

INICIATIVA DE LA SEN. YOLANDA DE LA TORRE VALDEZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL, CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

La que suscribe **YOLANDA DE LA TORRE VALDEZ**, Senadora, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, de la LXIII Legislatura, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y artículo 8, numeral 1, fracción I, 164 y 169 del Reglamento del Senado de la República, somete a la consideración de esta H. Soberanía la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD**, al tenor de la siguiente:

ANTECEDENTES

Las propiedades medicinales de la cannabis han sido utilizadas desde hace miles de años. Los primeros estudios registrados de la relación existente entre la medicina y la *cannabis sativa* se remontan a la cultura china encontrando en el libro de medicina “Nei Ching”^[*], creado por el emperador Huang Ti en el año 2600 a. de c. recetas para el alivio de diversas enfermedades, sin que se permitiera el uso con fines lúdicos, por lo nocivo de su exceso.

Desde China, el cultivo de la cannabis se extendió a otras regiones asiáticas, llegando hasta la India en donde, los Arios, la utilizaron para ritos religiosos. En los textos de los *Vedàs Sagrados*^[*], la cannabis es descrita como una hierba sagrada que agilizaba la mente, otorgaba la salud y alargaba la vida, atribuyéndose, además, propiedades afrodisíacas. Cabe resaltar, que en la India, la medicina estaba íntimamente relacionada con la religión, por ello, los efectos atribuidos por los hindúes a la cannabis eran asociados directamente a las bondades de los dioses.

El uso de la cannabis se extendió desde la India a Persia y Siria. En las crónicas de las Guerras Médicas, Herodoto, describió cómo el cáñamo crecía en forma salvaje y era utilizado en diversas preparaciones: en vapores, disuelto como bebida, mezclado como alimento, en ungüentos o mezclado con el agua en tratamientos de baño con fines terapéuticos así como para aliviar enfermedades como la artritis, la impotencia, las piedras renales, entre otras^[*].

En Roma y Grecia, la cannabis también fue utilizada con fines medicinales. El uso terapéutico se describe por diversos autores, destacando el texto de Plinio “El Viejo” en *Nature Historiarum Libri XXXVII*:

... Es tan potente su naturaleza que cuando se vierte agua, se dice que puede hacerla cuajar y al beber de esta agua se regulan las tripas de las vestias de carga. Su raíz, cocida en agua, alivia los calabres de las articulaciones, así como la gota y otros dolores similares^[*].

A Dioscórides, médico y farmacólogo griego, se le atribuye el término de cannabis sativa. En su libro de Herbario De Materia Médica, un manual básico de farmacología, describe las propiedades de la cannabis para el tratamiento de inflamaciones, dolores, edemas y la “materia dura” de las articulaciones.

La llegada de la cannabis a Europa se presenta cuando los médicos ingleses la importan desde las colonias Indias. La planta y su estudio es introducido en 1842 por O’Shaughnessy, cirujano irlandés, quien recomienda su utilización para diversos tratamientos como el reumatismo, asma, espasmos y convulsiones musculares. Las cantidades que utilizaba del extracto de cannabis no eran lo suficientemente fuertes para producir efectos

psicoactivos; por lo que sus estudios sirvieron para que otros países europeos y Estados Unidos decidieran implementarla[*].

A comienzos del siglo XX, la cannabis fue eliminada de la farmacopea por sus efectos nocivos al sistema nervioso, cuando se implementaba en exceso, por lo que pasó a ser considerada una sustancia ilegal[*].

En cuanto a los efectos psicotrópicos, Jacques-Joseph Moreau, médico francés del Hospital Psiquiátrico de La Bicêtre, realizó una descripción de los efectos y síntomas de la intoxicación por cannabis y enfermedades mentales de la época, destacando: euforia, excitación intelectual con disociación de las ideas, distorsión de la percepción del espacio y el tiempo, hipersensibilidad auditiva, ideas fijas y convicciones delirantes, inestabilidad emocional, impulsos irresistibles, ilusiones y alucinaciones[*].

Uso de la Cannabis en México

En América, la cannabis ingresó por españoles y portugueses a través de las colonias que fundaron a lo largo del Continente Americano y por los ingleses y franceses en Estados Unidos y Canadá, específicamente en Jamestown en donde cultivaron dicha planta como fuente de fibra[*].

Después de la caída de Tenochtitlán en 1521, Hernán Cortés mandó traer plantas europeas y asiáticas, entre ellas la cannabis indica, con el objeto de establecer la economía de la Nueva España con base en la agricultura. Pedro Cuadrado fue la primera persona en cultivar la marihuana en el hoy territorio mexicano con fines textiles que ayudarían a las empresas marítimas en su exploración, descubrimiento y conquista de nuevos recorridos.

Para 1545, el Rey Carlos V autorizó el cultivo de cáñamo en todo el territorio de las Indias Occidentales y ordenó se enseñara a los indígenas a hilarlo y tejerlo. Es decir, el uso del cannabis era como materia prima fundamental para la consolidación como imperio, sin que al inicio su consumo fuera algo relevante.

La cannabis se incorporó a la medicina tradicional indígena a partir de las enfermedades sufridas en las colonias tanto por españoles, mestizos e indígenas. Se convirtió favorablemente en un “remedio espiritual”, lo cual, generó que se limitara su cultivo por órdenes del Virrey Antonio de Mendoza.

Para 1772, el jesuita José Antonio Alzate realizó la primera defensa del uso medicinal de la marihuana, oponiéndose a las restricciones generadas tanto por la Corona como por la Iglesia. En dicha defensa, remarcó los valores medicinales de la cannabis y la forma en que se integró al folklor mexicano.

Durante el periodo de Independencia, la prensa se encargó de que los lectores evitaran consumirla, ya que la relacionaron directamente con delitos graves y que dañaran su imagen a partir del uso de la misma. De ahí que a partir de 1862, se asociara su consumo con delincuentes, configurando a partir de su consumo un estereotipo negativo[*].

Tratamiento del Dolor como Derechos Humano, Uso de la Cannabis

A partir de 1961, diversos países del mundo adoptaron la Convención Única sobre Estupefacientes, que regulaba el control de drogas ilícitas, exigiendo a los países trabajar en conjunto para contribuir al acceso universal de drogas ilícitas necesarias para evitar el dolor y sufrimiento y regular su implementación[*].

Los componentes de la cannabis, específicamente cannabidiol CBD y THC, son sustancias que, con base a diversos estudios científicos realizados auxilian en el tratamiento del dolor y mejoran la calidad de vida de los pacientes que la reciben. Como el THC es insoluble en agua, las únicas vías de administración son la ingestión y la inhalación.

A decir de la Organización Mundial de la Salud, los síntomas que aparecen después de la ingestión del THC o del CBD, dependen de la dosis suministrada, recomendándose su control y empleo moderado a través del acompañamiento médico. Su estudio ha requerido establecer una estrecha relación y la diferenciación de la implementación de la cannabis como método farmacológico y como uso lúdico; así como su relación con otras drogas como el tabaco y el alcohol.

Las investigaciones del uso médico de la cannabis sugeridas por la OMS recomiendan tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Debe disponerse de materiales normalizados de contenido químico conocido para el estudio experimental de los efectos agudos y crónicos.
- 2) Determinar el contenido exacto de cannabinoides contenidos en los medicamentos.
- 3) Facilitar tanto a investigadores como a médicos el acceso a medios para determinar los efectos y actividades químicas y biológicas de los activos estudiados. [*]

Cifras Importantes Del Consumo De La Marihuana

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en todo el mundo. Se estima que un total de 246 millones de personas, es decir una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.[*] La marihuana o los opiáceos se cuentan entre éstas drogas ilícitas consumiéndolo según cifras de la Organización Mundial de la Salud un total de 16.5 millones de personas[*].

Cerca de uno de cada cuatro del total de consumidores del mundo, o 24%, se encuentra en la región de las Américas. En cambio, Europa occidental y central representan 13% de la población total de usuarios. Del total de usuarios de las Américas, 81% son de América del Norte, a pesar de que esta subregión representa sólo el 50% de la población del Hemisferio.

En los países de América[*], 6,6% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido marihuana en los últimos doce meses. El consumo de marihuana en el continente es prácticamente idéntico al de Europa occidental y central, y supera largamente el promedio mundial 37. Los promedios regionales reflejan una variación importante entre las naciones. En algunos países de América la prevalencia del uso en el último año es inferior al 1% de la población de entre 15 y 64 años, mientras que en otros supera el 14% 38.

En promedio, el uso de marihuana en América del Norte[*] llega a 10,8% de la población, con diferencias muy marcadas entre los Estados Unidos y Canadá (ambos países llegan a cerca del 14%) respecto de México (1%). En América Central el valor promedio es de alrededor del 2.4% de la población, cifra muy similar al observado como promedio en América del Sur. No hay datos comparables disponibles para la región del Caribe.

El uso de marihuana no sólo se encuentra en la población adulta[*], sino que también se observa un importante consumo en la población de nivel escolar. En nueve países de los treinta y tres que fueron evaluados en el Hemisferio, la prevalencia del uso de esta droga, aunque sea una vez, entre la población escolar supera el 30%. Debe destacarse que en doce países, más del 10% de los escolares menores de 14 años habían consumido marihuana al menos una vez; en once países, el consumo entre adolescentes de 17 años superó el 30%. También es importante señalar que en aquellos países donde el consumo es más alto, la diferencia entre hombres y mujeres es menor.

El consumo de marihuana entre los escolares secundarios ha ido aumentando en la mayoría de los países del Hemisferio. Una excepción es el caso de Canadá, que entre el año 2010 y 2011 reporta una disminución del 27% al

21% en la prevalencia de consumo de cannabis durante el último año en estudiantes de séptimo a duodécimo grados³⁹.

El incremento general en el consumo de cannabis en el Hemisferio podría relacionarse con dos factores. Por un lado, la percepción de riesgo del uso experimental de marihuana ha disminuido significativamente entre los jóvenes, y por el otro, el acceso a esta droga es más fácil, pues una proporción importante de escolares de diferentes países manifiestan que les resultaría sencillo conseguir marihuana. En otras palabras, existe una situación en la cual se dan las condiciones para que el consumo de esta sustancia pueda continuar incrementándose.

Hace unos 20 años, los científicos de la prevención refinaron el marco de referencia de la prevención primaria, reconociendo que el enfoque original de la salud pública se basaba más en criterios médicos o clínicos, mientras que los programas de prevención en las áreas de salud mental, emocional y del comportamiento se basan más en los niveles de riesgo. Por esta razón, los programas de prevención están diseñados para reducir la vulnerabilidad o el riesgo de iniciar el consumo de drogas y si éste ya ha comenzado, evitar la progresión del uso hacia trastornos por abuso o dependencia.

Estos programas se denominan en función de las poblaciones a las que se dirigen[*]:

Los de prevención universal están dirigidos a la población general, con diferentes niveles de riesgo para el consumo de drogas.

Los de prevención selectiva se dirigen a las personas, familias o grupos específicos que se encuentran en mayor riesgo para el consumo de drogas y los problemas asociados, como en el caso de los hijos de padres con dependencia a las drogas.

Los de prevención indicada están diseñados para las personas que ya han iniciado el consumo de drogas y que presentan problemas derivados de ello, como los trastornos de conducta asociados con el abuso de sustancias.

La investigación científica sobre la prevención nos ha proporcionado pruebas sólidas sobre las estrategias preventivas que son efectivas. Dichas estrategias integran los diversos sectores a diferentes niveles.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En los últimos meses, se ha dado un debate serio y de calidad en torno a los diferentes usos que se puede dar a la marihuana y sus propiedades psicotrópicas.

Los foros organizados por la Secretaría de Gobernación, SEGOB, sobre los diversos usos de la marihuana y las Audiencias Públicas del Consejo Técnico para las Alternativas de Regulación de la Marihuana, realizadas por el Congreso de la Unión, han tenido efectos por demás positivos para enriquecer el debate parlamentario y la discusión nacional en la materia. A través de estos espacios, hemos podido conocer la opinión de especialistas, autoridades públicas, organizaciones de la sociedad civil, investigadores, y ciudadanos en lo particular.

Más allá de nuestras posturas partidistas e ideológicas en torno a la marihuana, se ha logrado realizar un debate de altura, y que nos servirá a todos por igual para tomar las mejores decisiones respecto a este tema controvertido. Actualmente, la discusión se centra no solamente en la necesidad de plantear alternativas para garantizar el uso recreativo del enervante, sino también en los beneficios que podría tener con fines medicinales, terapéuticos y científicos.

Hay coincidencia de que los tratamientos con productos derivados del cannabis, de utilizarse correctamente, contribuyen a paliar padecimientos de ciertas enfermedades y constituyen métodos alternos para hacer más humano el tratamiento de los pacientes.

Este debate ha tenido lugar a partir de la resolución del Amparo en Revisión 237/2014, aprobado el 04 de noviembre de 2015 por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, SCJN, que autoriza el uso recreativo de la marihuana a favor de cuatro personas integrantes de la Sociedad Mexicana de Autoconsumo Responsable y Tolerante, en específico a los ciudadanos Josefina Ricaño Bandala, Armando Santa Cruz González, José Pablo Girault Ruíz y Juan Francisco Torres Landa, el cual ha generado una discusión nacional sobre la pertinencia de la despenalización o la legalización del enervante.[*]

El citado Amparo, atendió la solicitud que los quejosos realizaron a la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios, COFEPRIS, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, para que les permitiera a ellos y los integrantes de la Sociedad, la expedición de un permiso para el consumo personal del estupefaciente cannabis sativa y sus variantes estereoquímicas.

Los quejosos solicitaron ante la COFEPRIS, el permiso para ejercer sus derechos de “autoconsumo”, así como la siembra, cultivo, cosecha, preparación, acondicionamiento, posesión, transporte, empleo, uso y, en general, todo acto relacionado con el consumo lúdico y personal de marihuana, excluyendo expresamente los actos de comercio, tales como la distribución, enajenación y transferencia de la misma.[*]

Las conclusiones de la Ponencia del Ministro Zaldívar, encargado de estudiar el Amparo en Revisión, y que finalmente autorizaría el uso recreativo de la marihuana, se centraron en señalar que “prohibir el consumo es proporcional en relación con los daños científicamente comprobados”, además de que la política prohibicionista “resulta desproporcionado que el legislador recurra a una prohibición absoluta que afecta severamente el libre desarrollo de la personalidad”.[*]

El sustento de su ponencia se basó en los siguientes supuestos:

- Los daños a la salud por el consumo de marihuana no son tan graves como se cree. Por ello, la medida de la prohibición absoluta es desproporcionada.
- Los estudios coinciden en que el consumo de la marihuana en adultos no supone un riesgo importante para la salud, excepto cuando se utiliza de manera crónica y excesiva.
- Genera alteraciones temporales, tales como pánico, reducción de ansiedad, estado de alerta, tensión, incremento de la sociabilidad, reducción gradual de funciones cognitivas y motoras, percepciones intensificadas de la realidad y alucinaciones visuales y auditivas.
- Los daños permanentes por consumo de marihuana son poco probables o mínimos, y éstas pueden tener origen en factores distintos a su uso.
- Los perjuicios a la salud de la marihuana se han sobreexpuesto.
- Es incierta la relación entre la marihuana y las alteraciones psicóticas o mentales.
- No se ha demostrado de manera concluyente que el consumo produzca afectaciones en los sistemas reproductivos.
- Los consumidores regulares de marihuana no califican necesariamente como farmacodependientes.
- No hay evidencia de que la marihuana genere algún deterioro permanente en el sistema cardiovascular, tampoco que las dosis prolongadas produzcan afectaciones cognitivas severas como las que si se observan tras el consumo crónico del alcohol.
- Es una evidencia altamente especulativa la relación que guarda el consumo de marihuana con la comisión de delitos.

Finalmente, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación aprobó con 3 votos a favor y 1 en contra, el amparo promovido por las 4 personas de la Sociedad Mexicana de Autoconsumo Responsable y Tolerante, autorizándoles por consiguiente el uso recreativo de la marihuana.

El amparo sólo aplica para las personas que solicitaron a la COFEPRIS el permiso para cultivar y consumir la marihuana. La resolución de la Suprema Corte de ninguna manera implica o implicará un proceso de legalización del enervante.

A raíz de la resolución del Máximo Tribunal, el Presidente Enrique Peña Nieto tomó una posición muy clara con respecto al uso de la marihuana:

"No estoy en favor del consumo ni de la legalización de la marihuana. Y no lo estoy porque se ha acreditado, se ha evidenciado que el consumo de esta sustancia es nocivo, es dañino para el desarrollo de la juventud, de la niñez. Sin embargo, estoy en favor del debate".

Por su parte el Secretario de Gobernación, Miguel Ángel Osorio Chong, señaló lo siguiente:

"Es innegable que a nivel global, el debate en torno a las políticas de drogas y particularmente, sobre la regulación de la marihuana ha ido evolucionando. El paradigma centrado estrictamente en reducir la oferta y criminalizar el consumo, ha ido cediendo terreno a uno que prioriza la salud pública y la disminución de la demanda, desde un enfoque de prevención y de derechos humanos".[*]

La propia Presidencia de la República, con motivo de la histórica resolución de la SCJN, hizo las siguientes precisiones[*]:

- La resolución de la Primera Sala no legaliza la marihuana en México.
- Su siembra, suministro, comercialización y trasiego siguen estando prohibidas por la Ley y no podrán suministrar ni comercializar la marihuana que siembren.
- La interpretación constitucional nos lleva a abrir un amplio debate para conocer cuál es la mejor regulación para la marihuana.
- La sentencia sólo tiene efectos en las cuatro personas que se ampararon. No significa que cualquier ciudadano pueda sembrar marihuana para su consumo.
- Se trata de un criterio aislado y no de una jurisprudencia definida, de existir futuros amparos corresponderá caso por caso al juez, al Tribunal Colegiado o a la propia Suprema Corte de la Justicia de la Nación, decidir el asunto concreto.
- La marihuana daña la salud personal y la salud pública, por lo que es constitucionalmente válido que el Estado mexicano la regule.
- El consumo que hagan estas cuatro personas no puede dañar a terceras personas. No se puede realizar frente a otras personas sin su expreso consentimiento, ni frente a menores de edad.

No obstante, que la postura de la Presidencia ha sido en contra del uso recreativo de la marihuana, siempre ha mostrado apertura al diálogo y a la discusión pública. Muestra de ello, fue que de inmediato ordenó a la Secretaría de Gobernación y a la Secretaría de Salud, realizar amplios foros de consulta sobre los distintos usos del enervante.

El objetivo ha sido realizar un debate transparente, con la participación de especialistas, académicos, organizaciones de la sociedad civil y servidores públicos, a fin de unificar una postura frente a la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y contar con un nuevo diseño jurídico en la instrumentación de las políticas públicas en la materia.

A la fecha se han realizado los siguientes foros:

1. Salud pública y prevención, que tuvo verificativo en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, el 26 de enero.
2. Ética y Derechos Humanos, celebrado el 23 de febrero en Ciudad Juárez, Chihuahua.
3. Aspectos económicos y de regulación, efectuados el 08 de marzo en Saltillo, Coahuila.
4. Seguridad Ciudadana, Región Centro, realizado el 15 de marzo en Guadalajara, Jalisco.
5. Salud Pública y Prevención, Ética y Derechos Humanos, Aspectos económicos y de regulación, Seguridad Ciudadana, este último realizado en el Palacio de Minería de la Ciudad de México, efectuado el 6 de abril.

Las conclusiones de los foros organizados por la Presidencia de la República y el Congreso de la Unión, representaron un espacio de información fundamental para lograr que los legisladores contemos con elementos para realizar un debate responsable en torno a los diversos usos de la marihuana.

Parte de la discusión sobre la regulación de la marihuana, deberá centrarse en el análisis de los artículos 235, 237, 245, 247 y 248 de la Ley General de Salud, declarados por la Suprema Corte como inconstitucionales; asimismo, tendremos la responsabilidad de analizar diversos artículos del Código Penal Federal y otras legislaciones secundarias, a efecto de tener una visión más amplia, especialmente considerando a la persona con dependencia a los psicotrópicos y estupefacientes con perspectiva de derechos humanos y erradicar la criminalización particularmente frente a la posesión que es para uso personal.

Sin embargo, el propósito de la presente iniciativa que sometemos a esta Honorable Asamblea, tiene que ver con el uso que se puede dar a la marihuana, específicamente las sustancias activas como el Cannabidiol, CBD, y el Tetrahidrocannabinol, THC, con fines médicos, terapéuticos y cinéticos.

Hoy en día, a pesar de que en la mayoría de los países persiste una política prohibicionista y punitiva en torno a la producción, distribución, comercialización y posesión de la marihuana, ha existido la apertura de algunos gobiernos para usar medicamentos a base de CBD y THC para fines médicos.

En total, son 10 naciones que permiten su uso bajo esta perspectiva.

- En Austria el uso medicinal de la marihuana es legal para ciertos casos, por ejemplo, para paliar algunos síntomas por el uso de quimioterapias y radioterapias.
- En Canadá el uso medicinal es legal. A partir de 2014, las empresas autorizadas por el Estado son las únicas que pueden producir y distribuir la planta con receta médica. Ningún ciudadano puede producirla, distribuirla o venderla.
- En República Checa está despenalizada. Se permite su venta en farmacias para pacientes que sufren cáncer, mal de Parkinson, esclerosis múltiple y psoriasis
- En Dinamarca sigue siendo ilegal. Su uso se permite en casos excepcionales en pacientes con esclerosis y cáncer.
- En España está despenalizada. Parcialmente pueden ser utilizados medicamentos derivados de la marihuana (Marinol y Savitex).
- Colorado y Washington son los únicos estados en Estados Unidos que permiten el cultivo, uso, venta, posesión y transporte de la marihuana con fines recreativos; en 23 estados y el Distrito de Columbia se permite su uso con fines medicinales, mientras que en los 24 restantes aún no se legisla al respecto.
- En Israel el uso medicinal es legal, aunque sólo 20 doctores y más de 10 asignados son los que pueden prescribir su uso.
- En Rumania su uso medicinal está despenalizado. Únicamente se permite su uso para pacientes con cáncer, esclerosis múltiple, epilepsia y otras enfermedades que cuenten con receta médica.
- En Uruguay su uso medicinal y recreativo es completamente legal.

Salvo en el país latinoamericano, es importante precisar que su producción, distribución, comercialización y posesión sigue siendo ilegal. En casi todos estos países, los medicamentos que contienen el CBD y THC se venden únicamente con prescripción médica y bajo los más altos estándares de control.

Los países antes señalados han comprendido, con base en investigaciones científicas y diversos estudios de caso, que las propiedades de la marihuana pueden paliar los síntomas de algunas enfermedades; y lo más importante, que a través de tratamientos con la sustancia activa del cannabis se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

México no ha estado exento a este debate internacional. El caso de la niña Grace Elizalde Benavides ha abierto una discusión nacional sobre la necesidad de modificar nuestra legislación para permitir el uso de las sustancias activas derivadas de la marihuana con fines terapéuticos y medicinales.

La niña Grace padece el Síndrome de Lennox-Gastaut, que de acuerdo con la Revista Mexicana del Instituto Mexicano del Seguro Social, se trata de una encefalopatía caracterizada por diversos tipos de epilepsia; actividad intercrítica difusa de punta-onda lenta; y deterioro mental.[*]

A pesar de numerosos tratamientos con diversos fármacos a los que se ha sometido Grace Elizalde, incluida una cirugía en el cerebro (Callostomía), no se han encontrado resultados satisfactorios para aliviar su padecimiento, lo cual, entre otras cosas, llevó a sus padres a buscar tratamientos alternativos.

Es importante señalar, que Grace sufría diariamente cerca de 400 episodios de convulsiones, es decir, uno cada 3.6 minutos, afectando así considerablemente su calidad de vida.

Por esas razones, es que los padres de la niña decidieron optar por probar medicamentos a base de Cannabidiol, en virtud de que en opinión de diversos expertos, los tratamientos de este tipo podrían reducir las crisis de ataques epilépticos y en algunos casos pueden desaparecerlas, lo cual los convertía en una alternativa para mejorar la calidad de vida de Grace.

Este tipo de medicamentos no se encuentran disponibles en nuestro país, debido a la restricción de la ley respecto a los psicotrópicos y estupefacientes en torno a cualquier modalidad de la marihuana, por la que los padres de Grace, Raúl Héctor Elizalde Garza y Mayela del Socorro Benavides Arriola, solicitaron ante la COFEPRIS un permiso para importar Cannabidiol.

La petición en su momento fue negada debido a que la institución consideró “que no había evidencia de la eficacia del cannabinoide en el tratamiento de los pacientes con epilepsia”.[*] Además, de que se señaló que la solicitud era improcedente, debido a que el Artículo 132, Fracción III del Reglamento de Insumos para la Salud establece que: “La Secretaría de Salud podrá otorgar el permiso para la importación de materias primas o productos terminados únicamente en los siguientes casos: [...] III.- Para fines de investigación científica, de registro o de uso personal; o IV.- Para pruebas de laboratorio”.

Ante este hecho, el Centro Estratégico de Impacto Social, CEIS, el despacho Aguinaco Abogados y México Unido Contra la Delincuencia, MUCD, elaboraron una demanda de amparo contra el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal de México, para que a los padres de Grace se les autorizara importar dicho tratamiento.[*]

Finalmente, el Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, Martín Adolfo Santos Pérez, concedió una suspensión definitiva en la que autorizó la importación, portación y consumo de Cannabidiol para que se le suministrará a Graciela Elizalde Benavides, a fin de atender la sintomatología del Síndrome Lennox-Gastaut que padece.[*]

Con esa medida, el entonces Comisionado de la COFEPRIS, Mikel Arriola, aseguraba que se protegía el interés superior de la infancia y los derechos de Elizalde Benavidez, pues con la resolución judicial “no se afectaba el interés social ni el orden público, pues la sociedad ha manifestado su permanente interés en que se proporcione a los niños los satisfactores, cuidados y asistencia necesarios para lograr su sano crecimiento y desarrollo pleno”.[*]

Como lo evidencia el caso de Graciela Elizalde Benavides, el proceso para poder acceder a este tipo de medicamentos implica diversos trámites administrativos que puede significar largos períodos de tiempo, muchas barreras legales y burocráticas, por lo que las personas que se encuentran en la misma situación deben satisfacer múltiples requisitos para ejercer su derecho a la salud.

La determinación del Juez, fue acorde con el párrafo cuarto del artículo 4º de nuestra Carta Magna que establece el derecho a la salud, “el cual nuestro Máximo Tribunal de Justicia ha señalado que *debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.*”

El caso de la niña Grace ha despertado el interés de otras personas que se encuentran en una situación similar. Ante tales situaciones, a finales de enero de 2016, la COFEPRIS emitió dos permisos de importación para el producto estadounidense *RSHO-X Real Scientific Hemp Oil*, medicamento que contiene CBD.[*]

Como puede observarse, el uso medicinal y terapéutico de la marihuana es ya un tema fundamental en la agenda de los gobiernos y las instituciones privadas. Tal ha sido el caso, que algunas empresas farmacéuticas ha mostrado interés para la producción, desarrollo y comercialización de medicamentos a base de cannabinoides.

Recientemente, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, SCJN, atendió el amparo 247/2014 interpuesto por Comercializadora Rubicón, mediante el cual solicitaba permiso a la COFEPRIS para procesar y comerciar medicamentos con fines terapéuticos elaborados a base la marihuana.[*]

El Proyecto en Revisión buscaba declarar inconstitucional la prohibición absoluta para el uso de cannabis y el psicotrópico THC, con fines medicinales plasmada en el artículo 237 de la Ley General de Salud.

El ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, planteó en su proyecto que una persona moral que participa en actividades relevantes para la realización del máximo posible de disfrute de derecho a la salud, como es la quejosa, mediante la realización de actividades de investigación, producción y comercialización de productos y servicios para la salud, está en su derecho a cuestionar el esquema regulatorio que restringe el desenvolvimiento de sus actividades.

Hizo énfasis además en que la obligación de respeto del derecho a la salud significa que las autoridades deben abstenerse de tener injerencia directa o indirectamente en el mismo. Y, como parte de dicha obligación, “se considera la de no prohibir de forma absoluta la producción de medicamentos, sino de establecer una regulación que aborde las exigencias de disponibilidad, accesibilidad y no discriminación”.

Asimismo, señalaba que no es razonable establecer una prohibición absoluta para la cannabis y sus cannabinoides como el CBD y el THC con fines medicinales, pues parte de la población puede verse beneficiada con el uso medicinal de la misma, pero se ve impedida por la legislación y las normas oficiales mexicanas de tener acceso legal a los beneficios de la sustancia.

“La prohibición para usar cannabis con fines medicinales, es decir, para sembrar, cultivar, cosechar, elaborar, preparar, acondicionar, adquirir, poseer, comerciar, transportar en cualquier forma, prescribir medicamento, suministrar, emplear, usar, consumir y, en general, todo acto relacionado con la cannabis y el THC con dichos

finés, incumple con las obligaciones de respeto y garantía del derecho a la salud”[*], manifiesta como parte del proyecto.

Cabe destacar que el Ministro Ortiz Mena también declaró que el análisis del amparo 247/2014, se delimita única y exclusivamente al uso medicinal de la marihuana, y no al uso lúdico que en otros momentos y casos ha sido abordado por la SCJN.

Finalmente, los ministros negaron el amparo a la Comercializadora Rubicón, que pretendía desarrollar y comercializar medicamentos hechos a base de marihuana. La tesis principal fue que “una persona moral, como lo es la Comercializadora, no puede invocar al derecho a la salud”.

Sin embargo, la promoción de este amparo abre la puerta para que otras empresas farmacéuticas busquen amparos y puedan desarrollar medicamentos con base en cannabis y sus cannabinoides como el CBD y el THC. Lo es así, porque a nivel internacional existe consenso en la comunidad científica en torno a las bondades terapéuticas y medicinales de la marihuana; y lo más importante, que algunas de sus más de 750 sustancias químicas que contiene pueden ser útiles para producir medicamentos y otros tratamientos de rehabilitación de enfermedades.

Hay evidencia científica de que el THC y CBD, son sustancias activas eficaces que, una vez transformadas en medicamentos, pueden ayudar a paliar y tratar los padecimientos de algunas enfermedades. Esto, sin duda, debe ser un incentivo para lograr que en nuestro país muestre apertura y se rompan paradigmas, incluso tabúes, en torno a los beneficios de las propiedades terapéuticas y medicinales de la marihuana.

De acuerdo con el estudio *¿Marihuana cómo medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides*[*], realizado por la organización México Unido Contra la Delincuencia, los principales usos médicos y terapéuticos del enervante son los siguientes:

Enfermedades Neurológicas

- Esclerosis Múltiple: existen numerosas evidencias de que los cannabinoides reducen los temblores y la rigidez muscular.
- Cannabinoides como el CBD y el $\Delta 9$ -THCV, son fármacos que por sus acciones anti-inflamatorias y antioxidantes resultan apropiadas para el tratamiento de la Enfermedad de Huntington, o el Mal de Párkinson.
- El Alzheimer es una enfermedad que no tiene cura, no obstante el THC y el CBD podrían tener acciones sobre la producción, acumulación y eliminación de la proteína que es considerada la causa de dicho padecimiento.
- Existe un amplio consenso sobre el uso del CBD para el tratamiento de las epilepsias infantiles por la mejoría clínica que induce y el perfil bajo de efectos secundarios. Aunque también puede utilizarse en adultos.

Enfermedades digestivas y nutricionales

- La colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn se encuentra dentro de las enfermedades que han sido tratadas con cannabis.
- El tratamiento de náuseas y vómitos es quizá uno de sus usos más conocidos del cannabis, principalmente en el tratamiento de los síntomas que provoca la quimioterapia vinculada al cáncer y en anorexia y caquexia asociada a enfermedades como el SIDA.

Tratamiento del dolor

- El tratamiento del dolor crónico es el principal uso del cannabis.
- El THC tiene una acción analgésica por el efecto que provoca sobre los receptores CB1, los cuales se encuentran distribuidos en las áreas cerebrales encargadas de procesar las señales de dolor.
- El CBD además de propiedades analgésicas, también posee propiedades antiinflamatorias.

Enfermedades de la piel

- Las células de la piel y sus anexos contienen receptores canabinoides. Por ello, se utiliza para el tratamiento del cáncer de piel.

Aunque este estudio no es concluyente, si aporta muchos elementos que debemos considerar al momento de hacer una propuesta en torno a los usos médicos y terapéuticos de la marihuana. Resta señalar que la mayoría de los estudios que se han realizado a nivel internacional coinciden en lo fundamental.

Para dar muestra de que el uso de la marihuana con fines medicinales es una realidad, es oportuno que revisemos algunos casos a nivel internacional. Un referente es el de Canadá, que a través de la “The Controlled Drugs and Substances Act” (CDSA) prohíbe la posesión, tráfico, importación y exportación, y la producción de sustancias controladas, incluyendo marihuana, salvo autorización expresa de la norma.

A través de la Marihuana for Medical Purposes Regulations (MMPR), la Health Canada regula la producción comercial y distribución de marihuana seca con fines médicos y autoriza tres actividades principales:

- La posesión de marihuana seca con fines médicos por los miembros elegibles que tienen el apoyo de un profesional de la salud autorizado;
- La producción de marihuana seca por los productores con licencia; y
- La venta y distribución de marihuana seca por los productores con licencia para los miembros elegibles del público.

Para poder tener acceso a la marihuana con fines médicos, las personas deben contar con el apoyo de un profesional de la salud, además de completar un documento médico que explique la cantidad diaria de marihuana requerida. Con dicho documento, las personas pueden inscribirse en uno de los productores autorizados identificados en la página web de Salud de Canadá.

Sólo los productores autorizados por Health Canada, pueden vender marihuana al público. Para tal efecto, mantiene una lista actualizada de los productores con licencia de la marihuana con fines médicos en el sitio web del Departamento.

La cantidad máxima de marihuana seca que pueden poseer los clientes autorizados, es la equivalente a 30 veces la cantidad diaria recetada por el profesional de la salud o de 150 gramos, lo que sea menor.

Otro caso es el colombiano. El Decreto Legislativo 02 de 2009, prohíbe el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicos, salvo prescripción médica.

El artículo 1º del Decreto 2476 de 2015, señala que *éste tiene por objeto reglamentar el cultivo de plantas de cannabis, la autorización de la posesión de semillas para siembra de cannabis, el control de las áreas de cultivo, así como los procesos de producción y fabricación, exportación, importación y uso de éstas y sus derivados, destinado a fines estrictamente médicos* (el énfasis es nuestro).[*]

El Consejo Nacional de Estupefacientes, CNE, en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y Protección Social, reglamentará el control donde se cultiven plantas para la obtención o producción de drogas.

EL CNE expedirá la Licencia de Cultivo, previo cumplimiento de los requisitos establecidos para la obtención de la misma. *En todos los casos el licenciatario deberá demostrar que la destinación de las plantas objetos de la licencia de cultivo será para fines médicos y científicos previo proceso de transformación.*

En Estados Unidos el uso de la marihuana con fines médicos y/o terapéuticos está aprobado en 23 estados y en el Distrito de Columbia. Las legislaciones se pueden clasificar en tres grandes grupos[*]:

1. Las que permiten la posesión y el cultivo de la marihuana a nivel estatal a los pacientes que cuentan con una documentación válida de su médico, afirmando que sufre de una condición debilitante y en la que señala los potenciales beneficios del uso médico de la marihuana. Nueve entidades de los Estados Unidos contemplan estas disposiciones: Alaska, California, Colorado, Hawaii, Maine, Nevada, Oregón, Rhode Island y Washington.
2. Las que permiten el uso de marihuana con fines médicos, previa autorización de un médico, pero no autoriza el cultivo de ésta a los pacientes, por lo cual la producción y distribución se da a través de dispensarios y centros de compasión, por mencionar algunos. En esta situación se encuentran 11 estados y el Distrito de Columbia: Arizona, Connecticut, Illinois, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Montana, New Hampshire, New Jersey, New York y Vermont.
3. Las que permiten un esquema mixto, es decir, está permitida la posesión y cultivo de marihuana a nivel estatal para aquellos pacientes que cuentan con la autorización de un médico a fin de atender una condición debilitante o que pueden obtener la cannabis a través de dispensarios o centros autorizados para dicho fin. Tres estados contemplan estas medidas en sus respectivas legislaciones: Delaware, Michigan y New México.

A nivel internacional basta mencionar el desarrollo de algunos medicamentos a base de la marihuana:

Medicamento	Sustancia	Aplicación Terapéutica	País de Registro
Marinol	THC	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento anti – emético (control del Vómito). • Estimulación del apetito. • Esclerosis Múltiple. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EUA 2. 3. Canadá 4. 5. Dinamarca
Sativex	THCE Y CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Esclerosis múltiple. • Tratamiento para el dolor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alemania 2. 3. Inglaterra 4. 5. España 6. 7. Italia

Epidolex	CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Esclerosis Múltiple • • Epilepsia 	1. EUA
----------	-----	---	--------

Fuente: Proceso Regulatorio de los Medicamentos en México, COFEPRIS, disponible en <<http://www.senado.gob.mx/marihuana/index.php>>

El análisis de los casos internacionales nos muestra que México tiene muchos años de atraso en la materia. Por desgracia, tenemos una legislación que no es acorde con lo que está sucediendo en otras latitudes y, peor aún, que no hemos dedicado esfuerzos en crear investigación científica en torno a los diversos usos médicos y terapéuticos de la marihuana, así como de otras sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

Resulta impostergable no rehuir al debate nacional. Nuestras leyes tienen que ser modificadas con el objetivo de que se puedan instrumentar políticas públicas, acabando con ello la política prohibicionista a efecto de permitir el desarrollo, la producción y la comercialización de los tratamientos médicos a base de los cannabinoides. Asimismo, para lograr que exista un esfuerzo del Estado mexicano de impulsar la investigación para medir los beneficios y el impacto de los psicotrópicos y estupefacientes en la ciencia médica.

En la Mesa 5, de las Audiencias Públicas para las Alternativas de la Regulación de la Marihuana, organizados por el Congreso de la Unión, en la que se analizó y discutió el uso medicinal o terapéutico de la marihuana, destacó el consenso en cuanto a la necesidad de regulación con fines médicos a nivel general, en lugar de enfocarse a permitir la importación en casos específicos.

“El acceso legal al uso medicinal de la marihuana debería de estar al alcance de todos los mexicanos que así lo requieran y no solamente para casos específicos. Lo anterior, con el propósito de beneficiar a la ciudadanía y a la industria nacional.”^[*]

Para la Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC, resulta favorable el hecho de que haya más posibilidades terapéuticas para preservar la salud, aún cuando éstas se obtengan de componentes de la cannabis, no obstante, expresan que fumar cannabis es altamente nocivo para la salud y no genera ningún beneficio terapéutico.

Si bien, actualmente el artículo 238 de la Ley General de Salud, establece que todas aquellas instituciones que hayan presentado un protocolo de investigación ante la Secretaría de Salud, tienen la posibilidad de acceder a un permiso para obtener las sustancias activas de la marihuana como el CBD, también lo es que existen cannabinoides como THC sobre los que es necesario realizar estudios que permitan conocer sus alcances terapéuticos y los riesgos que representan para la salud.

De acuerdo a datos de la COFEPRIS, el Laboratorio GWPharma, es el único que ha sometido un protocolo de investigación a evaluación de dicha institución, el cual corresponde a un aerosol para administración oral llamado SATIVEX, que contiene THC Y CBD.^[*]

Las propiedades terapéuticas que analizará la farmacéutica son las concernientes a: 1. Dolor crónico en pacientes con cáncer avanzado; 2. Dolor crónico persistente en pacientes con cáncer; y 3. Analgesia inadecuada en pacientes con cáncer.

Una de las principales preocupaciones de las Audiencias Públicas para las Alternativas de la Regulación de la Marihuana es que ésta es una sustancia inocua. Por lo que sugieren que su regulación debería de estar acompañada

de una política de prevención similar a la de otras drogas legales, por ejemplo, los opiáceos, al respecto señalan que:

“Actualmente, la mayoría de los estudios reportados en la literatura médica adolecen de todo el rigor metodológico necesario para generalizar sus hallazgos sobre el empleo de cannabinoides con fines terapéuticos, por lo que la evidencia científica, aún no es lo suficientemente sólida para sustentar dichas propiedades.”[]*

De acuerdo al Reglamento de Insumos para la Salud, en su fracción XV, Artículo segundo, los principios activos de la marihuana y sus cannabinoides cumplen el perfil de una Molécula Nueva, es decir, “la sustancia de origen natural o sintético que es el principio activo de un medicamento, no utilizada previamente en el país, cuya eficacia, seguridad y fines terapéuticos no hayan sido completamente documentados en la literatura científica.”

En México, no se ha otorgado registro sanitario a medicamentos que contengan CBD o THC, por lo que para obtener un Registro Sanitario deberán pasar por el proceso regulatorio, el cual será analizado por el Comité de Moléculas Nuevas, en virtud de que su eficacia, seguridad y fines terapéuticos no han sido completamente documentados en la literatura científica. Además, existen medicamentos como el Marinol, el Sativex y el Epidolex que ya han sido probados en otros países, pero no cuenta con registro sanitario.

El Artículo 102 de la Ley General de Salud, prevé que la Secretaría de Salud autorizará el empleo en seres humanos con fines preventivos, terapéuticos y de rehabilitación, medicamentos respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos.

La investigación clínica consta de cuatro fases e implica pruebas en humanos para determinar su seguridad y eficacia, que a saber son:

- Fase Pre – Clínica
- Fase Clínica I
- Fase Clínica II
- Fase Clínica III

Los hechos son contundentes y ponen de manifiesto que nuestras instituciones de salud cuentan con los protocolos necesarios para garantizar que el uso de la cannabis con fines médicos y terapéuticos no constituyan un riesgo para la salud de las mexicanas y mexicanos.

No obstante, también queda de manifiesto la falta de investigación sobre las propiedades médicas y terapéuticas de la cannabis y sus derivados en nuestro país, así como todas las sustancias psicotrópicas señaladas en el artículo 245 de la Ley General de Salud.

Considerando lo anterior, resulta pertinente la creación del Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, CISPE, dependiente de la Secretaría de Salud, que tenga por objeto:

- Llevar a cabo de manera sistemática y de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, el análisis farmacobiológico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes autorizadas por el Sistema Nacional de Salud.
- Generación de un panorama epidemiológico a través de un registro permanente y un análisis clínico periódico para el control de sustancias psicotrópicas y estupefacientes.
- Elaboración de estudios clínicos y básicos con diagnósticos enfocados a generar información científica que coadyuve al mejoramiento de las políticas públicas de control, evaluación, desarrollo, suministro, importación, prescripción y cualquier uso médico y terapéutico de las sustancias psicotrópicas y

estupefacientes empleadas por el sistema nacional de salud, sin perjuicio de las competencias conferidas a otras dependencias y entidades de la administración pública.

El análisis farmacobiológico nos permitirá conocer la relación entre los efectos terapéuticos (beneficios) y los efectos indeseables (riesgos) de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Además se analizará la eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia de dichas sustancias.

Por su parte el panorama epidemiológico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes, coadyuvará a anticipar situaciones que puedan constituir un riesgo para la salud derivado del uso y abuso de estas sustancias, asimismo, nos permitirá identificar grupos de alto riesgo.

Además, contribuirá a evaluar y monitorear los servicios y programas de salud, a fin de garantizar que en éstos no se incurra en malas prácticas relacionadas con la prescripción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

El Centro será una instancia fundamental para crear investigación científica sobre lo que está pasando con el uso y administración de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes; el desarrollo de investigación de nuevas propiedades de estas sustancias, dicho Centro tendrá los siguientes atributos:

- Investigaciones especializadas;
- Estudios de impacto y diagnóstico;
- Estudios de seguimiento en pacientes;
- Generar información histórica;
- Capacitación y profesionalización;
- Analizar los efectos adversos a la salud que causan las sustancias psicotrópicas y estupefacientes;
- Impacto que generan en los ámbitos social, personal, familiar, laboral y económico;
- Coadyuvar en la elaboración de protocolos para el control y evaluación;
- Sistematización de información;
- Realizar estudios de derecho comparado, de seguimiento y evaluación de la ejecución de las políticas públicas;
- Formular proyectos sustentados en los resultados de los estudios realizados;
- Proporcionar a las dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno información, análisis estadístico, bibliográfico, documental y jurídico especializado;
- Poner a disposición al público en general toda la información que genere.
- Salvaguardar la información personal de la población objetivo que analice.

Existen otras áreas relacionadas con la política de prevención de adicciones, el control y vigilancia de los establecimientos de salud, pero no existe un área que se dedique a generar investigación científica especializada que permita que con todo rigor académico y científico se analice el alcance y beneficios de los psicotrópicos y estupefacientes en favor del mejoramiento de la salud, en la medición del impacto de los beneficios, así como de los efectos secundarios negativos.

Por ello la importancia de crear una instancia donde el conocimiento, la investigación, las herramientas teóricas y científicas sirvan para mejorar las políticas públicas y garantizar así la atención un problema de salud pública.

El Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, CISPE, contribuirá al intercambio de información entre todas las autoridades de salud, así como con otras instancias del sector público, privado, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y especialistas, para brindar apoyo técnico, información, análisis, estudios en perspectiva comparada, estudios estadísticos, bibliográfico y documental para mejorar las políticas públicas en la materia.

El CISPE deberá, contar con cuerpos de apoyo científico y técnico, capacitado y especializado sobre la materia que coadyuven con el mejoramiento de las políticas públicas. El trabajo de investigación realizado sobre el uso de medicamentos controlados, sustancias psicoactivas y estupefacientes aún es incipiente en nuestro país, lo que lo hace aún más necesario constar con una institución especializada y de consulta.

El CISPE contribuirá, desde la especialidad en diversos ámbitos de su competencia, a producir trabajo científico especializado para desarrollar conocimiento sobre las sustancias psicotrópicas y estupefacientes tendrán impacto en la sociedad y en la salud pública.

Se busca que este Centro se convierta innove y genere información útil y confiable para mejorar las políticas de gobierno.

Es una realidad que en México ha aumentado el uso de medicamentos estupefacientes, cada vez más mexicanos y mexicanas que son atendidos por el sistema nacional de salud mediante el empleo de sustancias psicoactivas. Los productos farmacéuticos controlados constituyen un insumo esencial para el tratamiento, curación y recuperación de diversas enfermedades.

El Capítulo VI, relativo a las Sustancias Psicotrópicas, y específicamente el artículo 245 de la Ley General de Salud, establece que las sustancias psicotrópicas son:

LISTA I: Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública, y son:

Denominación Internacional	Común	Otras Denominaciones Comunes o Vulgares	Denominación Química
Cationa	No tiene		(-) Aminopropiofenona, N, N-Dietiltriptamina
No tiene	DET		D1-2,5-Dimetoxi-metilfenil-netilamina
No tiene	DMHP		3-(1,2-Dimetilheptil)-1-hidroxi-7,8,9,10 – tetrahidro-6,9-trimetil 6h dibenzo (B,D) pirano
No tiene	DMT		N,N-Dimetiltriptamina
Brolamfetamina	DOB		2,5-Dimetoxi-4-bromoantetamina
No tiene	DOET		D1-2,5-Dimetoxi-4-etil-metilfeniletilamina
Lisergida	LSD, LSD-25		(+)-N,N-Dietilisergamida (dietilamida del ácido lisérgico)
No tiene	MDA		3,4-Metilenodioxiamfetamina
Tenamfetamina	MDMA		D1-3,4-Metilendioxi-N-dimetilfeniletilamina
Mescalina	Peyote; Lophophora Williams II; Anhalonium Williams II		3,4,5-Trimetixifenetilamina

No tiene	MMDA	DI-5-Metoxi-3,4-metilendioci-metilfeniletilamina
No tiene	Parahexilo	3-Hexil-1-hidroxi-7,8,9,10tetrahydro-6,6,9-trimetil-6h-dinezo [B,D] pirano
Eticiclidina	PCE	N-Etil-1-feniciclohexilamina
Roliciclidina	PHP, PCPY	1-(1-Fenilciclohexil)pirrolidina
No tiene	PMA	4-Metoxi-metilfenilea
No tiene	Psilocina	3-(2-Dimetilaminoetil)-4-hidroxi-indol
Psilocibina	Hongos alucinantes de cualquier variedad botánica, en especial las especies <i>Psilocybe mexicana</i> , <i>Stropharia cubensis</i> y <i>Conocybe</i> y sus principios activos	Fosfato dihidrogenado de 3-(2-dimetil-aminoetil)-indol-4-ilo
No tiene	STP, DOM	2-Amino-1(2,5,dimetoxi-4-metil)fenilpropano
Tenociclidina	TCP	1-[1-(2-tienil)ciclohexil] piperidina
No tiene	THC	Tetrahidrocannabinol,, los siguientes isómeros: <6a (10a), <6a(79, <7, <8, <9, <10, <9(11) y sus variantes estereoquímicas
No tiene	TMA	D1-3,4,5-Trimetoxi-metilfeniletilamina

(LISTA II). Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública, y que son:

Amfetamina; Amobarbital; Anfepriamo (dietilpropion); Carisoprodol; Ciclobarbitol; Clobenzorex (clorofentermina); Dextroamfetamina (dexamfetamina); Etclorvinol; Fenciclidina; Fendimetrazina; Fenetilina; Fenproporex; Fentermina;; Glutetimida; Heptabarbitol; Hidrato de cloral; Ketamina; Meclocualona; Meferonex; Meprobamato; Metacualona; Metamfetamina; Nalbufina; Pentobarbitol; Secobarbitol; yTrihexifenidilo

(LISTA III): Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública, y que son:

Alprazolam; Bromacepam; Brotizolam; Camazepam; Clobazam; Clonazepam; Cloracepato dipotásico; Clordiazepoxido; Clotiazepam; Cloxazolam; Delorazepam; Diazepam; Estazolam; Fludiazepam; Flunitrazepam; Flurazepam; Haloxazolam; Helazepam; Ketazolam; Loflancepato de etilo; Loprazolam; Lorazepam; Lormetazepam; Medazepam; Nimetazepam; Nitrazepam; Nordazepam; Oxazepam; Oxazolam; Pinazepam; Prazepam; Quazepam; Temazepam; Tetrazepam; y Triazolam

(LISTA IV): Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, y son:

Alobarbital; Amitriptilina; Aprobarbital; Barbitol; Benzodiacepinas; Benzofetamina; Benzquinamina; Buspirona; Butabarbitol; Butalbitol; Butaperazina; Butetal; Butriptilina; Cafeína; Carbamazepina carbidopa; Carbromal; Clorimipramina-Clorhidrato; Cloromezanona; Cloropromazina; Clorprotixeno; Deanol; Desipramina; Ectilurea; Etinamato; Fenelcina; Fenfluramina; Fenobarbitol; Flufenazina; Gabob (ácido gamma amino beta hidroxibutrico); Haloperidol; Hexobarbitol; Hidroxicina; Imipramina; Isocarboxazida; Lefetamina; Levadopa; Litio-carbonato; Maprotilina; Mazindol; Mepazina; Metilfenobarbitol; Metilparafinol; Metiprilona; Naloxona; Nor-pseudoefedrina (+) catina; Nortriptilina; Paraldehido; Parfenazina; Penfluridol; Pentotal sódico; Pipradol; Promazina; Propilhexedrina; Sulpiride; Tetrabenazina; Tialbarbitol; Tioproperazina; Tioridazina; Tramadol; Trazodone; Trifluoperazina; Valproico; y Vinilbital.

El artículo 226 de la citada Ley, establece que todas las sustancias psicotrópicas y los medicamentos que “para su venta y suministro al público, se consideran: I. Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud, de acuerdo a los términos señalados en el Capítulo V de este Título; II. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven, de acuerdo con los términos señalados en el capítulo VI de este título. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días a partir de la fecha de elaboración de la misma”

Si bien actualmente la Secretaría de Salud, así como sus homologas en los estados, y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS, han reforzado las acciones para que los profesionales de la salud cuenten con los recetarios especiales para la prescripción y atención oportuna de los padecimientos con medicamentos a base en esta clase de sustancias, tal y como se establece en *Las reglas generales para la tramitación electrónica de permisos para el uso de recetarios especiales con código de barras para medicamentos de la Fracción I del Artículo 226 de la Ley General de Salud*, también lo es que en muchas ocasiones los medicamentos controlados se aplican de manera incorrecta, lo que abona a generar dependencia en los pacientes.[*]

Los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes son sumamente dañinos cuando se utilizan sin prescripción médica y cuando se abusan de ellos. Debe quedar claro que este tipo de sustancias son inocuas, generan adicciones cuando se emplean de manera incorrecta.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, habla de abuso de drogas cuando se presenta "un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud [...] física o mental", “El uso, abuso y dependencia de estas sustancias tiene un alto costo en vida saludable y productividad laboral y escolar, así como en la armonía familiar, lo que tiene como consecuencia la sobreutilización de los servicios de salud.”[*]

Por su parte, la American Psychiatric Association, señala que la dependencia a una sustancia es “un mal adaptado que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiestan en los factores abajo expuestos dentro de un periodo de 12 meses”, causando las siguientes problemáticas:

1. Tolerancia, entendida como la necesidad de consumir una cantidad notablemente superior;
2. Abstinencia a la sustancia;
3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente;
4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia;
5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia;
6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativa derivadas del uso de la sustancia;

7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente.

Los medicamentos pueden resultar benéficos o dañinos, terapéuticos o tóxicos, según quién, cuándo, cuánto, cómo y con qué fin los consume. En ese sentido, diversos estudios han demostrado que en México existe un nuevo problema en torno al abuso de los psicofármacos o medicamentos legales.

Las amas de casa, los adultos mayores, los indígenas, y las personas desocupadas, están presentando dependencia a alguna sustancia psicotrópica; especialmente hacia el uso de los tranquilizantes, estimulantes y pastillas para dormir.

De acuerdo con el Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la Ciudad de México 2012, realizado por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,[*] entre los adultos mayores existe un uso y abuso de drogas controladas fuera de toda prescripción médica.

Resulta preocupante que 4 de cada 100 adultos mayores aceptó que ha usado medicamentos legales, destacando los opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, lo que da cuenta del incremento del uso de estas sustancias en dicho sector de la población.

El artículo Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit, publicado en la Revista de Enfermería Global,[*] indica que entre las mujeres amas de casa hay una incidencia del uso de estas sustancias del 1 por ciento, siendo los más comunes los tranquilizantes. Dicha publicación concluye que el consumo de drogas psicotrópicas en las mujeres se ha agravado en los últimos años, debido a factores económicos, socioculturales, las responsabilidades y los problemas familiares.

El Estudio sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Sustancias de Abuso en Personas con Discapacidad de la Ciudad de México,[*] señala que:

1 de cada 10 jóvenes sufre de adicciones a los barbitúricos y a los medicamentos controlados.

El Estudio sobre los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la Ciudad de México, realizado por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, señala que este sector poblacional tiene una incidencia al consumo de sustancias controladas de 2 de cada 100 personas.[*]

Las anteriores cifras nos demuestran que el consumo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes pueden convertirse en un problema de salud pública, si no se hace algo al respecto.

Actualmente en México se está teniendo acceso a medicamentos que contienen sustancias psicotrópicas que no están regulados por las leyes. De acuerdo con la CONADIC existen en promedio 60 nuevas sustancias, medicamentos de diseño, que están circulando libremente por todo el país.

Productos que se utilizan para elaborar Nuevas Sustancias Psicoactivas, y que actualmente no se encuentran regulados en las leyes mexicanas

a. Ácido antranílico:

b. Ácido fenilacético;

c. Benzaldehído;
d. Cloruro de Bencilo;
e. Dimetilamina;
f. Fenil acetil carbinol;
g. Metilamina;
h. Nitroetano;
i. Nitrometano;
j. N-metilformamida;
k. Piperidina;
l. Trimetilamina;
m) Ácido fórmico;
n) Ácido hipofosforoso;
o) Ácido yodhídrico;
p) Fósforo rojo;
q) Yodo.
También quedan incluidos en esta categoría los productos que sean o contengan estas sustancias, las sales, sus derivados e isómeros ópticos.
Se consideran sales y derivados del ácido fenilacético los siguientes:
SALES DEL ÁCIDO FENILACÉTICO
a) Fenil acetato de potasio
b) Fenil acetato de sodio
ÉSTERES Y DERIVADOS DEL ÁCIDO FENILACÉTICO
01. Feniletanol;
02. Fenilacetaldehído;
03. Fenil acetato de alilo;
04. Fenil acetato de amilo;
05. Fenil acetato de p-anisilo;
06. Fenil acetato de bencilo;
07. Fenil acetato de butilo;
08. Fenil acetato de metil butilo (isopentilo) (isoamilo);

09. Fenil acetato de ciclohexilo;
10. Fenil acetato de cinamilo;
11. Fenil acetato de citronelilo;
12. Fenil acetato de etilo;
13. Fenil acetato de eugenilo;
14. Fenil acetato de feniletilo;
15. Fenil acetato de fenilpropilo
16. Fenil acetato de geranilo;
17. Fenil acetato de guayacilo;
18. Fenil acetato de hexilo;
19. Fenil acetato de isobutilo;
20. Fenil acetato de isoeugenilo
21. Fenil acetato de isopropilo;
22. Fenil acetato de linalilo;
23. Fenil acetato de L-mentilo;
24. Fenil acetato de metilo;
25. Fenil acetato de nerilo;
26. Fenil acetato de octilo;
27. Fenil acetato de paracresilo;
28. Fenil acetato de propilo;
29. Fenil acetato de rodinilo;
30. Fenil acetato de santalilo;
31. Fenil acetato de trans-2-hexenilo;
32. Fenil acetato de furfurilo;
33. Fenil acetato de heptilo;
34. Fenil acetato de nonilo;
35. Fenil acetato de tert-butilo;
36. Fenil acetato tetrahidrofurilo;
37. Fenil acetato de 3-hexenilo;
38. Cloruro de fenilacetilo;

39. Fluoruro de fenilacetilo;
40. Bromuro de fenilacetilo; y
41. 2-Fenil acetamida

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC.

En este sentido la importancia de contar con un Centro Especializado, el cual pueda llevar a cabo las investigaciones de estas nuevas sustancias para su control y de esta forma evitar que sean suministradas de forma inadecuada y puedan derivar en un problema de salud pública.

La dependencia a las sustancias psicotrópicas y estupefacientes constituyen un problema de salud pública que se ha extendido en todo el país, al punto que muchas personas la consideran como algo absolutamente normal e inofensivo, y que ya ha pasado a formar parte de sus hábitos cotidianos. Así lo demuestran los citados estudios, que señalan el uso y abuso de los antidepresivos, los tranquilizantes y las pastillas para dormir.

Por lo general, muchas personas las emplean sin respetar las dosis señaladas e incluso mezclándolas con otros medicamentos y alcohol, lo cual, además de representar un daño a la salud también puede ocasionar daños a terceros. Por ejemplo, es recurrente que las personas bajo los efectos de los medicamentos psicoactivos provoquen accidentes viales y otros de mayor gravedad como incendios en los hogares.

Los legisladores no podemos ser omisos ante esta situación. Es nuestra responsabilidad atender esta problemática para evitar que aumente, tal y como está sucediendo en Estados Unidos, Argentina, Chile, Brasil, Alemania y Holanda. De allí, también la importancia de contar con el Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, CISPE, a efecto de tener más información sobre los causas y efectos del consumo no controlado de los medicamentos estupefacientes y psicotrópicas.

Adicionalmente a las problemáticas antes señaladas, no podemos omitir un debate que ha surgido en los últimos meses, el cual no solamente está relacionado con temas estrictamente de salud, sino también de seguridad pública, readaptación social y de tipo penal; y que es la posibilidad de aumentar la cantidad permitida de posesión de la marihuana para uso personal y que no constituya en un delito.

Coincidimos con la postura de la Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, cuando señala que el consumo de las sustancias psicoactivas debe verse como un problema de salud pública y no como un asunto de seguridad o política criminal.

Necesitamos cambiar nuestra legislación a efecto de ampliar los gramos que un mexicano puede poseer para su consumo personal.

En las Audiencias Públicas para las Alternativas a la Regulación de la Marihuana organizadas por el Congreso de la Unión, también se manifestó en este sentido.

En la Mesa 3, sobre la Regulación en relación con la política criminal y el sistema penitenciario, el Consejo Técnico expresó el consenso sobre la necesidad de cambiar el actual modelo que está basado en inhibir el consumo de marihuana a través de penas privativas de la libertad, es decir, un modelo que criminaliza a los consumidores y adictos, por ello cuestionan los límites de posesión personal establecidos a nivel federal. Señalan que entre los beneficios de aprobar un incremento en los límites de posesión de marihuana permitida, se reducirá la población encarcelada y se lograrían aplicar tratamientos a farmacodependientes.

La necesidad de aumentar la cantidad de posesión de marihuana permitida, radica en que 60% por ciento de la población carcelaria a nivel federal, está ahí por delitos contra la salud, de los cuales 32% fueron detenidos por transporte y 28% por posesión de drogas.

Es un tema que también debemos de revisar, debido a que en las cárceles del país el 41% de los convictos por delitos contra la salud, se encuentran allí por la posesión del enervante y otras sustancias que no sobrepasan el valor en el mercado negro de los 500 pesos.

A continuación se hace una descripción de los estándares internacionales sobre el gramaje que una persona puede portar. De acuerdo con el portal <http://www.gob.mx/debatemarihuana>, de la Presidencia de la República, son los siguientes:

País	Gramaje
<p>Uruguay controla la comercialización, producción y distribución de la marihuana, al mismo tiempo que promueve información, prevención y educación en su uso.</p>	<p>El cultivo reducido en casa está autorizado hasta seis plantas y en asociaciones que no excedan hasta 45 miembros.</p> <p>Una persona (únicamente ciudadanos o residentes) pueden comprar hasta 40 gramos al mes de marihuana, y se expiden permisos para productoras quienes venden la marihuana al gobierno, el precio lo fija un instituto estatal y se prohíbe el cultivo, producción y venta no autorizada ni registrada ante el instituto.</p>
<p>En Rusia, la producción, venta, compra y consumo es ilegal.</p>	<p>El cultivo de más de 20 plantas de marihuana es considerado como una cantidad grande y por lo tanto puede llegar a una persecución penal. Una persona puede tener en su posesión hasta 6 gramos de marihuana. De más 6 a 100 gramos de marihuana se considera una ofensa criminal y el castigo varía entre multas y dos años de prisión.</p>
<p>En Colombia el consumo está prohibido por la Constitución, aunque con base en la doctrina de la dosis de</p>	<p>Se puede cultivar hasta 20 plantas de marihuana por persona y es legal portar hasta 20 gramos para consumo</p>

<p>aprovisionamiento, la Suprema Corte ha sostenido que portar marihuana para el consumo no está penalizado. Sin embargo, la posesión simple sí está tipificada como delito.</p>	<p>personal.</p> <p>El pasado 22 de diciembre de 2014 el Presidente Juan Manuel Santos firmó el decreto que legaliza y regula la producción, comercialización y exportación de cannabis para uso terapéutico en Colombia. Se contempla la emisión de licencias para la posesión de semillas de cannabis y cultivo para fines médicos y científicos.</p>
<p>En Perú, “la posesión de drogas para uso propio no es punible en cantidades que no excedan a ciertos límites establecidos para cada droga o se encuentre en posesión de dos o más tipos de sustancias”</p>	<p>Para la marihuana es de 8 gramos.</p> <p>Se estima que el 60 por ciento de las detenciones por cargos de drogas están relacionados con el uso o posesión simple. De acuerdo al Código Penal se considera un delito el tráfico de drogas, la comercialización o cultivo así como forzar a otros a plantar o procesar drogas.</p> <p>Se distingue entre el tráfico y la comercialización al por menor de hasta 100 gramos de marihuana. Las penas por venta a pequeña escala son de uno a ocho años de prisión. El gobierno actual ha propuesto una estrategia más global basada en la articulación entre las políticas de control de la oferta y un modelo de desarrollo sostenible como alternativa”.</p>
<p>En España la posesión de drogas para consumo propio nunca ha estado perseguido penalmente.</p> <p>Recientemente la posesión y consumo en lugares públicos ha estado perseguido y es</p>	<p>La tenencia de plantas destinadas al consumo tampoco perseguido penalmente. Si bien no existe una normativa específica sobre el número de plantas que puede tener una persona para autoconsumo, se limita el aprovisionamiento de</p>

<p>considerado como una falta administrativa que se sanciona con una multa o tratamiento.</p> <p>A pesar de la regulación nacional, Cataluña creó un enfoque integral de tratamiento de drogas con el fin de reducir los daños a la población. Se crearon los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) únicamente para los usuarios adultos registrados.</p>	<p>cannabis a aproximadamente tres gramos diarios por persona.</p>
<p>En Ecuador, de 2008 a 2015 se llevaron a cabo una serie de reformas. Pasó de una de las leyes más punitivas de América Latina a la declaración de Amnistía para los traficantes de pequeña escala y la aprobación del Código Orgánico Integral Penal.</p> <p>Como resultado, miles de personas fueron liberadas de prisión y el cultivo para consumo personal se ha despenalizado. A principios de 2015, el Congreso de la Nación comenzó a debatir el proyecto de Ley Orgánica de Prevención de Drogas y Uso y Consumo de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.</p>	<p>Este proceso de discusión concluyó con una nueva ley que, si bien distingue entre cuatro tipos de participación en la actividad de tráfico (mínima, mediana, alta y gran escala) endurece las sanciones por microtráfico.</p> <p>La posesión simple y para uso está tipificadas como delito, pero cuando la posesión de marihuana es para consumo y menor a 10 gramos no es sancionada.</p>
<p>En Malasia, la Ley de Drogas Peligrosas de 1952 regula la importación, exportación, manufactura, venta y uso de drogas.</p> <p>Esta ley prevé la pena de muerte obligatoria para personas culpables de narcotráfico con posesión de más de 200 gramos de marihuana. De 2008 a 2010 se determinaron 77 sentencias de muerte por esta causa.</p>	<p>“Las penas por posesión de marihuana en Malasia van desde multas, rehabilitación obligatoria o encarcelamiento”. La cantidad permitida para uso personal es de 15 gramos.</p>

<p>En los Estados Unidos de Norteamérica desde hace algunos años se ha venido propiciando la regulación y despenalización de la marihuana. En la actualidad, varios estados permiten su uso médico y recreativo.</p>	<p>En California el uso terapéutico de la cannabis es legal mientras se cuente con receta médica. A partir de 2001 se considera como una infracción la posesión de hasta 28 gramos de marihuana y la multa por ello asciende hasta a 100 dólares.</p> <p>En Colorado, la venta, posesión, uso, producción, distribución y cultivo personal de la marihuana es legal bajo ciertas condiciones. De hecho es legal fumar cannabis en público.</p> <p>El permiso de consumo está limitado a mayores de 21 años y solo puede venderse 28 gramos a cada residente y 7 gramos a no residentes.</p>
---	--

De acuerdo a la “Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato”, especificada en el artículo 479 de la Ley General de Salud, se pueden poseer hasta 5 gramos de marihuana. En ese sentido, consideramos conveniente modificarlo, a efecto de elevar la cantidad que una persona puede portar para su consumo personal. Motivo por el cual proponemos que sea 28 gramos de Cannabis Sativa, Indica o Marihuana.

De acuerdo con el CONADIC, con 28 gramos de marihuana se podrían hacer un promedio de 14 cigarros o carretes[*]; dicha cantidad no constituye un consumo problemático de la marihuana, y sería compatible con lo permitido en otros países a nivel internacional.

¿Por qué 28 gramos?

Se propone que la dosis adecuada que una persona puede transportar, guardar y poseer sea de 28, bajo las siguientes consideraciones:

- La duración de los efectos del cannabis depende de la pureza de la dosis, de la vía de administración y de la forma de consumo.
 - Cuando se fuma, sus efectos son inmediatos y duran aproximadamente de 1 a 4 horas.
 - Inhalada pueden mantenerse hasta por 4 horas.
 - Si se ingiere en un alimento o bebida el inicio de los efectos es más lento generalmente inicia entre media hora y una hora con una duración de hasta 4 horas.[*]

La actual política restrictiva y punitiva en torno a los diferentes usos de la marihuana, en especial para los fines médicos y terapéuticos, debe revisarse a efecto de encontrar alternativas regulatorias eficientes y que redunden en

el beneficio de los mexicanos que desgraciadamente padecen enfermedades que pueden ser atendidas con estos medicamentos como es el caso de la Grace Elizalde.

Esta iniciativa es compatible con la postura que fijó el Presidente Enrique Peña Nieto a nombre del Estado mexicano en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Problema Mundial de las Drogas 2016, UNGASS, el pasado 19 de abril.

Cabe destacar que desde el año, 2012, Colombia, Guatemala y México solicitaron convocar a esta Sesión Especial de la Asamblea General sobre el Problema Mundial de las Drogas, para revisar la estrategia internacional en relación al tema, pero sobre todo, definir soluciones alternas, desde una perspectiva de Derechos Humanos, prevención y salud pública, que ponga como prioridad el bienestar de las personas.

Durante su participación, el Presidente propuso lo siguiente:

Primero. El problema mundial de las drogas exige que la comunidad internacional refrende el principio de responsabilidad común y compartida, mediante una cooperación internacional más intensa y efectiva.

Segundo. Es necesario reforzar el frente común ante la delincuencia organizada transnacional, para cerrar espacios a sus operaciones financieras y delitos conexos. Hay que intensificar la cooperación entre los gobiernos y ampliar el intercambio de información y acciones conjuntas, para dismantelar las organizaciones delincuenciales.

Tercero. Se requiere de una mayor coordinación y colaboración entre las propias agencias especializadas del sistema de las Naciones Unidas, con el fin de abordar todos los aspectos del problema mundial de las drogas.

Cuarto. Las políticas públicas y acciones derivadas de la política internacional sobre las drogas, deben estar alineadas con los esfuerzos en favor del desarrollo sostenible, de la Agenda 2030. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los encaminados a resolver el problema mundial de las drogas, deben ser complementarios y reforzarse entre sí.

Quinto. Se deben atender los daños sociales relacionados con el mercado ilícito de drogas. Para aquellas comunidades vulneradas por el crimen organizado, se necesita una prevención integral de la violencia, de la exclusión y del debilitamiento del tejido social.

Hay que apoyar a las comunidades afectadas con alternativas educativas, laborales y recreativas, que fortalezcan la inclusión y la cohesión social. En especial, se deben crear alternativas productivas en aquellas localidades donde se siembran estupefacientes; por ejemplo, con la reconversión de cultivos y esquemas internacionales de agricultura por contrato.

Sexto. Ante las limitaciones del paradigma prohibicionista, se debe atender el tema mundial de las drogas desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Este cambio de fondo, implica modificar el enfoque eminentemente sancionador, para ubicar a las personas, sus derechos y su dignidad.

Séptimo. El consumo de drogas debe atenderse esencialmente, como un problema de salud pública, toda vez que constituye una amenaza para el desarrollo pleno de las personas, especialmente de niños y jóvenes.

La adicción a las drogas debe atenderse con mecanismos de prevención y soluciones terapéuticas integrales, no con instrumentos penales, que criminalizan a los consumidores y dañan el desarrollo de su personalidad.

Octavo. En los delitos relacionados con las drogas, se deben privilegiar penas proporcionales y alternativas al encarcelamiento, que incorporen también una perspectiva de género.

Noveno. Se deben sumar esfuerzos internacionales, para prevenir el consumo de drogas, mediante una campaña orientada a niños y jóvenes, a nivel global. Proteger a los miembros más vulnerables de las sociedades, garantizando que conozcan los efectos nocivos asociados al consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Décimo. Se debe asegurar la disponibilidad y un mejor acceso de las sustancias controladas para fines médicos y científicos; evitando al mismo tiempo, su desviación, uso indebido y tráfico. Esta propuesta se deriva del amplio debate nacional sobre el uso de la marihuana, al que convocó el Gobierno de México, con expertos, académicos y representantes de la sociedad civil.

La iniciativa es de enorme importancia para la salud pública en nuestro país, y la cual se puede resumir en los siguientes aspectos:

1. Autorizar el uso médico y terapéutico de la marihuana;

- Reforma al artículo 103, para autorizar que los médicos puedan prescribir tratamientos medicinales y terapéuticos a base de las sustancias activas de la marihuana.
- Reforma al artículo 237, con la finalidad de permitir el uso de los medicamentos a base de la cannabis sativa, indica y americana o marihuana.
- Reforma al artículo 245, a efecto de reclasificar a los Cannabinoides Sintéticos y el Tetrahidrocannabinol, como sustancias que tienen algún valor terapéutico, pero que constituyen un problema grave para la salud pública, debido a que actualmente están clasificados como sustancias psicotrópicas con escaso o nulo valor terapéutico.
- Reforma al artículo 247, para que la Secretaría de Salud autorice el uso del Tetrahidrocannabinol y los isómeros $\Delta 6A$ (10A), $\Delta 6A$ (7), $\Delta 7$, $\Delta 8$, $\Delta 9$, $\Delta 10$, $\Delta 9$ (11) y sus variantes estereoquímicas, de manera expresa con fines médicos, terapéuticos y de investigación.

2. Crear el Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, CISPE.

Se reforma el artículo 96 y se adiciona un Título Quinto Ter, con los artículos 103 Ter, 103 Ter 1, 103 Ter 2 y 103 Ter 3, a efecto de crear el CISPE, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tenga por objeto:

- Llevar a cabo de manera sistemática y de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, el análisis farmacobiológico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes autorizadas por el Sistema Nacional de Salud.
- Generación de un panorama epidemiológico a través de un registro permanente y un análisis clínico periódico para el control de sustancias psicotrópicas y estupefacientes.
- Elaboración de estudios clínicos y básicos con diagnósticos enfocados a generar información científica que coadyuve al mejoramiento de las políticas públicas de control, evaluación, desarrollo, suministro, importación, prescripción y cualquier uso médico y terapéutico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes empleadas por el sistema nacional de salud, sin perjuicio de las competencias conferidas a otras dependencias y entidades de la administración pública.

3. Aumentar el gramaje permitido de la posesión de la marihuana para consumo personal.

- Se reforma el artículo 479, a efecto de aumentar la dosis máxima permitida de consumo personal e inmediato de la marihuana. Actualmente se permite hasta 5 gramos y la propuesta es incrementarla a 28 gramos, con el propósito de descriminalizar el consumo personal del enervante sin que esto constituya un riesgo de generar consumo problemático de dicha sustancia.
- Con 28 gramos de marihuana se pueden elaborar aproximadamente 14 cigarrillos.

Por lo anteriormente expuesto y fundado es que vengo a esta Honorable Asamblea a proponer la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

PROYECTO DE DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO. Se reforman los artículos 96, 103, 191, 237, 245, 247 y 479; y se adiciona un Título Quinto Ter y los artículos 103 Ter, 103 Ter 1, 103 Ter 2 y 103 Ter 3 para quedar como sigue:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:
I al VI...

VII. Al conocimiento de las propiedades terapéuticas, médicas, de investigación científica de los psicotrópicos y estupefacientes, sus usos para atender diversos padecimientos y alternativas para la reducción de daños.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento informado por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

Los médicos podrán prescribir tratamientos médicos y terapéuticos a base de las sustancias activas, isómeros y los derivados de la cannabis sativa, índica y americana o marihuana, siempre y cuando se hayan agotado todos los tratamientos medicinales y terapéuticos científicamente comprobados y autorizados por el Sistema Nacional de Salud; o cuando a consideración del médico sea lo más adecuado para la atención del padecimiento; o bien el paciente, los familiares o los apoderados legales en caso de menores, lo soliciten y el médico así lo considere.

TITULO QUINTO TER

Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes.

Artículo 103 Ter. Se crea el Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CISPE), organismo público desconcentrado de la Secretaría de Salud, el cual se registrará con base en lo dispuesto en la presente Ley y en su Reglamento Interior, así como en los demás ordenamientos legales aplicables.

Tiene por objeto realizar de manera sistemática y de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, el análisis farmacobiológico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes autorizadas por el Sistema Nacional de Salud; la generación de un panorama epidemiológico a través de un registro permanente y un análisis clínico periódico para el control de sustancias psicotrópicas y estupefacientes; y la realización de estudios clínicos y básicos con diagnósticos enfocados a generar información científica que coadyuve al mejoramiento de las políticas públicas de control, evaluación, desarrollo, suministro, importación, prescripción y cualquier uso médico y terapéutico de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes empleadas por el sistema nacional de salud, sin perjuicio de las competencias conferidas a otras dependencias y entidades de la administración pública.

Artículo 103 Ter 1. El Centro para el cumplimiento de su objeto tendrá las siguientes atribuciones:

Realizar investigaciones científicas que permitan conocer las propiedades terapéuticas y médicas de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes;

Promover estudios para determinar las causas y el impacto que generan las sustancias psicotrópicas y estupefacientes en los ámbitos personal, familiar, escolar, laboral y económico;

Colaborar con las autoridades de salud en la elaboración de protocolos para el control y evaluación de la administración de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en los pacientes;

Colaborar con investigadores e instituciones públicas y privadas para ampliar el conocimiento de las propiedades terapéuticas y médicas de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes;

Realizar periódicamente foros de consulta para conocer las opiniones e inquietudes de los diversos actores que intervienen en la materia;

Coordinarse con las organizaciones investigadoras, especialistas y otras instituciones que persigan los mismos fines;

Investigar los efectos secundarios del uso no controlado y sin prescripción de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

Celebrar convenios de coordinación y colaboración con las autoridades y dependencias públicas vinculadas con las funciones de control y evaluación de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes, a efecto de compartir información y coadyuvar en la generación de políticas públicas y programas de gobierno;

Prevenir a las autoridades de salud sobre las sustancias psicotrópicas y estupefacientes que no estén prohibidas en el Artículo 245 de esta Ley, y que podrían constituir un grave problema de salud pública.

Intercambiar conocimientos y experiencias para mejorar las políticas de control de los psicotrópicos y estupefacientes.

Organizar programas de capacitación y profesionalización en materia de investigación, control y evaluación en el uso de los psicotrópicos;

Hacer públicas sus investigaciones, estudios y sondeos;

Salvaguardar los datos personales y la confidencialidad de las personas sujetas de protocolos de investigación;

Promover y difundir los servicios que preste el Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes;

Participar en la promoción de programas específicos en la materia;

Coadyuvar con la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General en el ámbito de su competencia; y

Las demás que le señalen esta ley y otros ordenamientos legales.

Artículo 103 Ter 2. Dentro del Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes se contará con Comité de Bioética que oriente el uso correcto de los psicotrópicos y estupefacientes.

Artículo 103 Ter 3. La estructura orgánica, la organización administrativa y el funcionamiento del Instituto se determinarán en el Reglamento Interior que expida el Ejecutivo Federal.

Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y;
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

La información que reciba la población deberá estar basada en estudios científicos y alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos. **Para cumplir con este propósito se consultará al Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes.**

Artículo 237.- Queda prohibido en el territorio nacional, todo acto de los mencionados en el Artículo 235 de esta Ley, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bactreatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones.

Esta prohibición no será de aplicación a las modalidades de importación y portación de medicamentos a base de cannabis sativa, indica americana o marihuana y sus cannabinoides, así como los diferentes usos que el sistema nacional de salud determine para la prescripción médica y suministro en pacientes.

La Secretaría de Salud emitirá los lineamientos para el uso de cannabis sativa, índica americana o marihuana, sus cannabinoides y demás derivados con fines médicos y terapéuticos, y las normas oficiales para la importación y control de los medicamentos producidos con base en sus sustancias activas.

Artículo 245.- En relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias, las sustancias psicotrópicas se clasifican en cinco grupos:

I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública, y son:

Denominación	Otras Denominaciones	Denominación
Común Internacional	Comunes o Vulgares	Química

CATINONA	NO TIENE	(-)-a-aminopropiofenona.
MEFEDRONA	4- METILMETCATITONA	2-methylamino-1ptolylpropan-1-one
NO TIENE	DET	n,n-dietiltriptamina
NO TIENE	DMA	dl-2,5-dimetoxi-a-metilfeniletilamina.
NO TIENE	DMHP	3-(1,2-dimetilhetil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6H dibenzo (b,d) pirano.
NO TIENE	DMT	n,n-dimetiltriptamina.
BROLAMFETAMINA	DOB	2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina.
NO TIENE	DOET	d1-2,5-dimetoxi-4-etil-a-metilfeniletilamina.
(+)-LISERGIDA	LSD, LSD-25	(+)-n,n-dietilisergamida-(dietilamida del ácido d-lisérgico).
NO TIENE	MDA	3,4-metilenodioxianfetamina.
TENANFETAMINA	MDMA	dl-3,4-metilendioxi-n,-dimetilfeniletilamina.
NO TIENE	MESCALINA (PEYOTE; LO-PHOPHORA WILLIAMS II ANHALONIUM WILLIAMS II; ANHALONIUM LEWIN II.	3,4,5-trimetoxifenetilamina.
NO TIENE	MMDA.	dl-5-metoxi-3,4-metilendioxi-a-metilfeniletilamina.
NO TIENE	PARAHEXILO	3-hexil-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6h-dibenzo [b,d] pirano.
ETICICLIDINA	PCE	n-etil-1-fenilciclohexilamina.
ROLICICLIDINA	PHP, PCPY	1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina.
NO TIENE	PMA	4-metoxi-a-metilfenile-tilamina.
NO TIENE	PSILOCINA, PSILOTSINA	3-(2-dimetilaminoetil) -4-hidroxi-indol.
PSILOCIBINA	HONGOS ALUCINANTES DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, STOPHARIA CUBENSIS	fosfato dihidrogenado de 3-(2-dimetil-aminoetil)-indol-4-ilo.

	Y CONOCYBE, Y SUS PRINCIPIOS ACTIVOS.	
NO TIENE	STP, DOM	2-amino-1-(2,5 dimetoxi-4-metil) fenilpropano.
TENOCICLIDINA	TCP	
SE ELIMINA		
SE ELIMINA		
NO TIENE	TMA	dl-3,4,5-trimetoxi--metilfeniletilamina.
PIPERAZINA TFMPP	NO TIENE	1,3- trifluoromethylphenylpiperazina
PIPERONAL O HELIOTROPINA		
ISOSAFROL		
SAFROL		
CIANURO DE BENCILO		

Cualquier otro producto, derivado o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga.

II.- Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública, y que son:

AMOBARBITAL

ANFETAMINA

BUTORFANOL

CANNABINOIDES SINTÉTICOS

CICLOBARBITAL

DEXTROANFETAMINA (DEXANFETAMINA)

FENETILINA

FENCICLIDINA

HEPTABARBITAL

MECLOCUALONA

METACUALONA

METANFETAMINA

NALBUFINA

PENTOBARBITAL

SECOBARBITAL

TETRAHIDROCANNABINOL, LOS SIGUIENTES ISÓMEROS: Δ6A (10A), Δ6A (7), Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ9 (11) Y SUS VARIANTES ESTEREOQUÍMICAS.

Y sus sales, precursores y derivados químicos.

III-V...

Artículo 247.- La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas o cualquier producto que los contenga, queda sujeto a:

I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos;

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General y;

IV. Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia;

V. (Se deroga)

VI. Las disposiciones relacionadas que emitan otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los actos a que se refiere este Artículo sólo podrán realizarse con fines médicos, y científicos, y requerirán, al igual que las sustancias respectivas, autorización de la Secretaría de Salud.

Quedan exentas de estas restricciones el Tetrahidrocannabinol, los siguientes isómeros: Δ6A (10A), Δ6A (7), Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ9 (11) y sus variantes estereoquímicas cuando su uso tenga propósitos médicos, terapéuticos y de investigación, para los cual será necesaria la autorización de la Secretaría de Salud.

Artículo 479.- Para los efectos de este capítulo se 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 el listado siguiente:

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	28 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxi-anfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para los efectos del Título Quinto Ter, referente al Centro de Investigación de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, contará con un plazo máximo de 180 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para poner en funcionamiento el Centro, así como para emitir las disposiciones aplicables a su funcionamiento y organización interna.

ARTÍCULO TERCERO. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público deberá prever en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, los recursos necesarios para la operación del Centro de Investigaciones de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes previsto en el Título Quinto Ter.

ARTÍCULO CUARTO.- La Secretaría de Salud emitirá las normas oficiales mexicanas a que deberán sujetarse las modalidades de importación, portación, prescripción médica, suministro y control de los medicamentos con fines terapéuticos que contengan cannabis sativa, indica americana o marihuana y sus cannabinoides.

Salón de Sesiones de la Cámara de Senadores, a los 25 días del mes de abril de 2016.

ATENTAMENTE

Sen. Yolanda de la Torre Valdez.

[*] http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud39_anfeta.pdf

[*] <http://papeldigital.info/tendencias/2015/04/18/01/paginas/012.pdf>

[*] http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5411543&fecha=14/10/2015

[*] http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap3.pdf

[*] Citado en Elisardo Becoña, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiátrica de enlace Revista Iberoamericana de Psicopatología, disponible en: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-TrastornosRelacionadosConSustanciasYTrastornosAdic-4803011.pdf>

[*] Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la Ciudad de México, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz, México, 2013, disponible en <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/images/pdf/EstudiosGeriatría/Estudiosobreconsumodesustanciaspsicoactivasenadultos mayores.pdf>.

[*] Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000100004&script=sci_arttext

[*] Disponible en http://www.indepedi.cdmx.gob.mx/documentos/not_2710.pdf

[*] _____ Disponible en http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Mexico%202015%20CONSUMO%20POB%20IND_%20SIN%20MARCAS.pdf en

[*] LOZANO, Indalecio, Uso Terapéutico del Cannabis Sativa, Universidad de Granada, España 200.

[*] BAGSHAW, S. Medicinal efficacy of cannabinoids and marijuana. A comprehensive review of the literature. Journal of Palliative Care. pág. 11-122.

[*] Ramos y Fernández, Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. España 200. pp. 72-75

[*] Ramos y Fernández... ob cit.

[*] W. B. O'Shaughnessy, Antique Cannabis Book, disponible en: <http://antiquecannabisbook.com/chap1/Shoughnessy.htm>

[*] Schievenini Stefanoni, José, La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940, Querétaro, Octubre 2012, pp 55-60

[*] Steinherz, Karen y Vissing Thomas, Efectos médicos de la marihuana sobre el cerebro, 21st Century Science & Technology, Vol 10, No. 4, 1997

[*] <http://www.narconon.org/es/informacion-drogas/marihuana/historia-marihuana.html>

[*] García Vallejo, Juan, Historia de la Marihuana en México, solo 500 años, Gaceta Cannábica, Marzo 2010

[*] Organización de las Naciones Unidas, Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, pp 5-6, disponible en: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf

- [*] Organización Mundial de la Salud, El Uso de la Cannabis, Ginebra 1971, pp 7-9, 14-15, 22-23 y 39-41, disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38596/1/WHO_TRS_478_spa.pdf
- [*] Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas, Viena. 2015. p.9.
- [*] Consejo Económico y Social, Suplemento Número 8. Cap. I, Secc. C. (2009) p. VIII.
- [*] El Problema de las Drogas en América: Estudios, Drogas y Salud Pública. Organización de los Estados Americanos, 2012. P.17- 30.
- [*] El Problema de las Drogas en América: Estudios, Drogas y Salud Pública. Organización de los Estados Americanos, 2012. P.17- 30.
- [*] Informe Mundial Sobre las Drogas (Resumen). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014) p.3
- [*] Informe Mundial sobre las Drogas 2013. Organización de los Estados Americanos. p. 20-30.
- [*] Amparo en Revisión 237/2014. Quejosos y recurrentes: Josefina Ricaño Bandala, Armando SantaCruz González, José Pablo Girault Ruíz, Juan Francisco Torres Landa y Sociedad Mexicana de Autoconsumo Responsable y Tolerante, A.C., disponible en <http://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=164118>
- [*] Ibídem.
- [*] Ibidem, p. 77.
- [*] Presidencia de la República, disponible en: <http://www.gob.mx/presidencia/prensa/instalo-el-presidente-enrique-pena-nieto-el-sistema-nacional-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>
- [*] <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=552085&idFC=2015>
- [*] <http://www.gob.mx/presidencia/prensa/la-marihuana-no-esta-legalizada-en-mexico-gobierno-de-la-republica>
- [*] Rebeca Calzada. Regímenes legales del cannabis alrededor del mundo, disponible en <http://www.espolea.org/actividades-de-drogas/regimenes-legales-del-cannabis-en-el-mundo>
- [*] http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica.
- [*] Respuesta a la petición ciudadana en relación al tratamiento (CDB) ingrediente activo de Cannabidiol, Consejo de Salubridad General, http://www.porgrace.org.mx/uploads/8/7/2/7/8727772/5_respuesta_de_ssa_a_padre.pdf Consultado el 10 de febrero de 2016.
- [*] En medio de la guerra contra las drogas, una niña de 8 años lucha por acceder a marihuana medicinal en México, Comunicado de Prensa, 31 de agosto de 2015 [http://us1.campaign-archive2.com/?u=ee68f3f3cb6b8aac30ed7f686&id=86548ac6eb&e=\[UNIQID\]](http://us1.campaign-archive2.com/?u=ee68f3f3cb6b8aac30ed7f686&id=86548ac6eb&e=[UNIQID])
- [*] Suspensión definitiva por parte del Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en DF, Expediente 1482/2015-II. http://www.senado.gob.mx/marihuana/Documentos/01_Seguridad_y_Justicia/Textos%20legislativos%20-%20sentencias/Mexico/Sentencia_Interlocutora_Graciela_Elizalde_Benavides.pdf Consultado el 10 de febrero de 2016.
- [*] Revisese <https://codigof.mx/reitera-cofepris-apoyo-a-la-nina-grace-para-tratamiento-a-base-de-cannabis/>
- [*] Ibíd. P. 13

[*] Proceso Regulatorio de los Medicamentos en México, COFEPRIS, disponible en <
<http://www.senado.gob.mx/marihuana/index.php>

[*] <http://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=169538>

[*] Ibíd.

[*] Ibíd.

[*] Disponible en
<http://www.mucd.org.mx/recursos/Contenidos/Nuestraspublicaciones/documentos2/InformeCannabisMedical-plaincover.pdf>

[*] Decreto 2476, 22 de diciembre de 2015, por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6, y 8 de las Ley 30 de 1989.
<http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%202467%20DEL%2022%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202015.pdf> Consultado el 15 de febrero de 2016.

[*] Ibíd, p. 4

[*] Elaboración propia con datos de *23 Legal Medical Marijuana States and DC, Laws, Fees, and Possession Limits*, <
<http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881>>

[*] <http://www.senado.gob.mx/marihuana/Documentos/memorias/AUDIENCIAS-PUBLICAS-MARIHUANA-3.pdf>

[*] Proceso Regulatorio de los Medicamentos en México, ibíd.

[*] *Informe Final de las Audiencias Públicas para las Alternativas de Regulación de la Marihuana*, p.102