado el 23 de noviembre de 2016).
- CPEUM (2016), “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 1.º y Artículo 4º”, en *Diario Oficial de la Federación*, 25 de agosto de 2016, disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150816.pdf, (consultado el 28 de octubre de 2016).
- FERIA COLÍN, Violeta Guadalupe (2012), *El principio precautorio en salud*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3141/6.pdf> (consultado el 28 de octubre de 2016).
- GOSTIN, L. y K. G. Gostin (2009), “A broader liberty: J. S. Mill, paternalism and the public’s health”, en *Public Health*, volumen 123, número 3:214-221.
- OMS (1948), “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Diario Oficial de la Federación*, 10 de julio de 1948, disponible en <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OMS-CONST.pdf> (consultado el 28 de octubre de 2016).
- (2000), *Electromagnetic fields and public health cautionary policies*, disponible en www.who.int/docstore/peh-emf/publications/facts_press/EMF-Precation.htm (consultado el 28 de octubre de 2016).
- (2016), *The health and social effects of nonmedical cannabis use*, OMS, Ginebra, disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf (consultado el 28 de octubre de 2016).
- PIDESC (1976), *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Tratados Internacionales*, disponible en <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/DERECHOSpor ciento20ECONOMICOS,por ciento20SOCIALESpor ciento20Ypor ciento20CULTURALES.pdf> (consultado el 28 de octubre de 2016).
- PROTOCOLO DE SAN SALVADOR (1988), *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”*, 17 de noviembre de 1988, disponible en <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OEA-por ciento20PROTOCOLOpor ciento20SANpor ciento20SALVADOR.pdf> (consultado el 28 de octubre de 2016).

BIOÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL CONSUMO DE CANNABIS

SIMÓN KAWA KARASIK*

Como en cualquier discusión bioética, primero tenemos que ubicarnos en el ámbito y entorno en donde el dilema se está planteando y el que nosotros vamos a abordar se enfoca en nuestro país, México.

Tenemos que partir del entendimiento de que somos una sociedad con una composición multicultural, lo que significa que existen en su seno múltiples identidades construidas en el ámbito y la influencia de la cultura, lo cual genera diferentes miradas acerca de la realidad.

Estas expresiones culturales tienen relación con las transformaciones históricas de nuestro país, el avance científico, por supuesto, las ideas dominantes de cada época, las percepciones religiosas, los procesos productivos y tecnológicos y las costumbres particulares de cada grupo social.

* Médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, con posdoctorado en genética humana por la Universidad de Texas y especialidad en genética, avalada por el Consejo Mexicano de Genética, con posgrado en bioética y dirección y gestión de entidades de salud. Se ha desempeñado como profesor de pregrado y posgrado en la UNAM, la Universidad de Texas, la Universidad Iberoamericana y como investigador en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Actualmente es Director General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud. Ha participado en diversos cuerpos colegiados como Presidente de la Comisión de Ética para la Investigación, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”; vocal del Comité de Ética del Macroproyecto Prevención y Tratamiento de conductas adictivas de la UNAM, entre otros.

En este contexto, la bioética se presenta como una toma de conciencia de los grandes cambios que caracterizan la situación social e histórica que actualmente constituye nuestra realidad, y da respuesta a las cuestiones relacionadas con la diversidad moral, con el respeto por la diferencia, con un énfasis en la tolerancia como un nuevo valor emergente, entre otros.

Entendemos que el hombre siempre ha sido un ser social que se encuentra en constante movimiento produciendo cambios en su vida cotidiana y en su entorno natural, lo que ha ocasionado que genere situaciones en las que se encuentra al límite de lo aceptado por su mismo grupo sociocultural, quien se está retando es el mismo ser humano.

Para entender estas acciones, la bioética representa una alternativa para entablar un diálogo basado en el respeto de las diferentes opiniones, en un sistema que dimensiona las decisiones y la conducta moral empleando una ética de carácter multidisciplinario, en el entendido que la sociedad, al igual que la bioética, depende de su evolución constante y no es algo estático.

Este proceso evolutivo no es local ni superficial, por el contrario, despliega un nuevo panorama de posibilidades para la vida y anuncia la gesta de nuevas coyunturas sociales, por eso en la actualidad encontramos que en nuestras sociedades tienen una conformación diversa, que buscan su crecimiento tomando en cuenta no sólo factores económicos y políticos, sino también éticos.

Así, y desde esta perspectiva, es que nos planteamos el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los aspectos éticos en torno al debate sobre la regularización de la marihuana?

En los últimos años, hemos visto una serie de modificaciones que han llevado al robustecimiento de demandas sociales como la defensa de los derechos humanos, la expansión de programas de desarrollo social, el apoyo a personas con discapacidad, la conservación del medio ambiente, equidad de género y muchos otros temas que han estado en la mesa de debate y en los cuales hemos tenido muchos avances. En este sentido, las sociedades modernas han dejado de concebirse como un conjunto homogéneo de personas para dar paso a un conglomerado que se caracteriza por la diversidad de pensamientos del mundo y de los elementos que lo integran, por ello la sociedad se enfrenta al reto de ser inclusiva, democrática y plural, pues el respeto y entendimiento de la visión del mundo desde la óptica del otro es la única vía que nos garantiza

el avance a la permanencia de nuestra vida en comunidad; no se puede vivir sin reconocer que hay otros que piensan y actúan diferente a lo que pensamos y actuamos nosotros, todo dentro de un marco de respeto por medio de principios éticos.

La bioética pone énfasis en la importancia de que las discusiones se realicen basadas en el respeto de las decisiones libres, soberanas y conscientes de las personas, sin olvidarse de sus repercusiones a nivel social. En un país como el nuestro, lo que queremos todos es más respeto y menos violencia. La bioética, entonces, se desarrolla en el entorno de la ética social y, por sí misma, es una expresión de la sociedad democrática, así constituye un instrumento a ser utilizado de manera sistemática para atender las demandas sociales.

La bioética surgió como un campo de conocimiento resultado de los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y tecnológico en las diferentes ramas de las ciencias de la vida, así como su impacto sobre la existencia de todos los seres vivos y el planeta. Sin embargo, en la actualidad la bioética abarca no sólo estos aspectos y los tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sustentable y, por supuesto, las políticas públicas en donde debe jugar un papel preponderante para el análisis y establecimiento de ellas, las cuales se deben establecer tomando en cuenta la autonomía de los ciudadanos, preponderando el bien común sobre lo individual, evitando causar daño, y con la aplicación de normas justas que promuevan abatir las brechas que existen entre los diferentes sectores de la sociedad. Esto es considerado los principios bioéticos de: el respeto a la autonomía, la veracidad, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, entre otros, que se abordarán brevemente en torno al tema del debate actual.

El respeto a la autonomía es reconocer que las personas tienen derecho a opinar, a tomar decisiones y a actuar con base en sus valores y creencias personales; la autonomía expresa la capacidad para establecerse normas uno mismo, sin influencia de presiones externas o internas. El principio de respeto a la autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en las cuales las decisiones no puedan ser autónomas o se presente una autonomía disminuida. Las acciones autónomas tienen una intencionalidad, existe un entendimiento de qué es y cuáles son las

repercusiones de las acciones que se van a tomar y existe la ausencia de influencias controladoras.

En el caso particular del estudio de las políticas públicas a la reducción del daño en el consumo de cannabis, la autonomía es uno de los principios a ser analizados, ya que juega un papel determinante por su relevancia. Se debe considerar que, para que exista una verdadera decisión autónoma, el individuo debe contar con información y opciones sobre las cuales decidir de acuerdo con sus necesidades particulares, así, muchos de los ciudadanos en condiciones de vulnerabilidad no siempre pueden ejercer el principio de autonomía, por falta de información o de capacidad para entender la información.

Por otra parte, el principio de veracidad va muy de la mano con el principio de autonomía ya que ayuda a poder ejercerla. Este principio de veracidad habla de conocer la verdad, el derecho de obtener información actualizada y completa, en términos que pueden expresarse razonablemente, que se entienda y que la información esté disponible y sea útil para la toma de decisiones, pues existirán opciones para decidir.

Aquí un ejemplo con respecto al principio de la autonomía y al de la veracidad. Cuando el Titanic se estaba hundiendo, había diferentes tipos de pasajeros en ese barco: los de primera clase, de segunda, de tercera y para abajo. Los de primera clase tenían la información y sabían qué era lo que estaba sucediendo, además tenían opciones para actuar porque las lanchas salvavidas estaban disponibles únicamente para ellos; por eso los sobrevivientes fueron en su totalidad pasajeros de primera clase. Los pasajeros de segunda, tercera y las clases inferiores, aunque vivían la misma situación no tenían la información, y cuando llegaron a tenerla era demasiado tarde, además, no tenían opciones para actuar, por eso fueron los pasajeros que murieron.

Eso es lo que pasa muchas veces cuando hablamos de cómo ejercer la autonomía; tenemos que asegurarnos de que todos tengan la misma información y ésta sea entendible, oportuna y que todos los estratos de la sociedad tengan las mismas opciones para tomar decisiones y poder actuar.

También existen los principios de beneficencia y no maleficencia. El principio de no maleficencia es un principio universal que establece el no hacer el mal, y se debe aplicar a todos; mientras que el principio de beneficencia es procurar hacer el bien, pero el bien que podemos hacer

va a depender de las circunstancias. Algo muy importante del principio de beneficencia es que el bien tiene que ser percibido como tal por quien lo recibe, por eso hay muchos cuestionamientos acerca del paternalismo y su supuesta beneficencia, ya que en las actitudes paternalistas, quien define el bien es quien lo otorga y no quien lo recibe.

Asimismo, la no maleficencia, principio bioético y médico universal desde Hipócrates, establece el no realizar acciones que tengan el propósito de causar daño, sin embargo, debemos reconocer que en algunas situaciones se corre el riesgo de hacerlo incluso sin intención. Inevitablemente pueden existir acciones que acentúan o generan un daño por omisión o negligencia, situaciones que no son ajenas a cualquier política pública en cualquier nación, no pueden existir políticas públicas que estén ajenas a ocasionar un daño a alguien.

Por otro lado, el principio de beneficencia se resume en procurar el bien, pero debemos reconocer que depende de las condiciones específicas de cada situación y de la capacidad con la que contamos para poder realizar acciones en beneficio de los demás; es imposible que le podamos otorgar el bien a todos, por más que lo procuremos, ya que los recursos son limitados, las situaciones muchas veces son extremas, entonces es imposible lograrlo. Sin embargo, es responsabilidad del Estado velar por que las políticas públicas que se establezcan tengan como una prioridad el bien general sobre el particular, esto, asumiendo la responsabilidad moral que le debemos a los miembros más desprotegidos de la sociedad.

Respecto a la marihuana, una política pública que garantice acceso a la información, así como a los servicios para la prevención, tratamiento y rehabilitación, en lugar de penalizar, es la vía para hacer valer este principio de beneficencia de forma cabal, y cumplir con lo que establece la garantía del derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos.

Esto sí se puede garantizar, lo otro es imposible, entonces, una de las premisas éticas de cualquier política pública es llevar a cabo las cosas posibles, ya que lo imposible, como su nombre lo indica, nunca va a funcionar.

El principio de justicia es un principio muy relevante. Cuando se habla de justicia, generalmente en el ámbito ético, se habla de justicia distributiva, la distribución equitativa y apropiada determinada por normas justificadas en términos de cooperación social. Hablando de políticas públicas en materia de salud, el principio bioético de justicia debe

considerarse como el elemento cardinal ya que la sociedad será tanto más justa en cuanto se disponga de una mayor equidad y oportunidad para compensar las desigualdades.

Las políticas se deben diseñar de acuerdo con ciertos principios materiales de justicia; en México el derecho a la protección de la salud es un precepto plasmado en la Constitución, por lo tanto de carácter universal, y está basado en el reconocimiento de su necesidad, pero también los principios de igualdad y equidad social.

Este principio de justicia debe comprender el acceso a los determinantes sociales de la salud, ya que son esos aspectos sociales los que van a influir en las condiciones por las cuales se pone en riesgo la salud y por los cuales una persona puede caer en el riesgo de una adicción, pero también incluyen la información relativa a las conductas que influyen de manera positiva en la salud, así como el acceso universal a los servicios y bienes relacionados con una vida saludable.

Entonces, hay que trabajar en los determinantes sociales, en la información y en el acceso a los servicios para la prevención y el tratamiento de las personas que están en esta situación de vulnerabilidad, en lugar de penalizarlos, esto también es parte del principio de justicia.

El paternalismo, antes mencionado, es la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, cuando la persona que limita apela exclusivamente a motivos de beneficencia. Esto es algo que hoy en día está muy discutido, ¿hasta dónde alguien puede definir lo que es bueno para el otro y en ese sentido limitar su autonomía?

¿Qué vamos a hacer con todas las personas? Por ejemplo, a las personas que nos gustan los deportes de alto riesgo, ¿nos van a decir que ya no los podemos hacer porque ponemos en riesgo la salud? ¿Qué vamos a hacer con todas las personas con sobrepeso y obesidad, que es el principal riesgo de salud producido por conductas nocivas a la salud en nuestro país? ¿Qué vamos a hacer con ellos? ¿Lo mismo? ¿Qué vamos a hacer con los adictos? ¿Por qué con unas conductas sí somos prohibitivos y con otras conductas no? ¿Quién va a determinar la frontera? Lo que se debe hacer con todos es darles información, educarlos, prevenir y tratarlos.

No se debe generalizar ni permitir que se limite la autonomía de alguien en todas las conductas o acciones en las que existe un riesgo. Por ejemplo, para mí el alpinismo, conozco el riesgo, me informo y decido hacerlo. Entonces, ¿cuál sería una política pública bioética? Aquélla

que brinda información para que las personas tengan opciones, ya que también es responsabilidad de la política pública generar estas opciones, para que puedan ejercer su autonomía y tengan acceso no únicamente información, sino también a los determinantes sociales que van a mejorar su salud. Además, se debe promover el acceso a los programas de prevención, es decir, que tengan acceso a todo aquello que los va a orientar a tomar decisiones autónomas.

Termino con esta reflexión de León Olivé: «La ética por una parte es el análisis de la estructura axiológica de ciertas prácticas sociales y al propio tiempo es la crítica de las normas y valores que constituyen esa estructura o plataforma axiológica».

BIOÉTICA Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA RESPECTO A LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN EL CONSUMO DE CANNABIS

CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES*

En los múltiples foros de debate que se han realizado en México durante fechas recientes, cuyo tema central son las políticas públicas en materia de consumo de drogas, en especial de marihuana, todos los actores manifestaron como uno de los principales consensos que el consumo de sustancias psicotrópicas debe enfocarse como un problema de salud pública. Las convenciones internacionales fueron hechas para cuidar la salud, para cuidar a la humanidad, para propiciar el bienestar común y elevar la calidad de vida. Justamente un enfoque de salud pública y no criminalización de los usuarios de drogas, es la opinión general.

El respeto a los derechos humanos de los usuarios es otro de los importantes consensos logrados en estos foros. Si alguna persona adulta

* Licenciada en psicología por la Universidad Anáhuac y maestra en terapia familiar por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Actualmente es Directora General de Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ). Ha sido coordinadora de diversos diplomados, maestrías y de la Cátedra en Adicciones “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, de la Universidad Anáhuac; miembro de la mesa directiva de la Federación Mundial contra las Drogas (WFAD) y de diversas redes de Iberoamérica y América Latina. Entre otros reconocimientos, recibió la Medalla al Liderazgo Anáhuac en Psicología 2009, Premio a la Promoción de la Equidad de Género dentro de la Administración Pública Federal, así como el Reconocimiento Excepcional del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, por su trabajo con jóvenes.

hace uso de cualquier sustancia sin causar daño a ninguna otra persona, su decisión tendrá que respetarse. El objetivo de la salud pública, en este caso, será otorgarle información de los riesgos y daños que puede sufrir a consecuencia de su consumo y que de esta forma pueda tomar la mejor decisión. Éste es un deber ético de los que trabajamos desde la salud, el otorgar información certera, con datos veraces y no minimizar los daños.

La salud pública cuida el bienestar social y la salud individual. Sus acciones son la prevención, la promoción de la salud y el desarrollo de estilos de vida saludables. El Estado tiene la obligatoriedad de cuidar la salud de la población, a la que todos los mexicanos tenemos derecho. En este sentido, la salud pública plantea cuatro intervenciones:

- 1) Cuando la conducta del individuo sólo tiene riesgo para sí mismo y no afecta a la colectividad. En este caso se otorga información.
- 2) Cuando la actuación del individuo es un riesgo para sí mismo y repercute en la colectividad, o en su contexto inmediato.
- 3) Cuando hay riesgos ambientales que afecten la salud de la colectividad.
- 4) Cuando hay fenómenos naturales que no tenemos manera de controlar.

Enfoquémonos en el punto dos. Existe una responsabilidad del Estado cuando el actuar del individuo afecta a su contexto, ya sea a su familia o a la comunidad. Aquí el Estado interviene como garante de la protección de la salud. Además, tiene la responsabilidad de cuidar el sano desarrollo de niños y adolescentes, y aquí está el punto nodal de una postura no sólo legal, sino también ética en la toma de decisiones. Las encuestas nos indican que el inicio del consumo es entre los 14 y 16 años de edad, es decir, lo más frecuente es el inicio en menores. La Encuesta Nacional de Adicciones y varios estudios indican que la primera vez que un menor consume es a invitación de un amigo. Por otro lado, está documentado que los estilos de vida familiar influyen en todos sus miembros, especialmente si es el padre o un adulto significativo en el entorno familiar. No hay manera de no influir con ciertas conductas y decisiones en todo el sistema familiar, entonces esto es lo que se tiene que proteger, es aquí donde actúan la prevención, el tratamiento y la reducción del daño.

Cualquier decisión que se tome, cualquier regulación que se implemente, debe tener la responsabilidad ética de contemplar estos aspectos. Fortalecer la prevención que proteja a los niños y a los adolescentes.

Existen varios tipos de actividad preventiva: la primera y más amplia es impulsar el desarrollo sustentable, mejorar la calidad de vida de las poblaciones y, sobre todo, generar oportunidades de desarrollo para los jóvenes: elevar su nivel educativo, darles alternativas laborales, deportivas, culturales y recreativas. Sabemos que si un niño crece con educación formal y, además, practica un deporte y logra tener una preferencia por el arte, estará más protegido del consumo, de igual forma un joven que accede a la educación superior y al empleo. En segundo lugar, está la reducción de conductas de riesgo como accidentes, sexualidad no protegida, embarazo adolescente y actos antisociales; en este sentido hay medidas de control pero también de información didáctica, clara, veraz y oportuna.

Otro tipo de intervención preventiva es fortalecer la capacidad de decisión del individuo. Los programas que han resultado ser más eficaces para estos fines son los de Habilidades para la Vida y el de Desarrollo de Competencias Socioemocionales, ambos con lineamientos de grupos de expertos de la OMS. El cuarto tipo de acción preventiva tiene que ver con la reducción del estigma a los usuarios en general, y a las mujeres usuarias en particular, para que tengan la posibilidad de acceder al tratamiento. En los centros de atención acuden cuatro hombres por cada mujer a tratamiento, y esto está directamente relacionado con el estigma hacia la mujer usuaria en su calidad de madre o de mujer, así que no es ayudada a acudir a tratamiento y esconde su consumo. Es decir, es necesaria una política de equidad y accesibilidad de servicios. Otras de las estrategias preventivas tienen que ver con la detección temprana y la posibilidad de frenar el paso hacia una dependencia con intervenciones oportunas.

Por último, tenemos las acciones de reducción del daño, como el reparto de jeringas y paquetes sanitarios en el caso de drogas inyectables. Esto lo realizamos principalmente en la frontera y en los lugares de altos consumos de heroína. Los paquetes que se entregan también contienen información de acceso a tratamiento y el objetivo es motivar que los usuarios soliciten atención especializada, para lo cual contamos con clínicas de tratamiento de sustitución con metadona.

A últimas fechas, se ha documentado el consumo simultáneo de alcohol con marihuana y tabaco, o incluso sustituyendo el consumo de tabaco,

potenciando el daño y el riesgo de psicosis por intoxicación, sobre todo en aquellos consumidores que tienen vulnerabilidad genética de esquizofrenia. Ante este panorama, es importante hacer un llamado a implementar un programa de reducción del daño con el fin de informar sobre las consecuencias en la salud de quienes consumen combinadamente el alcohol con la marihuana y desarrollen competencias para tomar decisiones.

La mejor prevención es no aumentar la disponibilidad de las sustancias por lo que debe continuar la prohibición del uso de drogas para los menores de edad, ya que sabemos que el uso crónico les causará mayores estragos, dado que su cerebro está en pleno desarrollo.

Hablar de ética en la regulación nos lleva a considerar muchos campos y escenarios, donde es preciso tomar medidas legislativas y regulatorias desde los distintos ámbitos de responsabilidad. Uno de ellos es, sin duda, la inversión en salud: fortalecer los presupuestos en prevención.

Quienes trabajamos en el sector salud, debemos transmitir claramente que la marihuana hace daño; esto sin ningún miedo y sin sentirnos criticados, ya que es un hecho real y demostrado. Múltiples investigaciones publicadas en revistas científicas dan cuenta de la comorbilidad psiquiátrica y médica, así como de los diversos daños psicosociales asociados a su consumo.

La marihuana tiene un alto potencial adictivo, con una probabilidad de que nueve por ciento de los usuarios que experimentan con ella se vuelvan dependientes, lo que aumenta a 17 por ciento si se inicia en la adolescencia y a 50 por ciento si el consumo es diario (Volkow *et al.*, 2014).

El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principal componente de la marihuana, causa un efecto eufórico, distorsiones en la percepción, deterioro de la coordinación y dificultad para pensar y resolver problemas. Se ha demostrado que estos síntomas pueden continuar aun después de que los efectos agudos de la droga desaparecen, y pueden persistir incluso por años si el consumo comienza en la adolescencia, periodo en el que tienen un impacto negativo y de larga duración sobre la estructura y la función cerebral, y afectan de manera especial el aprendizaje y la memoria (Volkow *et al.*, 2016).

El consumo de cannabis provoca un deterioro agudo del aprendizaje, la atención, las emociones, la memoria, la memoria de trabajo y la toma de decisiones (Sewell *et al.*, 2010; Sustaeta, 2010; Torres & Fies-

tas, 2012; Tziraki, 2012), sobre todo en la adolescencia (Mönckeberg, 2014; Tziraki, 2012).

Datos epidemiológicos del estudio en población general denominado Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Regier *et al.*, 1990) refieren psicopatologías relacionadas con el consumo de sustancias: los sujetos estudiados presentaron un riesgo cuatro veces mayor de sufrir otro trastorno mental asociado, y las personas con una enfermedad mental tuvieron 4.5 veces más riesgo de padecer una dependencia. Los trastornos mentales de mayor prevalencia fueron trastornos de ansiedad (28 por ciento), trastornos afectivos (26 por ciento) y esquizofrenia (siete por ciento). La información de la National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler *et al.*, 1994) señala incluso una mayor comorbilidad, puesto que estima que hasta 42.7 por ciento de los dependientes de sustancias presentan un trastorno psiquiátrico comórbido.

Si bien el sistema nervioso central (SNC), al contener una mayor cantidad de receptores cannabinoides, es el más afectado por el consumo de marihuana, el uso de esta droga tiene también repercusiones a nivel orgánico que varían dependiendo de la cantidad, el tiempo de consumo y la combinación con otras drogas, entre otros factores. Al carecer de filtros, los cigarrillos de marihuana inducen a los fumadores a inhalar de forma brusca, profunda y durante un tiempo largo, lo que crea una corriente de humo de altas temperaturas ocasionada por la combustión, que impacta a gran velocidad las estructuras de las vías respiratorias superiores e irrita las mucosas implicadas. De manera adicional, el contenido de alquitrán en un cigarrillo de marihuana es cuatro o cinco veces mayor que en uno de tabaco (Rodríguez-Reyes & Pérez-Padilla, 2013; Alvear, 2015); además de contener de dos a cuatro veces más cantidad de material cancerígeno (Rodríguez-Reyes & Pérez-Padilla, 2013; Moir *et al.*, 2007). El consumo se ha relacionado con un incremento en la incidencia de cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer del tracto respiratorio digestivo (Hashibe *et al.*, 2006).

Se ha señalado que los usuarios de cannabis presentan mayores problemas respiratorios como sibilancias, tos, opresión del pecho, expectoración y síntomas de bronquitis crónica, que los no usuarios (Alvear, 2015; Owen, Sutter & Albertson, 2014; Tashkin, 2013).

De hecho, en Centros de Integración Juvenil estamos impulsando la realización de investigaciones con los distintos institutos de salud; por

ejemplo, con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ya iniciamos un estudio comparativo entre fumadores monousuarios de marihuana y de tabaco, para analizar las distintas afecciones en el sistema respiratorio. También se ha hablado de riesgo de cáncer y estamos impulsando estudios en población mexicana con el Instituto Nacional de Cancerología, en lo relativo a alteraciones cromosómicas en fumadores de marihuana.

El consumo de cannabis también puede llevar a otras consecuencias psicosociales: afecta la toma de decisiones, lo que favorece conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual (Volkow *et al.*, 2014). Los efectos que aparecen bajo el estado de intoxicación por cannabis, como las alteraciones de la percepción del espacio y el tiempo retardado de reacción (Cottencin, Bence, Rolland & Karila, 2013), interfieren con la capacidad para conducir (Hall *et al.*, 2016; Hall, 2015; Karila *et al.*, 2014).

La marihuana es la segunda droga más detectada en conductores de vehículos, sólo después del alcohol (Li, Brady, DiMaggio, Lusardi, Tzong & Li, 2012). Asbridge, Hayden y Cartwright (2012) llevaron a cabo un metaanálisis para determinar si el consumo de esta sustancia incrementa el riesgo de sufrir un accidente vial. Realizaron una búsqueda sistemática e identificaron nueve estudios individuales en los cuales se realizó medición de tetrahidrocannabinol en sangre o reporte verbal del consumo, en conductores que habían sido tratados por lesiones en algún accidente de automotor. Los resultados de este metaanálisis muestran que: *a)* el consumo agudo de marihuana incrementa prácticamente al doble el riesgo de sufrir choques con vehículo motorizado que resulten en heridas o inclusive la muerte; *b)* cuando se combina con alcohol el riesgo de accidentes es más elevado que sólo consumiendo marihuana.

Por lo mismo, deben plantearse medidas regulatorias, por ejemplo en la conducción de todo tipo de vehículos automotores para que se exija tolerancia cero, debido a que hay tareas o funciones que, por su naturaleza, no pueden realizarse bajo el efecto de la marihuana y de ninguna otra droga.

Por otra parte, diversos estudios indagan una posible asociación entre consumo de marihuana y la comisión de algunos delitos, las Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América (CADCA, por sus siglas en inglés, 2006), señalaron que durante el ciclo escolar 2005-2006, de las y los estudiantes que declararon llevar un arma a la escuela, 63.9 por

ciento dijo también ser consumidor de marihuana; de quienes aceptaron haber herido a otros con un arma en la escuela, 68.4 por ciento había usado la sustancia; y de quienes informaron haber tenido «algún problema con la policía», 39 por ciento afirmó consumir la droga.

En México, del total de jóvenes en consejos tutelares para menores (3,682), 22.2 por ciento cometió un delito bajo el efecto de alguna sustancia; marihuana en 31.8 por ciento de los casos (el cannabis ocupó el segundo lugar, solamente después del alcohol) (ss, 2015).

Otra serie de medidas regulatorias a considerarse deben estar influidas por los daños que ocasiona según la edad de inicio del consumo, pues no debemos olvidar que hay mayor daño si se inicia el consumo a menor edad, cuando se está desarrollando el sistema nervioso central.

La encuesta en estudiantes de la Ciudad de México (2014-2015) confirma que el uso de marihuana ha tenido un crecimiento acelerado: aumentó 3.7 puntos porcentuales entre 2012 (15.9 por ciento) y 2014 (19.6 por ciento), pero si se analizan los resultados desde 2009 —año en el que se despenalizó el consumo de drogas y se admitió la portación para consumo personal de cinco gramos—, el aumento en hombres y mujeres es de 8.2 por ciento entre estudiantes de secundaria y preparatoria. Esta cifra aumenta a 30.1 por ciento en estudiantes del nivel bachillerato; es decir, casi la tercera parte de quienes estudian preparatoria han fumado marihuana.

Existen encuestas en nuestro país que revelan las tendencias epidemiológicas. En el caso de los pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, ha aumentado el consumo de la marihuana en más de 17 puntos porcentuales de 2008 a 2015. En algunas entidades federativas se consume más que el tabaco o el alcohol (CIJ, 2015), y cada vez llegan más consumidores con problemas relacionados con su consumo. Es decir, el uso de esta droga sí genera problemas y sí hay más demanda de servicio terapéutico por su consumo.

Otras medidas a tomar desde la salud pública tienen que ver con la atención especializada. Un usuario de marihuana y de cualquier droga debe atenderse en tratamiento no en una prisión, no debe ser llevado a la cárcel, sino informado de las posibilidades de tratamiento.

Para la atención a usuarios es necesario considerar:

- a) Accesibilidad para el mayor número de personas, lo más cercano a su domicilio. Actualmente existen 330 Centros de Atención a las

Adicciones por parte de la CONADIC y 117 Centros de Integración Juvenil, una de las redes más amplias del mundo y, sin embargo, se atiende sólo al 10 por ciento de los consumidores.

- b) Certificación de los Centros de tratamiento, esfuerzo que impulsa la CONADIC, revisando que se cumpla la Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-2009 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, con todos los aspectos de sanidad y respeto a los derechos humanos de los usuarios.
- c) Atención a la comorbilidad médica y psiquiátrica relacionada con el consumo de drogas.
- d) Atención con perspectiva de género; actualmente no se cuenta con unidades residenciales de atención a mujeres embarazadas o con menores. De igual importancia es atender toda clase de violencias que se suscitan articuladas a la adicción.

Otro de los aspectos que se ha discutido es el uso médico de la marihuana. La OMS no reconoce la utilidad de ningún medicamento fumado. Existen diferencias entre la llamada «marihuana o cannabis medicinal» y los fármacos cannabinoides. La primera corresponde al consumo de la planta como tal —con sus más de 400 componentes y variabilidad química—, de manera fumada o en productos comestibles con cantidades variables de cannabinoides (principalmente de THC que va desde una concentración de cuatro hasta de 30 o 40 por ciento), cuya producción generalmente carece de controles de calidad.

Por otra parte, se encuentran los fármacos cannabinoides utilizados para propósitos medicinales —todos ellos para el alivio de sintomatología asociada a varias enfermedades—, productos estandarizados que se obtienen por métodos como síntesis o purificación, que permiten una dosificación estable; son presentados en formas farmacéuticas, cuentan con controles de calidad y su efectividad ha sido estudiada con resultados diversos.

A la fecha existen dos fármacos cannabinoides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para su uso médico en humanos: el primero, Dronabinol (Marinol), contiene una molécula sintética similar a la del THC disuelta en aceite de sésamo contenido en una cápsula de gelatina; este fármaco ha sido aprobado para dos indicaciones: 1) náusea y vómito inducidos por quimioterapia y 2) anorexia asociada con pérdida de peso en

pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El segundo fármaco, la Nabilona (Cesamet) es un cannabinoide sintético que imita las funciones del THC y ha sido aprobado por la FDA para tratar las náuseas y el vómito inducidos por quimioterapia. Ambos están disponibles en forma de cápsulas. La Nabilona está enlistada en el grupo II de sustancias controladas, mientras que el Dronabinol se encuentra catalogado en el grupo III.

Otro cannabinoide farmacéutico notable es el Nabiximols (Sativex), un extracto de la planta de marihuana que contiene THC y cannabidiol (CBD) en una proporción de 1.08:1.00; es administrado como espray oral y está siendo evaluado en ensayos clínicos en los Estados Unidos para el tratamiento del dolor; ha sido aprobado en Canadá y Europa como coadyuvante para el tratamiento de la espasticidad en la esclerosis múltiple. Hoy se encuentra en la fase III de ensayos clínicos en los Estados Unidos.

Cabe señalar que recientemente se han reportado estudios multicéntricos y abiertos, especialmente sobre el Síndrome de Dravet y el Síndrome de Lennox Gastaut, los cuales evalúan la tolerabilidad y eficacia del fármaco cannabidiol (Epidiolex) como otra opción terapéutica para casos de epilepsia resistente, principalmente en población pediátrica (Hussain, 2015; Devinsky *et al.*, 2016).

Centros de Integración Juvenil, A.C. aplaude el interés de que se promueva la investigación clínica y pueda ser comprobada la potencial seguridad y eficacia de las cualidades terapéuticas de los fármacos cannabinoides en población mexicana sometida a protocolos debidamente aprobados por comités de investigación y bioética.

Dentro de los principales desafíos para la regulación están la prevención del consumo inicial temprano, el aumento de consumo en mujeres, la tendencia de consumo simultáneo de marihuana y alcohol, y el fortalecimiento de los programas de prevención y el uso de tecnologías de la información, la mayor accesibilidad a tratamiento del consumo de drogas con mayor número de centros de atención, con inversión en el presupuesto para ello, como también para la investigación y formación de recursos humanos especializados.

Un reto en las medidas regulatorias es que no solamente tendría que prohibirse el uso de drogas a los niños y adolescentes, sino que debemos pensar cómo vamos a hacer para proteger los espacios comunes. Por ejemplo, si una persona llega intoxicada a la secundaria o preparatoria, ¿se le va a expulsar? Si llega intoxicada a su trabajo ¿se le va a despedir?

Fuentes consultadas

- ALVEAR, Gonzalo (2015), “Consideraciones en cuanto al uso medicinal y recreacional de la marihuana y sus efectos sobre el pulmón”, en *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, volumen 31, número 3:160-169.
- ASBRIDGE, M., J. A. Hayden, J. L. Cartwright (2012), “Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk; a systematic review of observational studies and meta-analysis”, en *BMJ*, número 344:1-9.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación (2015), *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*, Centros de Integración Juvenil, México.
- COALICIONES COMUNITARIAS ANTIDROGAS DE AMÉRICA (2006), *The Inextricable Link: The relationship between alcohol, drug use and violence among students*, Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América, Virginia, EU, disponible en <http://50-201-129-166-static.hfc.comcastbusiness.net/files/The_Inextricable_Link_0.pdf>.
- COTTENCIN, Olivier, Camille Bence, Benjamin Rolland, Laurent Karila (2013), “Somatic consequences of cannabis use”, en *La Revue du Praticien*, volumen 63, número 10:1430-1432.
- DEVINSKY, Orrin, Eric Marsh, Daniel Friedman, *et al.* (2016), “Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial”, en *Lancet Neurology*, año 15, número 3:270-278.
- HALL, Wayne (2015), “What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?”, en *Addiction*, volumen 110, número 1:19-35.
- , Maria Renström, Vladimir Poznyak (eds.) (2016), *The health and social effects of non-medical cannabis use*, World Health Organization, Ginebra, disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/msb_cannabis.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2016).
- HASHIBE, M., H. Morgenstern, Y. Cui, D.P. Tashkin, Z.F. Zhang, W. Cozen, T.M. Mack, S. Greenland (2006), “Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study”, en *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, volumen 15, número 10: 1829-1834.

- HUSSAIN, S. A., R. Zhou, C. Jacobson, *et al.* (2015), “Perceived efficacy of cannabidiol-enriched cannabis extracts for treatment of pediatric epilepsy: A potential role for infantile spasms and Lennox-Gastaut syndrome”, en *Epilepsy & Behavior*, volumen 47, s/n:138-141.
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015), *Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014: Reporte de drogas*. INPRFM, México.
- KARILA, Laurent, P. Roux, B. Rolland, A. Benyamina, M. Reynaud, H. J. Aubin, C. Lançon (2014), “Acute and long-term effects of cannabis use: a review”, en *Current Pharmaceutical Design*, volumen 20, número 25:4112-4118.
- KESSLER, Ronald C., K. McGonagle, S. Zhao, C. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, K. Kendler (1994), “Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey”, en *Archives of general Psychiatry*, volumen 51, número 1:8-19.
- LI, M., J. Brady, C. DiMaggio, A. Lusardi, K. Tzong, G. Li (2012), “Marijuana use and motor vehicle crashes”, en *Epidemiologic Reviews*, volumen 34, número 1:65-72.
- MOIR, D., W.S. Rickert, G. Levasseur, *et al.* (2007), “A comparison of mainstream and sidestream marijuana and tobacco cigarette smoke produced under two machine smoking conditions”, en *Chemical Research in Toxicology*, volumen 21, número 2:494-502.
- MÖNCKEBERG, F. (2014). “Los pro y contra de la legalización de la marihuana”, en *Revista Chilena de Pediatría*, volumen 85, número 2:229-237.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (2015), *Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015*, OMS, Washington DC, disponible en <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209> (consultado el 22 de noviembre de 2016).
- OWEN, K. P., M. E. Sutter, T. E. Albertson (2014), “Marijuana: respiratory tract effects”, en *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, volumen 46, número 1:65-81.
- REGIER, D. A., M. E. Farmer, B. Z. Loche, S. J. Keuth, L. L. Judd, F. K. Goodwin (1990), “Comorbidity mental disorders with alcohol and other drug abuse: result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study”,

- en *The Journal of the American Medical Association*, volumen 264, número 19:2511-2518.
- RODRÍGUEZ-REYES, Y., R. Pérez-Padilla (2013), “Efectos de la marihuana en el sistema respiratorio”, en *Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax*, volumen 72, número 3:194-196.
- SECRETARÍA DE SALUD (2009), *Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-2009 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, Secretaría de Salud, México.
- (2015), *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2014*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, México.
- SEWELL, R. A., P. D. Skosnik, I. García Sosa, M. Ranganathan, D. C. D’Souza (2010), “Behavioral, cognitive and psychophysiological effects of cannabinoids: relevance to psychosis and schizophrenia”, en *Revista Brasileira de Psiquiatria*, volumen 32, número 1:S15-S30.
- Sustaeta, Paulina Beverido (2010), “Consumo de marihuana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje”, en *Revista Médica Universidad Veracruzana*, (julio-diciembre):49-53, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv102g.pdf> (consultado el 22 de noviembre de 2016).
- Tashkin, D. P., G. C. Baldwin, T. Sarafian, S. Dubinett, M. D. Roth. (2002), “Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking”, en *The Journal of Clinical Pharmacology*, volumen 42, número S1:71S-81S.
- TORRES, Gladys y Fabián Fiestas (2012), “Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, volumen 29, número 1:127-134.
- TZIRAKI, S. (2012), “Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis”, en *Revista de Neurología*, volumen 54, número 12:750-760.
- VOLKOW, N. D., J. M. Swanson, E. Evins, *et al.* (2016), “Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation and psychosis: a review”, *The Journal of the American Medical Association*, volumen 73, número 3:292-297.
- , R. Baler, W. Compton, S. Weiss, S. (2014), “Adverse health effects of marijuana use”, en *The New England Journal of Medicine*, volumen 370, número 22:19-27.

TERCERA PARTE

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y USO MÉDICO DE CANNABINOIDES

ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA

DAVID R. KOEPESELL*

A manera de introducción, resulta interesante la historia de la marihuana, puesto que se utilizó en medicina durante miles de años, pero sólo recientemente —desde el punto de vista histórico— se ha vuelto ilegal.

Una de las razones por las cuales la marihuana es ilegal, casi en todo el mundo, tiene que ver con el fenómeno del racismo en los Estados Unidos. Las primeras leyes contra la marihuana en este país fueron escritas en 1913 y 1914, en California y Utah. Lo que motivó que se generaran estas leyes es que el consumo de la marihuana se relacionaba con inmigrantes mexicanos.

En el sureste estadounidense, el uso de la marihuana, en general, se asociaba con dos poblaciones, la población afroamericana y la mexicana. Vale la pena hacer notar que en 1925 se desarrolló un acuerdo internacional contra el opio, y parte de ese convenio prohibía la marihuana de origen indio.

* Escritor, filósofo, abogado (retirado) y educador, cuya investigación reciente se enfoca en el nexo de la ciencia, la tecnología, la ética y la política pública. Ha participado en diversos medios, como *The Guardian*, *The Washington Times*, *Associated Press*, entre otros, para brindar sus opiniones con respecto a la ética, la sociedad, la religión y la tecnología. Ha sido profesor titular asociado de filosofía en la Universidad de Tecnología de Delft, en la Facultad de Tecnología, Política y Gestión en los Países Bajos, y profesor visitante en la UNAM, en el Instituto de Investigaciones Filosóficas y la Unidad de Posgrado. Actualmente funge como Coordinador de investigación e iniciativas estratégicas de la Comisión Nacional de Bioética y es Asesor del Rector de la UAM Xochimilco.

En general, la marihuana sigue siendo una sustancia ilegal a nivel mundial por diferentes cuestiones, sin embargo, los intereses sociales parecen estar cambiando en tiempos recientes.

El uso ha sido controlado y penado en muchas partes del mundo, incluso en algunos países europeos en donde se ha descriminalizado, encontramos personas extranjeras que son criminalizadas por consumir demasiada marihuana, excepto algunos casos que se van a mencionar aquí.

Químicamente, la marihuana es complicada y puede tener decenas de productos activos dignos de estudio. Considerando que las características activas e interesantes del opio son pocas, la investigación con cannabis plantea un estudio a gran escala para que su uso pueda ser estrictamente delimitado.

Hay mucho que tenemos que hacer todavía para comprender cómo la marihuana funciona desde el punto de vista médico y recreativo, y hay muchos estudios que están en curso actualmente.

¿Cuáles son algunos de los riesgos?

Si bien es casi imposible consumir dosis fatales o letales de marihuana, su uso se vincula con algunos riesgos. En un metaestudio de 31 ensayos en humanos relacionados con el cannabis médico, 96 por ciento de los eventos adversos que fueron reportados como no graves generalmente involucraban mareos, náuseas y, en algunos casos, recaída en las condiciones originales.

Los medicamentos derivados del cannabis a menudo llevan contraindicaciones para personas con cardiopatías, ya que puede haber taquicardia u otros efectos, asimismo, puede presentar interacciones con otros fármacos y efectos psicotrópicos problemáticos.

Hay mucho que aprender todavía sobre la farmacodinamia del cannabis y sus derivados, hay una serie de receptores cerebrales que participan por lo menos en los efectos psicotrópicos, y hay mucho por investigar acerca de cómo funciona esto, de hecho, uno de los objetivos de la investigación médica actual con cannabis es precisamente la farmacogenómica.

Hay también algunos riesgos psiquiátricos vinculados con el uso del cannabis. En adolescentes parece estar correlacionado con una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia de ini-

cio temprano. Hay muchos aspectos desconocidos sobre el desarrollo genético de enfermedades como la esquizofrenia, que es una enfermedad sumamente complicada y que incluye cientos de diferentes genes.

Los efectos adversos del cannabis en sujetos mentalmente sanos pueden incluir paranoia y otros malestares, usualmente sin recurrencia. Algunos estudios han demostrado la utilidad del cannabis y derivados para el tratamiento de ciertos trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno bipolar, que por su complejidad requiere un estudio muy cuidadoso.

Entonces, ¿cuáles son algunas de las oportunidades que ofrece el cannabis a nivel médico? Se ha hecho investigación médica y se ha encontrado que presenta posibilidades muy alentadoras para desarrollar tratamientos. En el último año fiscal, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos apoyaron 281 proyectos por un total de más de 111 millones de dólares en investigación con cannabinoides. Dentro de esta inversión, 49 proyectos (21 millones) examinaron las propiedades terapéuticas de los cannabinoides, y 15 proyectos (nueve millones) se centraron en el CDB (cannabidiol), que es un derivado del cannabis.

El cannabis es de dominio público, como también algunos de sus derivados —un aspecto conveniente para algunos tratamientos—, además de que no tiene patentes, por lo que su estudio es de bajo costo y presenta menos impedimentos a la investigación.

Encontramos estudios de cannabis en los que se ha mostrado alguna promesa en el tratamiento de varias enfermedades y dolencias, incluido el alivio de los síntomas de la quimioterapia —que es uno de los beneficios que se han documentado—, el tratamiento de tumores, paliar los síntomas del síndrome de abstinencia y la adicción a opioides —un problema creciente en todo el mundo, como en los Estados Unidos y el sudeste de Asia—, así como aliviar algunos de los síntomas de la esclerosis múltiple, entre otros.

¿Cuáles son algunas de las consideraciones en sujetos humanos?

Debido a su potencial terapéutico, la investigación con cannabinoides debe continuar. En la mayor parte de los estudios que se han realizado con seres humanos se han presentado una cantidad mínima de eventos adversos, de eventos no serios. Por supuesto, hay que hacer un buen

tamizaje de los sujetos y establecer con estudios la asociación farmacocinética y farmacodinámica. Por otra parte, encontramos numerosos estudios que demuestran que los usuarios que inician más tarde muestran poco riesgo de dependencia o de presentar daños.

Desafortunadamente, para fines recreativos, la marihuana plantea otros riesgos, por ejemplo, regularizar una sustancia que es ilegal y crear programas para cultivo y distribución, de acuerdo con niveles de calidad aceptables.

La mayor parte de la marihuana médica que viene a México proviene de cultivos legales en los Estados Unidos, principalmente de California. Hay también algunos productores en México que operan bajo los mismos estándares de control.

Regular la producción de cannabis para el uso recreativo y médico puede ayudar a aliviar algunos de los riesgos asociados tanto con el uso ocasional como con asegurar el control de calidad de las dosis utilizadas en los estudios médicos. Esta medida estaría en línea con las recientes propuestas del gobierno mexicano para despenalizar pequeñas cantidades de la droga y la legalización para uso médico. Además, el financiamiento para los estudios con cannabis medicinal en México podría aprovecharse mejor si se eliminara la necesidad de importar suministros regulados.

Algunas consideraciones científicas

Debido a que el cannabis es químicamente complejo, con numerosos químicos activos y compuestos potenciales para estudio, deben ser explorados profundamente los factores de riesgo de su uso sobre la base de propensiones genéticas, con el fin de ayudar a reducir los riesgos en los estudios.

Se cree que los genes de RBC asociados con los receptores de cannabinoides guardan relación con una serie de problemas cognitivos, como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, la dependencia a drogas, la depresión y la obesidad; por tanto, se debe tener cuidado para entender estas relaciones y explorar la farmacogenómica del cannabis a fin de entender cómo afecta a la salud, y establecer su uso en diversos tratamientos.

La mayoría de las investigaciones actuales relacionadas con el cannabis implican un riesgo mínimo. Los datos de los estudios en curso, más allá de

una muestra muy baja de incidencia de resultados adversos, dan cuenta de numerosos beneficios médicos potenciales que necesitan ser explorados.

Un régimen legal regulatorio, tanto para uso recreativo como médico, proporcionaría opciones para supervisar los controles de calidad y una mayor vigilancia de los resultados adversos.

El cannabis ha sido usado en medicina desde la antigua Grecia y es de gran interés para la comunidad médica por sus usos terapéuticos potenciales. El tabú social contra el consumo de cannabis parece estar cambiando, y los esfuerzos políticos en México y en otros lugares están eliminando o reduciendo las prohibiciones.

Las leyes deben considerar los aspectos sociales y médicos de uso recreativo; hay algunos esquemas legales en los Estados Unidos que vale la pena considerar. Asimismo, debemos tener presente que la incidencia en el consumo de marihuana en adolescentes ha disminuido en los países en que se ha legalizado.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y USO MÉDICO DE CANNABINOIDES

SILVIA CRUZ MARTÍN DEL CAMPO*

Mi discurso es enunciado desde la farmacología. Trabajo en un laboratorio investigando los efectos de sustancias aisladas, en cantidades precisas y sobre blancos específicos, como células, personas y modelos animales.

Los efectos de un fármaco o cualquier sustancia que se ingresa al organismo dependen de la persona a la que se le da; no es lo mismo un joven, un niño o un anciano. Son determinantes el sexo, la edad, la cantidad de grasa, el metabolismo y el tipo de cuerpo, así como el sustrato genético.

Es importante también el compuesto que se tiene, la dosis, la cantidad, el lugar donde se une en el organismo y el efecto predecible y medible que produce. Asimismo, hay diferencias entre la vía de administración oral, inyectada o fumada. En el caso de la marihuana, cuando se

* Licenciada en biología de la UNAM con estudios de maestría y doctorado en farmacología en el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (Cinvestav). Ha sido profesora de especialidades en adicciones en la UNAM y en diferentes instituciones, y becaria del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos. Es coordinadora académica del programa de posgrado en neurofarmacología y terapéutica experimental, y jefa del Departamento de Farmacobiología del Cinvestav. Actualmente es investigadora titular 3D en el Cinvestav. Cuenta con más de 80 publicaciones especializadas, dos libros, artículos de investigación y capítulos de libros. Es revisora frecuente de las principales revistas internacionales de farmacología y toxicología y ha recibido varias distinciones a sus trabajos. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores desde 1987.

consume de forma oral es más lenta la absorción y mayor la duración en el organismo, y es más eficiente si se fuma.

Para saber los efectos de la marihuana, debemos considerar que es una mezcla muy variable de más de 400 compuestos, sin contar los que se producen por la combustión, que son los del humo. Para determinar sus efectos psicoactivos es importante la proporción que existe entre dos compuestos principales, el delta 9 tetrahidrocannabinol o THC, que es el compuesto activo, y el cannabidiol, que no lo es.

Hace poco, un estudiante tomó muestras de marihuana en la Ciudad de México, las analizó químicamente y detectó inexistencia de cannabidiol y presencia única de delta 9 THC. Esto es fundamental para comprender los efectos que pueden presentarse en función de las características de la planta. La que se utiliza con fines psicoactivos generalmente tiene alto contenido de delta 9 THC.

Un fármaco no produce funciones nuevas, sólo modifica las ya existentes. En este sentido cabe mencionar que el sistema endocannabinoide que existe en nuestro organismo es complejo, está compuesto por sustancias endógenas que llamamos endocannabinoides, por enzimas que las degradan y sintetizan y por receptores sobre los que actúan. A pesar de que es muy técnico, no olviden el término FAAH, que es la enzima que degrada uno de los endocannabinoides que producimos en el organismo.

Los endocannabinoides son importantes porque activan naturalmente los receptores donde posteriormente actúan los fitocannabinoides derivados de la planta de la marihuana, en especial el delta 9 THC. Estos receptores están en muchas partes del sistema nervioso central, en zonas relacionadas con el proceso de la memoria, del aprendizaje, de las funciones cognitivas, del control motor —incluido el reflejo del vómito— y del dolor, incluso del control del apetito.

Las sustancias endógenas se producen cuando se requieren, tienen una vida media muy corta, es decir, se metabolizan rápidamente por las enzimas, entre ellas la FAAH. Funcionan para la coordinación motriz, el aprendizaje, la memoria, la modulación del dolor y el desarrollo cerebral. Durante la adolescencia tenemos una gran cantidad de estímulos, algunos de ellos están mediados por sustancias excitadoras cuya actividad está modulada, a su vez, por los cannabinoides endógenos.

Mantener un tono adecuado de estos últimos es fundamental para la maduración óptima del sistema nervioso central, en particular de algunas

zonas que tienen que ver con la toma de decisiones. De esta manera, alterar el sistema endocannabinoide; inundándolo de exocannabinoides, como el delta 9 THC, puede modificar el desarrollo cerebral.

El delta 9 THC produce alteraciones de la percepción de la distancia, del espacio, disminuye la coordinación motriz y el tiempo de reacción; estos efectos se asocian a los riesgos de manejar o utilizar maquinaria.

Aunado a lo anterior, están la resequedad de la boca, el aumento del apetito y de la frecuencia de los latidos del corazón, así como la disminución de la presión arterial. Se acelera el corazón y los vasos dilatados se aprecian en los ojos rojos, por ejemplo. A quienes tienen problemas cardiovasculares el consumo de cannabis se los puede aumentar.

Hay que agregar la disminución de la motilidad intestinal, que puede producir interacciones con otros medicamentos, la disminución de la respuesta inmunológica inflamatoria y la disminución de la memoria de eventos recientes.

En este sentido, entre más joven se inicia el consumo de marihuana, es más fácil que se presente deterioro cognitivo. Los menores de 18 años son una población de mayor riesgo, aunque la posibilidad de generar dependencia la tenemos todos.

Si tenemos un sistema nervioso central que funciona y receptores cannabinoides y sistemas dopaminérgicos, cualquiera puede desarrollar dependencia a las drogas, pero es mucho más fácil que suceda en jóvenes.

Cuando las personas empiezan a consumir cannabis antes de los 15 años, uno de cada seis desarrolla dependencia, cuando inician más grandes, esta cifra baja a uno de cada nueve; por eso se dice que los adolescentes son una población vulnerable.

¿Hablamos de que la marihuana sea medicina o de medicamentos basados en cannabinoides? Hay un consenso en que la mejor experiencia y las mejores expectativas están en las sustancias individuales de las que podemos conocer qué dosis, en qué presentación, por qué vía y para qué persona.

Por lo tanto, la marihuana no se considera por ninguna instancia internacional como un medicamento, sino, en el mejor de los casos, como una planta con propiedades medicinales. Lo que se considera como medicamentos son algunos compuestos individuales como el dronabinol y otros cannabinoides naturales y sintéticos. En este momento se

realizan más de 250 estudios clínicos con moléculas aisladas con grandes posibilidades terapéuticas.

En la fase uno, los estudios clínicos se realizan en voluntarios sanos para ver cómo se metabolizan los medicamentos de prueba y si no tienen efectos negativos. Después, se hacen estudios en pacientes para saber si la molécula en estudio es igual o mejor a lo que ya existe, si sirve para un trastorno en particular y si es mejor que una sustancia inerte llamada placebo. En la siguiente etapa, se hace un estudio multicéntrico en grupos grandes de pacientes de diversas partes del mundo y finalmente se lleva a población abierta en donde ya comercializada la sustancia, se observa si no hay casos adversos raros (poco frecuentes) que no se observaron en poblaciones más chicas.

Sabemos que los cannabinoides, que se espera tengan utilidad médica —y algunos ya la tienen—, actúan directamente sobre los receptores específicos a cannabinoides. A partir de ese conocimiento se han desarrollado estrategias de desarrollo de medicamentos con algunos casos de éxito. Entre los cannabinoides con potencial terapéutico encontramos analgésicos y anticonvulsivos muy interesantes para el tratamiento de la esclerosis múltiple.

Por otra parte, sabemos que consumir delta 9 THC produce mucha hambre. Por eso una de las estrategias ha sido ¿qué tal si bloqueamos los receptores sobre los que actúa el THC para que las personas no tengan hambre y puedan bajar de peso? Otra estrategia ha sido inhibir las enzimas que degradan los endocannabinoides para lograr que duren más los efectos de los compuestos endógenos porque se metabolizan menos.

Les resumo rápidamente lo que ya está aprobado y tiene utilidad: el dronabinol o marinol es un isómero sintético del delta 9 THC. Por vía oral y en cantidad baja no produce el efecto psicoactivo que produce fumar THC. No está mezclado con otros compuestos y se utiliza para la náusea intratable (es decir, como antiemético), para gente que tiene tratamiento con quimioterapia y que no responde a otros tratamientos. También para esto se utiliza el nabinol o sesamet.

El nabiximol, o sativex, es una mezcla en proporción casi uno a uno de dosis bajas de THC por vía oral y cannabidiol. Este último no tiene efectos psicoactivos, no produce riesgo de dependencia y tiene efectos muy interesantes. El nabiximol se está utilizando como espray para el tratamiento de la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple cuando otros fármacos no funcionan.

Consideramos al cannabidiol como una sustancia útil para el tratamiento de la epilepsia. Es necesario aclarar que no es correcto afirmar que la marihuana cura la epilepsia. La marihuana no cura el padecimiento y puede producir dependencia, es el cannabidiol, por vía oral, el que ayuda al tratamiento de los síntomas. Desde luego, en ciertas poblaciones debería ser una alternativa terapéutica, aunque la formulación no está aprobada aún por todos los sistemas regulatorios. Existe cannabidiol en aceite con grandes posibilidades terapéuticas y no hay razón para que no entre al país.

De hecho, en términos de regulación en México, vale la pena comentar que el cannabidiol no está mencionado en la iniciativa de ley referente al cannabis, pero ¿debería estar? Si no es una sustancia psicoactiva ¿por qué la habríamos de regular como tal? Se han descrito 60 blancos moleculares donde actúa el cannabidiol. No está descrito que produzca adicción y es, en este momento, de los mejores componentes derivados del cannabis que tenemos. La marihuana es una droga con posibilidades de generar dependencia en ciertos grupos vulnerables y aunque puede ser una planta con propiedades medicinales, dependiendo de la composición; lo que se vende en México prácticamente no tiene cannabidiol, sólo delta 9 THC.

En la investigación de desarrollo de medicamentos, no es fácil anticipar cuáles son las posibilidades terapéuticas y los posibles efectos adversos, a pesar de que tengamos un conocimiento claro de los receptores sobre los que actúan las moléculas potencialmente útiles. Un ejemplo es el de un compuesto que bloqueaba receptores cannabioides y llegó a fase cuatro porque quitaba muy bien el hambre. Se llamaba rimonabant, yo pensaba que iba a ser una maravilla y de hecho resultó útil para el tratamiento del síndrome metabólico. Sin embargo, al llevarlo a población abierta se encontró que aproximadamente 20 por ciento de los consumidores desarrollaban problemas psiquiátricos fuertes, entre ellos depresión mayor, incluso hubo algunos casos de suicidio que no había manera de anticipar. Por eso, se tuvo que retirar del mercado. Todavía nos falta mucho por investigar en ese sentido. Asimismo, en enero de 2016 un inhibidor de la FAAH, en fase uno, tuvo efectos extraordinariamente nocivos en voluntarios sanos, por lo que se retiró ya que causó muerte cerebral en un voluntario sano. Esto muestra que, a pesar de los casos de éxito y de lo promisorio del campo, el desarrollo de medicamentos cannabinoideos no es sencillo y hay que tener cuidado.

Por último, quisiera concluir que la marihuana no está desprovista de riesgos para la salud y que hay poblaciones más vulnerables, como los adolescentes, las personas que tienen cierta carga genética, en particular los que tienen factores de riesgo para presentar trastornos mentales y en las mujeres embarazadas.

Hay formulaciones farmacéuticas de cannabinoides, aprobadas como medicamentos, que ya tienen indicaciones específicas. Todavía no tenemos a la estrella ni al que sea mucho mejor que los medicamentos que ya existen, pero en algunas poblaciones específicas producen un efecto que es esperanzador y si esas poblaciones lo necesitan, no hay razón para que no lo tomen.

Hay muchísimos estudios técnicos que están evaluando el efecto de sustancias específicas a dosis y preparaciones determinadas para que lleguen a la población general, siguiendo las regulaciones de salud.

No estamos hablando de que la marihuana cure; al contrario, su consumo puede ser nocivo para la salud, pero este lenguaje que se está utilizando, con mucha ligereza, llega a los adolescentes, quienes lo interpretan de forma equivocada por lo que es común escuchar que nos digan: ¿cómo va a hacerme daño fumar marihuana si es medicina? La marihuana no es medicina, pero hay cannabinoides que, con la investigación adecuada, son o podrían ser buenos medicamentos y seguramente habrá cada día más.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN EL USO MÉDICO DE CANNABINOIDES

JORGE ESPINOSA FERNÁNDEZ*

Al hablar de ética en investigación y el uso médico de cannabinoides debemos referir que, efectivamente, no se trata de un medicamento. No hay dilemas éticos en esta regulación farmacéutica, hay una concurrencia y una clara complementariedad entre lo jurídico, lo ético y la evidencia científica porque se trata de garantizar la seguridad, eficacia y calidad en los medicamentos. Tiene que ver con acceso, pero para que haya acceso tiene que haber disponibilidad, y para que haya esa disponibilidad de medicamentos deben ser productos seguros, eficaces y de calidad. El modelo normativo de México y del mundo en materia farmacéutica tiene apenas unos 60 años y es un prodigio de diseño y de funcionamiento, por eso me refiero a la regulación farmacéutica moderna.

* Licenciado en derecho por la UNAM, con maestría en administración y finanzas públicas por la Universidad de Nueva York y miembro de la Barra Mexicana, del Colegio de Abogados. Es socio fundador del Grupo Asesoría Estratégica con experiencia en litigio mercantil, amparo administrativo y consultoría en derecho público y regulación. Fungió como Director de Legislación y Normas en la Coordinación General Jurídica del Departamento del Distrito Federal y como Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, así como miembro del Consejo Jurídico Consultivo de la Presidencia de la República.

Etapas de desarrollo, evaluación, comercialización y los elementos del sistema regulatorio

La investigación preclínica es un tema de investigación y conlleva elementos regulatorios, propiamente jurídicos, éticos y científicos; la investigación clínica consta de tres fases, porque la cuarta es prácticamente la farmacovigilancia; el régimen de autorizaciones previas es el control directo que ejerce la autoridad sobre los productos, ahí está el tema del acceso. Mientras no se demuestre seguridad, eficacia y calidad, no hay una autorización, y sin esa autorización no hay producto.

En investigación, igual que en la revisión de los medicamentos, es claro que participan comités científico-médicos y comités éticos, así está en la ley y en los reglamentos. En la fase de evaluación, desde luego la seguridad, eficacia y calidad; los temas de etiquetado; la información e indicaciones terapéuticas; y la tendencia a los comités de expertos.

En México tenemos un Comité de nuevas moléculas; en el tema de biotecnológicos, que son más sofisticados, tenemos un subcomité científico; es parte de la responsabilidad ética en la valoración de la aprobación de los medicamentos. También hay reglamentación en la comercialización, farmacovigilancia, inspección, buenas prácticas, controles y prescripción.

Éstos son los ingredientes del modelo que funciona, está en la ley, en los reglamentos, en las normas y es lo que opera.

En cuanto a la regulación de la investigación en seres humanos, es materia de salubridad general y eso quiere decir que el Congreso de la Unión legisla sobre el tema. Se requieren protocolos que sean autorizados, hay todo un régimen normativo con bases y criterios fundamentales y el establecimiento, requisito, regulación y funcionamiento de los comités. No solamente son instancias administrativas o burocráticas, es la actividad multidisciplinaria de los especialistas.

La regulación de la investigación en México se caracteriza porque corresponde a estándares internacionales, hay armonización sobre evidencia científica, derechos humanos y principios éticos escritos. La declaración de Helsinki y todas sus revisiones son un instrumento fundamental, es una buena muestra de cómo lo ético y lo jurídico se complementan: lo jurídico establece la obligación de cumplir lo ético. Hay autoridades, régimen de autorizaciones y normatividad, en esta

última hay integralidad y exhaustividad, no pretende cubrir ciertos aspectos, sino ser integral.

La ley tiene una definición de medicamento, una sustancia o mezcla de sustancias, su origen natural o sintético, efecto terapéutico, forma farmacéutica, y se identifica por su actividad farmacológica y sus características físicas, químicas o biológicas. De acuerdo con lo anterior, la marihuana no tiene una forma farmacéutica ni reúne las demás condiciones. Un fármaco es el principio activo que tiene que ser evaluado para poder resolver las condiciones específicas del medicamento, porque éstos son por indicación específica.

En nuestra ley, las clasificaciones se dan según el origen químico, biológico o biotecnológico, lo importante es que estos medicamentos tendrían que ser especialidades farmacéuticas y ser alopáticos, que son los que están contemplados en la legislación, y vienen en presentaciones farmacéuticas. Desde luego, en el reglamento de insumos están los medicamentos herbolarios y otras aproximaciones, pero no con carácter de medicamentos, donde no aplica el conocimiento científico estricto y la comprobación, sino únicamente existencia de literatura.

Pero, ¿qué aplica en particular a estupefacientes y psicotrópicos para los cuales hay un capítulo específico de cada uno en la ley?, desde luego, la Constitución. No es cualquier cosa decir que están regulados y que son de competencia federal, convenciones y tratados internacionales, acuerdos de Naciones Unidas, que no solamente establecen los controles y son la base para las prohibiciones que establecen las legislaciones nacionales, sino que claramente tienen el propósito de asegurar que haya un uso efectivo en la investigación y en la medicina.

No son restrictivas ni prohibitivas para la investigación y para la medicina, más bien, establecen los controles para tener este tipo de productos y sus derivados. En nuestra ley hay disposiciones, hay listas de psicotrópicos, algunos están definidos en la ley y otros en listas por cuestión de complejidad de los procesos legislativos, reglamentos y normas oficiales. Los estupefacientes y los psicotrópicos tienen algunos elementos comunes que son reveladores de lo que hablamos.

Primero, no tienen una definición conceptual, se definen por listas. No podrían estar delimitados, el lenguaje es necesariamente riguroso. Las listas son la clasificación de las sustancias que dan sustento a la persecución de delitos, la Constitución dice que los delitos se cometen por

infracciones a la ley, no a los reglamentos o a cualquier otra norma, por eso están en la ley y eso lo hace muy restrictivo.

Todo acto está sujeto a regulación y es explícita la ley con fines médicos y científicos, lo que se requiere es una autorización. Lo ilícito es manejar esos productos sin autorización, no están prohibidos *per se*, lo que se requiere es tener la autorización sanitaria que la propia ley establece. Hay disposiciones específicas sobre su adquisición, los profesionistas habilitados para prescribirlos y todo el régimen de recetas y controles, concretado en la ley y en nuestros reglamentos a partir de tratados internacionales.

Entre los estupefacientes está el cannabis o marihuana, resina, preparados y semillas, y esto no se ha modificado, está, tal cual, desde 1984. Hay provisiones más amplias de toda la cadena económica que tiene que ver con opio, cannabis y cocaína. En psicotrópicos estamos hablando de los cannabinoides y están estructurados por grupos, de acuerdo con convenciones.

El punto clave es que en el primer grupo se ubican las sustancias donde el valor terapéutico es escaso o nulo y ahí ha estado el tetrahidrocannabinol, eso es lo relevante.

Concluyo compartiéndoles lo que ha pasado con las clasificaciones de psicotrópicos en el artículo 247. Desde que se expidió la ley está en el grupo uno; en 1987 quedó el tetrahidrocannabinol en ese grupo y se acomodaron por disposiciones legales pero tiene la misma condición. Hace dos años se reformó la ley para incluir también los cannabinoides sintéticos. La iniciativa que ahora se discute en el Congreso de la Unión distingue que dejen en fracción uno los cannabinoides sintéticos y que diga en fracción dos «con reconocimiento de mayor potencial para uso médico, el tetrahidrocannabinol y los isómeros que describe». Éste es el paso que se está dando y que se discute, dado el reconocimiento de las cualidades terapéuticas de la sustancia, que no es la planta, porque no estaríamos hablando de este régimen específico de medicamentos.

CONCLUSIONES DEL GRUPO DE EXPERTOS: BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA¹

La regulación del uso y consumo de marihuana tiene diversas afectaciones, tanto en la esfera privada de las personas como en el ámbito de la salud pública. El tema, por su complejidad, merece ser encarado en forma interdisciplinaria para generar los argumentos científicos que permitan construir un nuevo modelo de control de esta sustancia. Se requiere de políticas públicas que maximicen la salud de la población y la protección a grupos vulnerables, al mismo tiempo que se protejan los derechos humanos y la autonomía de las personas.

En México, el tema cobró especial importancia a partir de la resolución del amparo en revisión 237/2014 emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la que se determinó otorgar el amparo a los quejosos para la realización de los actos de consumo personal con fines recreativos: sembrar, cultivar, cosechar, preparar, poseer y transportar en relación exclusivamente con el estupefaciente cannabis y el psicotrópico THC, sin que ello implique la autorización para realizar actos de comercio, suministro o cualquier otro que se refiera a la enajenación o distribución de dichas sustancias.

¹ El día 6 de julio de 2016 se llevó a cabo una reunión de trabajo con un grupo de expertos en la sala “Guillermo Soberón”, del edificio sede de la Secretaría de Salud, para analizar propuestas específicas para generar las estrategias, mecanismos y políticas públicas fundamentadas en los principios éticos, el respeto de los derechos humanos y la salud pública, en torno a la regulación de la marihuana.

A partir de esta sentencia, las instituciones gubernamentales y académicas del país han anunciado y llevado a cabo debates importantes en torno a la regulación del consumo de marihuana y uso medicinal de cannabinoides.

Uno de los grandes retos para el Estado en torno a la regulación de la marihuana, es acompañar estas determinaciones de un esquema de protección y operación regulatoria que otorgue protección a la salud.

Es necesario plantear las estrategias institucionales en salud para la reducción del daño en el consumo del cannabis, lo que comprende minimizar el acceso, disponibilidad y uso entre los jóvenes, así como su consumo entre poblaciones vulnerables, analizar y reducir la carga de enfermedad que se asociaría con el incremento, o no, del número de consumidores, atender los riesgos a la salud en la adolescencia e instrumentar acciones efectivas para el tratamiento a las adicciones. Sin un esquema de atención a la reducción del daño y la atención a la salud en el consumo de drogas, se corre el riesgo de que el problema del consumo tenga consecuencias importantes a la salud pública.

Incorporar el enfoque bioético en las políticas públicas en la materia es fundamental para garantizar condiciones de equidad, justicia y respeto a los derechos humanos en todos los ámbitos de la salud, al brindarnos marcos de análisis interdisciplinario para hacer frente a la compleja realidad social del ser humano, partiendo de un diálogo multicultural e incluyente.

Salud pública y autonomía en la regulación de la marihuana

El ejercicio de análisis encabezado por la Comisión Nacional de Bioética en la regularización de la marihuana es un paso importante porque pone sobre la mesa los puntos a tomar en cuenta en la conformación de una ley, al plantear el marco de referencia de lo que estaría permitido y lo que estaría prohibido; no obstante, no debe perderse de vista que la aprobación de un nuevo marco normativo no implica la resolución del problema de la adicción a la marihuana y otras drogas.

El nuevo marco normativo tendrá que poner énfasis en el hecho de que estamos ante un fenómeno de salud pública, por lo que no deben excluirse dos grandes capítulos, aunque muy probablemente no estarán escritos en la ley: la prevención y el tratamiento.

Al hablar de bioética y salud pública, estamos refiriendo necesariamente una relación dialéctica entre los derechos individuales y los deberes del Estado, esto es, entre derechos individuales y libertad personal de decidir. No obstante, existe también una responsabilidad estatal y, en este caso, institucional, como en el caso de la Secretaría de Salud, entre otras.

En el contexto de la regulación del consumo de la marihuana, y de las drogas en general, el argumento paternalista absoluto persigue el objetivo de penalizar la posesión de drogas para consumo personal, intentando, mediante el uso de la ley, preservar la salud física y mental, para evitar que el individuo se provoque un daño a sí mismo. En este sentido, siempre existe la posibilidad de caer en conductas autoritarias y generar nuevas formas de criminalidad.

Para prevenir lo anterior, las políticas en torno al consumo de la marihuana deben desarrollarse bajo el principio de proporcionalidad, la cual refiere que el grado de intervención estatal debe ser proporcional al beneficio de los sujetos.

Es necesario ponderar entre la libertad individual (derecho a la libre autodeterminación) y el interés colectivo o bien común. En este sentido, cualquier política pública centrada en el esquema de ponderación de derechos tiene que involucrar aquellos determinantes sociales que propician el consumo en la población.

La penalización no es una política que ha funcionado, sino que la acción estatal debe dirigirse hacia la esfera social, a nivel del acceso de información, de medidas de prevención, tratamiento para quienes padecen de adicciones, pero también intervenir sobre los determinantes sociales que inciden en el fenómeno de la adicción.

De este modo, existe la responsabilidad estatal e institucional en materia de salud pública, que no se constriñe únicamente al aspecto legalista, pues si bien la ley es el marco de referencia de lo permisible o prohibitivo, se requiere de las políticas necesarias para atender el tema de la prevención, tratamiento, uso médico e investigación, entre otros.

Se ha exagerado considerablemente el daño de la marihuana al clasificarla en la misma categoría que otras drogas fuertes. Ha habido una gran estigmatización —a partir de diversas políticas prohibicionistas y campañas difamatorias, que relacionaban el consumo con toda clase de trastornos de la conducta—, sin embargo, no hay evidencia científica acerca de los riesgos a la salud o la relación con ciertas afecciones neurológicas.

El fenómeno de consumo empieza en edad temprana, por lo que las políticas de salud en materia de prevención deben estar directamente dirigidas a los jóvenes, no bajo la política tradicional de prohibición del consumo, sino bajo un esquema de prevención con información veraz y confiable, basado en una relación dialéctica entre la educación de la población más vulnerable, y una regulación estatal responsable, sin disminución de la capacidad individual de autodeterminación.

Bioética y políticas en salud pública respecto de la reducción del daño en el consumo de cannabis

En el establecimiento de políticas públicas para la reducción del daño en el consumo de drogas, y en específico de la marihuana, resulta necesario partir de información científica y veraz respecto del riesgo real, alcances y efectos del consumo de esta sustancia, para poder señalar de manera concreta las estrategias de prevención y tratamiento.

La evidencia científica en torno al consumo de marihuana ha demostrado que no todos los consumidores se convierten en adictos y que tampoco, necesariamente, esta sustancia es el portal de entrada a otras drogas más potentes. Asimismo, debe señalarse que equiparar la marihuana con otro tipo de drogas más peligrosas, ha sido un error, ya que el problema se ha abordado desde generalidades en torno a las drogas y no por el tipo de droga de manera particular.

En Francia, por ejemplo, las estadísticas dicen que debe haber alrededor de dos millones de usuarios habituales de marihuana, sin embargo, las clínicas de tratamiento de drogas no están llenas, son usuarios que llevan años y a veces décadas usando marihuana y no tienen problemas, son gente estable, que tiene su trabajo, que tiene sus ocupaciones y que no tienen problemas particulares y no requieren ni reciben ningún tratamiento.

Kofi Annan, ex Secretario General de la Organización para las Naciones Unidas, dijo hace casi 20 años que las políticas de drogas han hecho más daño que las drogas mismas; eso hay que tomarlo en cuenta, es una afirmación muy seria y es importante para el caso que ahora se analiza. Aunque se prohíba la marihuana, siempre estará disponible en el mercado, y los niños y jóvenes tendrán más fácil acceso que si estuviera regulada estrictamente. Además, la colectividad sufrirá otras

consecuencias de esa prohibición, como el crimen organizado, esos aspectos no se pueden ignorar

Tratamiento, prevención y reducción del daño

El marco normativo que se establezca en torno al consumo de marihuana, debe hacer énfasis en el hecho de que estamos ante un fenómeno de salud pública, por lo que no deben excluirse dos grandes capítulos de ésta: la prevención y el tratamiento.

Respecto del tema de la reducción del daño, en el caso del consumo de marihuana, no se ha logrado consenso, incluso en la última reunión de Naciones Unidas no hubo muchos cambios, no se cree en las terapias de sustitución que son para reducción de daño, ni siquiera en la metadona. Ha habido una polémica en torno a que se daba mensajes equivocados, por lo tanto se tendrían que desmitificar. En algunos casos esas políticas eran efectivas si se consideraban dentro de un programa global. Por ejemplo, en algunos países se les dio jeringas nuevas a personas adictas que se inyectan, con el fin de prevenir el VIH.

Ciertamente, está demostrado que el consumo de la marihuana afecta la memoria, eso es un hecho, y mientras más jóvenes sean los consumidores el grado de afectación es mayor; aunque afecte la memoria sólo temporalmente, la afecta cuando están en la escuela, y esto se asocia con un bajo rendimiento escolar. El desarrollo de una persona que empieza a consumir a edad temprana no va a ser el óptimo, y va a tener un riesgo, por ello es mejor no hacerlo, pues todos tenemos el potencial de desarrollar la adicción y la marihuana tiene el potencial de hacer auténtico daño en ciertos sistemas, en ciertos momentos; sin embargo, es necesario contextualizar y delimitar esos daños. No todos poseen el mismo nivel de riesgo, ni el mismo nivel de dependencia.

La falta de tratamiento para los adictos graves es una de las fallas más importantes en México. No todos los consumidores de marihuana requieren o tienen que ir a tratamiento; existen modelos, como el portugués, que define en cada caso el curso de acción para la persona, desde la no necesidad de un tratamiento, hasta un tratamiento prolongado, dependiendo de las características de la persona. Muchas veces hacemos

situaciones de *todo o nada*, y en materia de prevención este paradigma debe ser modificado.

Para los casos en los que el consumo constituya una adicción, las políticas de tratamiento deben orientarse para asumir la problemática como afectación y no como delito a perseguir, así como considerar en el tratamiento que el uso lúdico o recreativo de estas sustancias no es necesariamente la búsqueda del placer, sino que es derivado de otros factores socioculturales, de falta de autonomía, autodeterminación, sobre los que debe actuarse.

En las políticas encaminadas a la prevención, más que prohibir y obligar, tienen que informar y educar, y con base en esa información los individuos deberán tomar decisiones; ahí es cuando los grupos vulnerables tienen que ser atendidos porque son los que no reciben información, y la que les llega no está en un lenguaje que puedan entender, no es accesible para ellos, entonces, es en ese aspecto en el que hay que poner atención.

En el caso de la marihuana también sería importante la regulación para evitar la contaminación con otras sustancias que están afectando a los usuarios. Estudios en Chile han encontrado que según la manera como se cultiva puede contener partículas de pesticidas, también encontraron vidrio triturado con el fin de sacar mayor provecho económico. Ha habido reportes de que se mezclan medicamentos y no se trituran bien, los daños pulmonares pueden estar asociados más con el contaminante que con la droga. En consecuencia, es necesario hacer análisis para ver qué contaminantes están usando; en los medios han sonado casos extremos como cuando se mezcló con veneno para ratas y esto afectó a muchas personas.

Otra situación que sería interesante analizar a fondo es, tomando el caso de Holanda, ver si para el uso lúdico se podría dar el acceso a la marihuana en lugares controlados, esto garantizaría el control de calidad de la sustancia y el que llegara sólo al público que estuviera autorizado.

Si bien limitar el uso en el ámbito privado es complicado, se cuenta con evidencia de que es en el hogar (a través de padres, hermanos, etcétera) donde niños y jóvenes están accediendo al alcohol, el tabaco, la marihuana y otras sustancias que son dañinas, sobre todo en las primeras etapas de la vida.

Por otro lado, toda ley debe garantizar su correcta aplicación y esto incluye que los cuerpos del Estado reciban la adecuada capacitación. Un

ejemplo son los casos en los que usuarios de heroína provocan problemas y los policías no conocen el protocolo para su intervención. Entonces, en la regulación también se debería incluir cómo evaluar, cómo ver, cómo tratar.

En algunos casos, no sólo no se ayuda a las personas, muchas veces los mismos policías se ponen en riesgo; por su adicción muchos usuarios sufren diversas enfermedades y los cuerpos de seguridad les tiran sus medicamentos porque creen que son drogas, además les quitan las jeringas y a veces los policías las rompen con las manos sin protección. Un estudio mostró que entre 94 y 95 por ciento de una muestra de mil 800 policías, habían estado en riesgo de infección por VIH por no saber cómo actuar. Muchas veces no es mala la ley, sino la manera como se instrumenta.

Ética de la investigación y uso médico de los cannabinoides

Para plantear las políticas en torno a la investigación y uso médico de los cannabinoides es necesario plantear la discusión en sus verdaderas proporciones, y en el caso de la marihuana, desmitificar.

El análisis sobre este tema debe iniciar con la aclaración de que la marihuana no es un medicamento y no es medicinal. Son algunos componentes de ésta los que podrían ser útiles en el uso terapéutico, pero para validar su uso médico se necesita hacer toda una serie de procesos de investigación, verificación, comprobación de efectos secundarios, de solidez de lo que se tiene, como se hace sistemáticamente para cualquier medicamento; hay reglas científicas muy estrictas que hay que seguir para validar su utilidad, así como para comparar riesgos y beneficios.

El mensaje de que la marihuana es medicinal es uno muy riesgoso ya que lleva a una disminución enorme de la percepción de riesgo y a un aumento en su consumo. Estamos en ese proceso de un cambio de paradigma. Hay muchas cosas que no se saben porque en México, y en muchas partes del mundo, la investigación no se ha facilitado. Sin embargo, hay algunos estudios en proceso y eso dará, a futuro, más respuestas. Existen reglas científicas y principios éticos muy estrictos que deben, igualmente, seguirse para validar el uso terapéutico o médico de la marihuana en sentido estricto.

Muchos de estos datos o de estas conclusiones tal vez carecen de evidencia actualmente, y sin duda es obligación ética de nuestra sociedad

generar esa evidencia para poder usarla y tomar decisiones adecuadas. Una prohibición general del uso de la marihuana impactaría en la realización de proyectos de investigación que estudian el uso de la marihuana o de sus productos derivados.

La regulación para estos efectos en México sería muy buena, pero habría que pensar hacia dónde orientarla, qué se podría hacer. Si la investigación puede llegar hacia analgésicos que tengan otra vía como la opiácea, es una promesa muy importante, y por muchas evidencias probablemente así sea.

Hay elementos que deben discutirse, todas las políticas tienen dificultades; quizás podría replicarse el modelo canadiense en el que el ministro de salud da permiso a una persona específica de usarlos cuando su condición de salud lo requiera. Otro elemento que parece muy importante es la parte de incorporar la reflexión en los derechos humanos, porque además es lo que detonó todo este proceso de poder reflexionar sobre la regularización de la marihuana.

Sobre el uso lúdico de la marihuana en el análisis bioquímico, no queda la menor duda de que afecta la memoria, eso es un hecho, y en los más jóvenes el efecto es peor, aunque afecte la memoria sólo temporalmente, entonces, eso se traduce en bajo rendimiento escolar. Hay estudios epidemiológicos al respecto. Actúa directamente en la zona del hipocampo.

Otras cosas de las que no se habla es del efecto en el sistema inmune; no a cualquiera se le puede dar THC, aunque esté permitido, porque hay organismos comprometidos para los que pudiera ser fatal (eso se ha demostrado en su uso en animales). Si se hiciera la investigación clínica, realmente habría que ajustar muchos puntos sobre qué se puede hacer y qué se debe hacer.

Pero cuando se está trabajando con sustancias que se pegan directamente al receptor CD2 en las células del sistema inmune, esas células no responden, o sea, hay ahí algo que, desde el punto de vista fisiológico, sería muy bueno, cuando sólo queremos que no haya inflamación, y de ahí que se use la marihuana en emplaste en la rodilla, lo cual no tiene efecto psicoactivo y no llega al cerebro. Pero no es tan bueno cuando estamos hablando de una inmunosupresión en jóvenes.

La edad de 21 años en la regulación es una buena propuesta ya que a esa edad el proceso de maduración cerebral se ha alcanzado en la mayoría de los casos. Si bien, afectar ese proceso no es fatal, ciertamente su desarro-

llo no va a ser el óptimo; entonces, para algunos individuos habrá un riesgo menor, mientras que para otros será prohibitivo hacerlo, como la gente que tiene ciertas variantes genéticas que predisponen la esquizofrenia.

Otra dificultad para la regulación es la inexactitud de medir cuánta marihuana se trae en el cuerpo, como se hace con el alcoholímetro (hasta este momento no es posible); se tendría que hablar de la detección en fluidos biológicos de una sustancia que te impide manejar, que te pone en riesgo a ti y a los demás, no es tan fácil porque es liposoluble y podría dar falsos positivos, permanece en el organismo dos semanas, pero obviamente no se está impedido para manejar en esas dos semanas. Otro punto importante para tomar en cuenta es la combinación con alcohol que genera una muy alta probabilidad de tener un accidente.

El grupo de expertos que participó en la deliberación sobre la regulación de la marihuana en México a partir de un enfoque bioético, estuvo integrado por las siguientes personalidades:

Manuel Ruiz de Chávez.	Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética
Santiago Oñate Laborde	Representante de México en Estrasburgo ante el Consejo de Europa
Jan Malinowski Rubio	Secretario Ejecutivo del Grupo Pompidou del Consejo de Europa
María Elena Medina Mora	Directora del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
Silvia Cruz Martín del Campo	Profesora-investigadora del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (CINVESTAV) del Instituto Politécnico Nacional
Carmen Fernández Cáceres	Directora General Centros de Integración Juvenil A.C.
Isidro Ávila Martínez	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud (CONASA)
Simón Kawa Karasik	Director General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud de la CCINSHAE
Patricio Santillán Doherty	Consejero de la Comisión Nacional de Bioética y Presidente del Colegio de Bioética
Enrique Beascochea Aranda	Consejero de la Comisión Nacional de Bioética, Ex Vicerrector Académico y actual Director Adjunto de Educación Continua de la Universidad Iberoamericana
Paulette Dieterlen Struck	Consejera de la Comisión Nacional de Bioética, Investigadora Titular C del área de Ética y Filosofía Política del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM
Erika Salinas de la Torre	Directora General Adjunta de la Comisión Nacional de Bioética

Karla Sánchez Villanueva	Jefa del Departamento de Atención a Grupos Vulnerables de la Comisión Nacional de Bioética
Aidée Orozco Pérez	Editora Ejecutiva de la Comisión Nacional de Bioética
Gustavo Olaiz Barragán	Subdirector de Ética en Políticas Públicas en Salud de la Comisión Nacional de Bioética
Edén González Roldán	Subdirector Científico de la Comisión Nacional de Bioética

ÍNDICE

Presentación	9
<i>José Narro Robles</i>	
Prólogo	13
<i>Manuel H Ruiz de Chávez</i>	
Agradecimientos	15

PRIMERA PARTE

BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA EN LA REGULACIÓN DE LA MARIHUANA

Bioética y salud en torno al uso de la marihuana.....	19
<i>Manuel H Ruiz de Chávez</i>	
Ética y adicciones	23
<i>María Elena Medina-Mora Icaza</i>	
Ponderación entre salud pública y autonomía en torno a la regulación de la marihuana.....	39
<i>Jan Malinowski Rubio</i>	
Derechos humanos en el diseño de las políticas públicas en torno a la marihuana	51
<i>Santiago Oñate Laborde</i>	

Políticas en salud para la prevención y la reducción del daño en el consumo de marihuana en adolescentes	59
<i>Antonio Mazzitelli</i>	

Políticas públicas en materia de prevención y tratamiento del abuso de marihuana con enfoque en grupos en condiciones de vulnerabilidad	71
<i>Mark Kleiman</i>	

SEGUNDA PARTE

BIOÉTICA Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA RESPECTO A LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN EL CONSUMO DE CANNABIS

La regulación de la marihuana desde una perspectiva de salud pública.....	81
<i>Sofía Charvel ■ Fernanda Cobo ■ Mauricio Hernández Ávila</i>	

Bioética y políticas públicas en el consumo de cannabis	93
<i>Simón Kawa Karasik</i>	

Bioética y políticas en salud pública respecto a la reducción del daño en el consumo de cannabis	101
<i>Carmen Fernández Cáceres</i>	

TERCERA PARTE

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y USO MÉDICO DE CANNABINOIDES

Aspectos bioéticos en la regulación de la marihuana	115
<i>David R. Koepsell</i>	

Ética de la investigación y uso médico de cannabinoides	121
<i>Silvia Cruz Martín del Campo</i>	

Ética de la investigación en el uso médico de cannabinoides.....	127
<i>Jorge Espinosa Fernández</i>	

Conclusiones del grupo de expertos: bioética y salud pública en la regulación de la marihuana	131
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----



Manuel H Ruiz de Chávez

Médico Cirujano con maestría en ciencias por la Universidad de Londres. Se ha destacado por su compromiso académico y por su quehacer al frente de distintas instancias en el servicio público, privado y social en el campo de la atención e investigación en salud, tanto a nivel nacional como internacional, a lo largo de más de 35 de años, además de contar con diversas publicaciones. Ha sido Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, miembro de la Junta Directiva de la UAM y Presidente Ejecutivo de FUNSAUD, entre otros. Actualmente es Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud. Recibió la condecoración “Eduardo Liceaga” de Ciencias Médicas y Administración Sanitario Asistencial, en 2016.

Erika Salinas de la Torre

Doctora y Maestra en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México, Licenciada en Filosofía por la Universidad de Guanajuato. Tiene la especialidad en Derechos Humanos por la Universidad de Castilla-La Mancha. Su desempeño en el servicio público se ha enfocado en el fortalecimiento del marco de los derechos humanos en México; asimismo, ha impartido cátedra en diversas instituciones públicas y privadas. Actualmente ocupa el cargo de Directora General Adjunta de la Comisión Nacional de Bioética.

Gustavo Fernando Olaiz Barragán

Licenciado en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México; especialista en ontología, estética y ética, con estudios de Maestría en Ética por esta misma casa de estudios. Se ha desempeñado en el ámbito editorial y cuenta con experiencia en gestión de proyectos de comunicación. Actualmente es Subdirector de Ética en Políticas Públicas en Salud de la Comisión Nacional de Bioética.

En México, el tema de la legislación de la marihuana ha sido objeto de un debate amplio, especializado, representativo e incluyente, en el que se han dado a conocer las diversas voces y posturas de los ciudadanos de nuestro país.

Atendiendo al compromiso del Secretario de Salud ante el Ejecutivo Federal para darle centralidad a la salud en la regulación del cannabis y sus derivados en nuestro país, la Comisión Nacional de Bioética, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, se sumó a los esfuerzos por informar y sensibilizar a la sociedad sobre los aspectos bioéticos en torno al uso de esta sustancia e impulsar el desarrollo de la salud en nuestro país.

La presente obra constituye un valioso referente para los tomadores de decisiones en la consolidación del marco regulatorio del cannabis en nuestro país, al ofrecer un análisis bioético y jurídico en torno a los derechos humanos y salud pública, reducción del daño en el consumo, ética de la investigación y uso médico de cannabinoides.

