

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE DERECHO**  
**SEMINARIO DE DERECHO PENAL**

**“RECLASIFICACIÓN DE LA MARIHUANA”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO  
PRESENTA EL ALUMNO  
BALAM REYES TORRES**

**ASESOR: Dr. PAUL OCTAVIO GARCÍA**

**Ciudad Universitaria 2008.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Mi lógica y mi razón para mi padre.  
A mi madre mi corazón.  
Para mi entrañable amigo una víctima más del narcotráfico.  
Para quienes me alentaron a lo largo de este viaje.  
Incluso para quienes entorpecieron mi camino.*

*"Abjuro [...] los susodichos errores y herejías [...] no diré nunca más [...] cosas por las  
cuales se pueda tener de mí semejante sospecha."  
"Y sin embargo, se mueve."*

*"Eppur si muove"  
Galileo Galilei.*

# **TEMA: “RECLASIFICACION DE LA MARIHUANA”**

## *INDICE*

### **Introducción**

#### **CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO**

1.1 Narcóticos, definición general

1.2 Clasificación general de narcóticos

1.3 Marihuana, definición y clasificación

1.4 Estado y sus fines

1.4.1 Estado y salud

1.4.2 Secretaria de Salud Pública

1.4.3 Estado y derecho penal

#### **CAPÍTULO II MARCO JURÍDICO**

2.1 Legislación mexicana

2.2. Ley General de Salud

2.2.1 Criterios de la Ley General de Salud para clasificación de narcóticos

2.2.2 Potencial de riesgo a la salud pública

2.2.3 Grado de adicción o dependencia

2.2.4 Susceptibilidad de uso indebido de droga

2.2.5 Clasificación de la marihuana en la Ley General de Salud

2.2.6 Marihuana ¿estupefaciente o psicotrópico?

## 2.3 Código Penal Federal

### 2.3.1 Tipificación

### 2.3.2 Bien jurídico tutelado

### 2.3.3 Penas y sanciones

### 2.3.4 Excluyentes y atenuantes

## 2.4 Tratados y convenciones internacionales en materia de narcóticos

## 2.5 Resoluciones de la Secretaría de Salud Pública y Consejo de Salubridad general, en materia de narcóticos

## 2.6 Derecho comparado

### 2.6.1 Holanda

#### 2.6.1.1 Plan nacional de acción

#### 2.6.1.2 Principios y objetivos

#### 2.6.1.3 Legislación sobre drogas

#### 2.6.1.4 Legalización de drogas blandas

#### 2.6.1.5 Coffeeshops

### 2.6.2 Alemania

#### 2.6.2.1 Plan nacional

#### 2.6.2.2 Principios y objetivos

#### 2.6.2.3 Legislación sobre drogas

#### 2.6.2.4 Despenalización de la marihuana

### 2.6.3 Luxemburgo

#### 2.6.3.1 Plan nacional

#### 2.6.3.2 Principios y objetivos

#### 2.6.3.3 Legislación sobre drogas

#### 2.6.3.4 Legislación de drogas blandas

## 2.6.4 Canadá

### 2.7.4.1 Plan nacional

### 2.7.4.2 Principios y objetivos

### 2.7.4.3 Legislación sobre drogas

### 2.7.4.4 Despenalización de la marihuana

## 2.7.5 Reino Unido

### 2.7.5.1 Plan nacional

### 2.7.5.2 Principios y objetivos

### 2.7.5.3 Legislación sobre drogas

### 2.7.2.4 Reclasificación de la marihuana

## **CAPÍTULO III**

### **MARIHUANA, ALCOHOL, TABACO Y CAFÉ: UN ESTUDIO MÉDICO-COMPARATIVO.**

## 3.1 Marihuana

### 3.1.1 Grado de adicción

### 3.1.2 Daño a la salud

### 3.1.3 Uso terapéutico de la marihuana

## 3.2 Alcohol

### 3.2.1 Grado de adicción

### 3.2.2 Daño a la salud

### 3.2.3 Estadísticas

## 3.3 Tabaco

### 3.3.1 Grado de adicción

### 3.3.2 Daño a la salud

### 3.3.3 Estadísticas

### 3.4 Café

#### 3.4.1 Grado de adicción

#### 3.4.2 Daño a la salud

#### 3.4.3 Uso terapéutico

## **CAPÍTULO IV MÉXICO ANTE LAS DROGAS**

### 4.1 Esbozo de una cultura de drogas

#### 4.1.1 Drogas prehispánicas

#### 4.1.2 De la Conquista a la Independencia

### 4.2 Porfiriato: una tolerancia a las drogas

### 4.3 Revolución, drogas y folklore

### 4.4 Post-revolución: comienza la prohibición

#### 4.4.1 Los padres del narcotráfico

#### 4.4.2 Plutarco Elías Calles

#### 4.4.3 Lázaro Cárdenas

### 4.5 Badiraguato: 1965

### 4.6 1981: Vive sin drogas

#### 4.6.1 Ley General de Salud

#### 4.6.2 Certificación norteamericana en combate al narcotráfico

4.7 1989: “Mariguanato”, ¡mexicanos al grito de siembra

4.8 México 2004; un grito en el Congreso

**Conclusiones**

**Propuesta**

**Bibliografía**



## INTRODUCCIÓN

Narcotráfico y drogadicción, son como la cuestión del huevo y la gallina, ¿cuál fue primero?, ambos caminan tomados de la mano, por las calles de nuestra historia, creciendo en el seno de nuestra sociedad, viviendo fuera de la autoridad de nuestro Leviatán, para algunos un estilo de vida, constituyendo otro poder, un poder alternativo que lucha contra el Gobierno por la dirección de nuestra nación.

Sin embargo no siempre fue así. El narcotráfico es un fenómeno reciente – apenas ochenta años--en la historia de México, no así el uso de drogas, desde el toloache, pulque, peyote y hongos, utilizados con fines religiosos y espirituales, durante la época prehispánica; pasando por el alcohol destilado, tabaco, opio, marihuana, polvos de Merck y morfina, vendidos libremente en boticas, durante la época post-revolucionaria; hasta el LSD muy gustado en el movimiento estudiantil. Las drogas han formado parte de nuestra cultura, y su consumo, no siempre constituyó un problema de salud o de seguridad pública.

Paradójicamente, es a partir de la prohibición de importación y circulación de drogas, que éstas se convierten en un tabú más, de la moderna y ansiosamente cosmopolita sociedad mexicana, dando luz a la hidra del narcotráfico.

Es necesario desnudar la realidad, para ver la verdad y aquí es entonces que surge una pregunta obligada; ¿en qué momento, y porqué, en un pueblo, acostumbrado a su uso, las drogas se convierten en un problema de salud y seguridad pública?

Si bien es cierto que en el Estado mexicano, a diferencia de Canadá, España, Reino Unido, Tierras Bajas, Grecia, Italia, Alemania, Portugal y Noruega, no existe una política de tolerancia a las drogas, no sucede lo mismo, en la historia socio-antropológica del pueblo mexicano, que si bien, no ha desarrollado una política, sí una costumbre, de tolerancia al uso de drogas, aún mas,--según datos de la

## II

Procuraduría General de la República y del Consejo Nacional para las Adicciones—se ha dedicado a su producción, sino basta con preguntar a los jóvenes consumidores del país, y a sus padres integrantes muchos, del movimiento estudiantil del 68, o al campesino en la sierra de Sinaloa, Oaxaca o Michoacán, y ni hablar de los yaquis en el norte y los más de cuarenta grupos étnicos de nuestro país.

Las drogas son y han sido parte de nuestra cultura, de nuestra sociedad, de nuestra economía y política, de nuestra realidad. Desde Victoriano Huerta, reconocido aficionado a la marihuana, hasta la adicción a la morfina de “El Manco de Celaya”, quien, no solamente por razones personales—para acallar estos rumores, suscitados, a partir del gran consumo de morfina, para calmar el dolor que le causaba su amputado brazo—sino también, por cuestiones diplomáticas, inicia, junto al médico J.M. Rodríguez, un tímido intento, para prohibir la importación de opio, sus sales y derivados. Esto, abrió un nuevo mercado a los comerciantes chinos, dueños, de los antes legales fumaderos de opio, quienes se convirtieron en la mafia china en nuestro país, e irónicamente, hasta antes de la prohibición, debido a sus altas ganancias, estos mismos comerciantes, ofrecieron pagar impuestos superiores al millón y medio de pesos, si se les concedía el monopolio de la importación de opio, la propuesta no prosperó, al parecer, pero después de la prohibición, sus ganancias se elevaron al triple.

Esta prohibición, tenía como fundamento, el siguiente: *“Como la degeneración de la raza mexicana es un hecho demostrado también por los datos estadísticos, sacados principalmente de la ciudad de México, es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza, provocada principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, morfina, éter, marihuana, cocaína, sean dictadas con tal energía, que contrarresten de manera efectiva y eficaz, el abuso de sustancias tan nocivas para la salud”*. Dr. J. M. Rodríguez; Congreso Constituyente; Querétaro 1917.

### III

Es a partir de aquí, y en los años posteriores, que surgen algunos decretos de tendencia prohibicionista, así, la semilla de la drogadicción, es fecundada por la intolerancia y prohibición del Leviatán mexicano, dando luz a la hidra del narcotráfico.

Ante lo cual, ahora no se puede simplemente voltear la vista, mucho menos desarrollar una política antidrogas, impuesta por el decadente país vecino del norte, que trata de erradicar su problema de narcotráfico y drogadicción, a través del Estado mexicano, como en su momento lo hizo a través de China, para controlar el opio, y de Alemania, para controlar los fármacos, exige ahora dejar de producir la droga, de la cual son los mayores consumidores, y México el mayor productor: marihuana.

Es necesario exponer los motivos que me han llevado a realizar la presente investigación, y valorar si estos son razones suficientes como para justificar la investigación de mi tema, el cual plantea una reclasificación en la Ley General de Salud de la marihuana, esto debido a los estudios realizados sobre las causas que motivaron al legislador, primero, a clasificar dentro de la Ley General de Salud a la marihuana como una droga altamente dañina para la salud, y segundo las causas que lo llevaron a tipificar el consumo de marihuana como un delito.

Comenzaré por el primer caso en el cual debido a los estudios realizados a la Ley General de Salud vigente en nuestro país, el legislador tuvo en cuenta tres criterios para clasificar todo tipo de drogas, los cuales son:

- 1.-*Potencial de riesgo de la droga a la salud pública;*
- 2.-*Grado de adicción o dependencia causado por la droga; y*
- 3.-*La susceptibilidad de uso indebido de la droga.*

#### IV

De esta clasificación surgen dos subclasificaciones de drogas en la Ley General de Salud:

1.- *Estupefaciente* (sustancia narcótica generalmente estimulante que produce sopor y puede crear hábito); y

2.- *Psicotrópico* (sustancia narcótica de valor terapéutico escaso o nulo cuya administración prolongada puede crear hábito).

Partiendo de estos parámetros el legislador decidió clasificar dentro de la Ley General de Salud a la marihuana como un **estupefaciente** (sustancia narcótica generalmente estimulante que produce sopor y puede crear hábito) y a su sustancia activa el tetrahidrocanabinol (THC), como **psicotrópico** (sustancia narcótica de valor terapéutico escaso o nulo cuya administración prolongada puede crear hábito).

Obviamente el legislador consideró a la marihuana como una sustancia narcótica, estimulante, de nulo valor terapéutico y cuyo grado de adicción es mayor que el del tabaco y alcohol, por lo cual tiene un alto potencial de daño a la salud pública. Sin embargo ¿es esto verdad?. Ciertamente es que seguramente el legislador habrá basado sus razones en estudios médicos realizados en la época, en los cuales se demostró la peligrosidad de la marihuana y su nulo uso terapéutico, sin embargo el tiempo ha avanzado y con él los avances tecnológicos y estudios médicos, y es así que sale a la luz la verdad oculta sobre la marihuana, sus efectos y consecuencias por su consumo. Hoy en día es utilizada con fines medicinales ampliamente en Inglaterra, Alemania; Holanda; y Canadá, para el tratamiento de enfermos de cáncer, sida, glaucoma, reumas y depresión.

De la misma forma estudios médicos alrededor del mundo han demostrado el bajo grado de adicción por el consumo de marihuana, siendo este menor incluso que el alcohol y tabaco, y de igual manera el daño a la salud producido por la marihuana ha demostrado ser menor que el producido por el alcohol y tabaco, por

estas razones estimo que la marihuana debe ser reclasificada en la Ley General de Salud.

Del estudio del derecho penal y del código penal Federal, he encontrado que las causas del legislador para tipificar el consumo de marihuana fueron: *la protección de la salud pública, y el alto daño a la salud provocado por el consumo de marihuana*, siendo estas sus causas, no encuentro razón actual por la cual el Estado al proteger la salud prohíbe el uso de sustancias dañinas para la salud como es la marihuana, pero por otro lado permite el consumo de sustancias mas dañinas para la salud como el alcohol y tabaco, me resulta paradójico e incongruente, por lo cual no sólo debería haber una reclasificación de la marihuana dentro de la Ley General de Salud, sino también una destipificación de la conducta en nuestro Código Penal Federal.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Narcóticos, definición general**

Al tratar este tema es necesario dar una definición general de **narcóticos**, pues nuestro Código Penal Federal vigente, en su artículo 193, no define a los narcóticos, limitándose a enunciar qué compuestos químicos son considerados como tales y remitiendo, en primer lugar a la **Ley General de Salud, Convenios y Tratados Internacionales** suscritos por México en materia de narcóticos. A la letra dice: “Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los tratados y convenios internacionales...”<sup>1</sup>.

Por otra parte la Ley General de Salud, solo enumera y clasifica los diversos tipos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, sin dar una definición de éstos o de los narcóticos. Por tal motivo, al tratar de definir los narcóticos, es requisito determinar, en primer lugar qué es una droga, es decir la especie, y los narcóticos un género de la misma.

América Latina, incluido México, han adoptado la definición de droga, proporcionada por la **Organización Mundial de la Salud**: “Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento, y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguirla consumiendo”.<sup>2</sup> Sin embargo, no es esta la definición que utilizará la presente investigación, para referirse al término droga.

---

<sup>1</sup> **Código Penal Federal**; artículo 103 parte primera, editorial SISTA, edición 2006.

<sup>2</sup> **NATÓ Alejandro y Rodríguez Q. Gabriela**: “Las víctimas de las drogas”; editorial Universidad, Argentina, 2001, página 25.

Así, haciendo a un lado esta definición proporcionada por la **Organización Mundial de la Salud**, comenzaré por el origen etimológico de la palabra droga, la cual proviene del termino holandés “*droog*”,<sup>3</sup> que significa *seco*. El término hace referencia a la forma en que llegaban estos *compuestos químicos* de América a Europa.

Para elaborar un concepto de droga es indispensable reunir requisitos que den información acerca de ¿qué es?, ¿de dónde proviene?, ¿qué efecto inmediato produce en el consumidor?. Tratando de dar respuesta a las anteriores premisas se elabora la siguiente definición.

***Droga:*** *Compuesto químico de origen natural—incluyendo el reino vegetal y animal-, sintético y semi-sintético, que estimula o inhibe la actividad del Sistema Nervioso Central, y altera en diversas formas las funciones psíquicas, como la conducta, percepción y conciencia del organismo que lo consume.*

La anterior definición de droga, marcará la pauta para definir los narcóticos, para efectos de esta investigación, pues son estos un tipo de droga, y como la definición anterior señala, hay dos grandes grupos de drogas, las inhibidoras, y las estimulantes de la actividad del Sistema Nervioso Central, existen también aquellas que alteran dicha actividad.

Los narcóticos pertenecen, al primer grupo de *drogas*, es decir que son drogas inhibidoras de la actividad del Sistema Nervioso Central, razón por la cual este tipo de drogas tiene un amplio uso en el campo médico por la forma en que algunas de ellas actúan sobre el cuerpo humano ayudando a disminuir el dolor físico como es el caso de la morfina, otras son utilizadas en el tratamiento de depresiones y padecimientos mentales, tal es la situación del diazepam, rivotril, valium.

---

<sup>3</sup> HOMS SANS DE LA GARZA Joaquim: « *Trastorno mental transitorio y drogas que inciden en la imputabilidad* »; editorial Bosch, España, 1996, página 292.

La ingesta de estas sustancias *produce embotamiento de la sensibilidad, aliviando o disminuyendo el dolor físico, sopor, aletargamiento y relajación muscular, inducen al sueño, su uso puede o no generar tolerancia* (la tolerancia , que suele reflejar dependencia física, es, en el caso del consumo de drogas, la adaptación de las células vivas, para realizar su función, ajustada, a la presencia de la droga)<sup>4</sup>, *y dependencia* ( es la sujeción y subordinación de la voluntad del individuo, al consumo de droga)<sup>5</sup> en el organismo que las ingiere.

De esta forma, señalando ¿qué son?, ¿cuál es su origen, y sus efectos sobre el organismo?, se proporciona la siguiente definición de narcóticos:

**Narcóticos.**- *Drogas de origen natural—vegetal y animal—sintético o semisintético, inhibidoras del sistema nervioso central, que producen embotamiento de la sensibilidad, sopor, relajación muscular, sueño, disminuyendo o aliviando el dolor, y, pudiendo generar, en el organismo que los consume habitualmente, dependencia y/o tolerancia.*

## **1.2 Clasificación general de narcóticos**

Hasta ahora, se ha definido a la droga, y establecido que los narcóticos son un tipo de droga. El siguiente paso es establecer una clasificación propia de los narcóticos, la cual resulta un tanto difícil de realizar, pues los criterios existentes son tan diferentes, que crear una clasificación tomándolos a todos ellos como parámetros, resultaría complejo y algunas veces contradictorio. Por ejemplo, en México el Consejo Nacional de problemas contra las adicciones, no hace referencia a los narcóticos, pues en vez de ello utiliza el término drogas, a la cual clasifica en estupefacientes, psicotrópicos y volátiles inhalables.

---

<sup>4</sup> ASTOLFI, GOTELLI, et.al.: "Toxicomanías"; Editorial Universidad, Argentina, 1989, Página 3.

<sup>5</sup> *Ibidem.*, página 4.



Por otra parte la **Organización Mundial de la Salud**, de igual manera, no hace referencia al término narcótico, sino al de drogas, y la clasifica psicotrópicos y estupefacientes. En nuestro país existe una clasificación de narcóticos, basada en parámetros de seguridad y salud pública, es necesario mencionar los criterios que fueron utilizados para realizar dicha clasificación.

La primer referencia jurídica proviene de nuestro **Código Penal Federal** vigente en la República Mexicana, que en su “**artículo 193**, establece: *Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales...*”<sup>6</sup>.

La segunda referencia jurídica proviene de la “**Ley General de Salud**, que en su artículo **234** enumera, sin definir, a los diferentes tipos de *estupefacientes*.

El artículo **245**, de la misma Ley, enumera los diferentes *psicotrópicos*, y los divide sin definirlos en cinco grupos de acuerdo a los siguientes parámetros:

1. - Los 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.
2. - Las que tienen **algún valor terapéutico**, pero constituyen **un problema grave** para la salud pública.
3. - Las que tienen **valor terapéutico**, pero constituyen **un problema** para la salud pública.
4. - Las que tienen **amplios usos terapéuticos** y constituyen **un problema menor** para la salud pública; y
5. - Las que **carecen de valor terapéutico** y se utilizan corrientemente en la industria”<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Código Penal Federal; artículo 193; Editorial SISTA; México Distrito Federal: 2006.

<sup>7</sup> **Ley General de Salud**; artículo 245, edición 2006, editorial SISTA, México 2006.

Al analizar los parámetros de clasificación, en el caso de los psicotrópicos, se puede encontrar una explicación al porqué de su existencia y forma. De esta forma podemos saber que mediante ella se trata de proteger la salud pública, pues en esta clasificación, son ordenados los psicotrópicos, dando prioridad al problema que el consumo de éstos constituye para la salud nacional, poniendo en segundo plano el potencial de beneficio terapéutico que de estos se puede obtener.

Por otro lado, **los estupefacientes**, en la **Ley General de Salud**, no son clasificados bajo ningún parámetro, únicamente se proporciona un listado en orden alfabético de los compuestos químicos que son considerados como estupefacientes.

Es por ello que aún cuando la clasificación general que propongo es la misma que la establecida por la Ley General de Salud, los parámetros son diferentes, pues para clasificar a los narcóticos, se toma como referencia un común denominador: son drogas que actúan directamente sobre Sistema Nervioso Central, actuando a nivel físico y mental, sin embargo algunos tienen mayor efecto sobre las funciones físicas, en tanto que otros actúan sobre las funciones mentales, algunos disminuyéndolas, otros alterándolas (perturbando, inquietando o estropeándolas), modificándolas (limitando o restringiéndolas).

“En este orden de ideas, los narcóticos que *disminuyen* la sensibilidad, las funciones intelectuales, funciones motoras y producen **estupor** son conocidos como **estupefacientes**. Aquellos narcóticos que *alteran o modifican* la mente humana, distorsionando la percepción de la realidad, alterando la psique, son llamados **psicotrópicos**”.<sup>8</sup> Por estas razones, y bajo estos parámetros para efectos de esta investigación, he decidido adoptar la clasificación proporcionada por nuestra Ley General de Salud, como una clasificación general no de *drogas*, sino de narcóticos en psicotrópicos y estupefacientes.

---

<sup>8</sup> GOMEZ PAVON Pilar; “*Delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes*”; Segunda edición, Editorial Bosch, Madrid, España, 1995, p. 36-37.

### **1.3 Marihuana; definición y clasificación**

Antes de definir y clasificar a la marihuana, se deben proveer algunas referencias históricas, que ayudan a crear una visión general acerca de la marihuana, a vislumbrar la estigmatización que existe alrededor de dicha droga; y del problema que plantea su clasificación, no así su definición, pues como el lector lo notará, en hechos tan simples como lo son el ubicar su aparición y consumo en la historia de la humanidad, se han suscitado opiniones tan divergentes y contradictorias unas de otras, cada una de ellas afirma ser verdad creando una desinformación acerca del tema de la marihuana.

Por esta razón, en cuanto al aspecto histórico, la presente investigación se limitará a ordenar cronológicamente, la información recabada, referente a la aparición y el uso de la marihuana en el género humano.

Al parecer las primeras referencias de la marihuana—flor de la planta cáñamo--, provienen de un herbolario chino escrito según algunos, “en el año 2737 a.C.”,<sup>9</sup> según otros “en el año, 2730 a.C.”<sup>10</sup>, “2700 a.C.”<sup>11</sup>, según “Galeno 2000 a.C.”<sup>12</sup>, “en 1237 a.C.(durante el imperio chino de Sheng Nung)”<sup>13</sup>, y finalmente según otros no es hasta “el siglo II a.C. cuando este documento fue escrito”<sup>14</sup>.

Como se puede apreciar, en algo tan simple como establecer la época de una referencia escrita sobre la marihuana y su uso, se convierte ya en una controversia, aun cuando todos estos autores, se refieren al mismo herbolario chino, no están de acuerdo con las fechas en que fue escrito, discrepando unos de otros hasta dos mil quinientos años entre las fechas de su creación.

---

<sup>9</sup> Escobar, Raúl Tomas: *“Diccionario de drogas peligrosas”*; Sin edición, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, página 48.

<sup>10</sup> SMITH KLYNE & FRENCH LABORATORY: *International drug abuse manual*; Library of Congress, U.S.A. , 1996, 69p

<sup>11</sup> DIAZ MULLER Luis: *“El imperio de la razón”*, sin edición, Editorial UNAM, México 1994; página 45.

<sup>12</sup> Marco Polo: *“livre dus merveilles”*.

<sup>13</sup> Sanz de la Garza Joaquim H.; op.cit; páginas 487 y 488.

<sup>14</sup> Nató Alejandro: op.cit.; página 48.

Pero hay algo en lo que los investigadores concuerdan y es en los usos que se le daban la planta en cuestión, mismos que veremos a continuación:

En el imperio chino era utilizada con fines terapéuticos para el tratamiento de *artritis, malaria, asma, trastornos mentales, insomnio y depresión*, además de utilizarse como *sedante y analgésico*.

“La segunda referencia, proviene de una leyenda de medio oriente, difícil de comprobar y data de los años 1090 a.C. y 1256 a.C., a la cual el “*Livre des merveilles du monde*” del expedicionario Marco Polo hace referencia, describiendo el uso bélico que le daban los guerreros *haschichins* (asesinos), al servicio del jeque *Hassan Ibn al Sabbah* (el viejo de la montaña), pues solían ingerirla minutos antes de cada batalla, cobrando así tremenda fiereza durante el combate”.<sup>15</sup>

Es a partir de esa leyenda que en el medio oriente y en las regiones cercanas que la marihuana recibe nombre de *hacshish*, en alusión a los guerreros que la utilizaban.

“Una tercer y obscura referencia proviene de los asirios, quienes conocían el *cannabis* desde el siglo IX a.C., y lo denominaron “*qonmubu*”, la razón de la denominación y el uso dado no es del todo conocido”.<sup>16</sup> “El *Zend Avesta*—de los persas—habla sobre el uso de marihuana en ceremonias religiosas”.<sup>17</sup>

“En el siglo IV a.C., el historiador griego; Herodoto, en sus *Historias de guerras médicas*, describe el uso ceremonial que le daban los *escritas*—pueblo que mantuvo estrecho contacto con los celtas--, uso que se diferenció del que le daban los héroes griegos, que la utilizaban con fines bélicos”.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Escobar, Raúl T.; *op.cit*; página 48.

<sup>16</sup> Homs Sans De la Garza Joaquín.; *op.cit.*; pp. 487-489.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

“Una última referencia, apunta a la raza aria, quienes utilizaban la planta de cáñamo para la navegación, elaborando velas o *canvas*, y cuerdas ligeras y resistentes. Hay quienes les atribuyen el origen del nombre *cáñamo*, que proviene del término *canvas*, el cual servía para designar las lonas gruesas utilizadas como velas en sus embarcaciones, para fabricar sacos y tapices.”<sup>19</sup>

“Los botánicos del siglo XVIII, localizaron las primeras plantas de cáñamo en Siberia, en el Kavkaz—*cordillera de la ex-Unión de Republicas Socialistas, entre los continentes europeos y asiático, que se extiende entre el estrecho de Kerch, en el Mar Negro, y la península de Apsheron, en el Mar Caspio*—y en el norte de la India. Afirmaron que, ni los egipcios, hebreos y griegos, conocieron el cáñamo”.<sup>20</sup>

No debe evitarse resaltar lo disparatado de la anterior afirmación, pues en primer lugar el cáñamo, difícilmente podría existir en estado natural el Kavkaz, por la naturaleza del lugar, la cual se contrapone al ambiente que necesita esta planta para existir, pues mientras las condiciones climáticas del Kavkaz alcanzan temperaturas bajo cero, el cáñamo pertenece a lugares templados y húmedos, lo cual imposibilita su existencia en tales condiciones de frío extremo.

Por otra parte, referencias históricas ya mencionadas aluden al uso bélico de la marihuana, principalmente entre los grandes héroes griegos, contemporáneos a Herodoto. En cuanto a los egipcios y hebreos, no se ha encontrado vestigio si conocieron o no la marihuana. Y aunque las primeras plantas de cáñamo no proceden del Kavkaz, cerca de esa región, los campesinos arios dieron distintos usos a dicha planta, en la avicultura, sus semillas eran utilizadas como alimento de engorda para las aves de corral, en la gastronomía eran utilizadas como especia y la flor del cáñamo, es decir la marihuana, ahora fumada, en otrora era molida para ser utilizada como un potente fertilizante en la tierra.

---

<sup>19</sup> DÍAZ MÜLLER Luis; *op.cit.*, 50

<sup>20</sup> *Ibidem*.

Los árabes comercializaron con la marihuana en su área de influencia, se cree que en nuestro país, fue introducida por Pedro Cuadrado, compañero de Hernán Cortes.

En 1647, el alemán Hans Breuning, sostuvo que el cáñamo era ingerido en la corte persa. En 1678, Hericus von Rheede, publicó en Ámsterdam que en la costa Malabar “los indígenas fuman hojas de cáñamo”.

En 1798, cuando Napoleón realizó su campaña en Egipto, los científicos que lo acompañaron describieron y estudiaron someramente la planta y observaron algunos de sus efectos en las tropas francesas, finalmente Napoleón prohibió su consumo entre los efectivos militares en el año 1800. Se cree que fue la milicia francesa la que introdujo en Europa la cannabis, sin embargo, este último dato, como hemos visto, no puede ser cierto dado que los griegos y romanos ya la habían introducido durante los años de los grandes imperios, sin embargo su uso se había discontinuado, por lo que lo correcto sería hablar de un resurgimiento de su consumo.

Existen datos erróneos, sobre la fecha de introducción del cáñamo en Canadá, Norteamérica y Latinoamérica, pues la fecha que se maneja es 1920, pero como veré más adelante, “el cáñamo era ya utilizado a finales de la década de 1880. Más acertado parece ser el dato del incremento de su uso, primero entre la milicia y después, en los jóvenes norteamericanos, en la llamada generación *beat*, correspondiente al periodo de 1950 a 1960”<sup>21</sup>.

En nuestro país, la historia de su origen y consumo es un tanto diferente, sin embargo, esta será vista en un Capítulo posterior, por lo que no he de adelantar.

---

<sup>21</sup> LORET DE MOLA Carlos: “El negocio”; Sin edición, Editorial Grijalbo; México 1999, página 43 a 45.

Como se puede apreciar, los criterios históricos son muy diferentes unos de otros, y esto únicamente en lo referente al origen de la marihuana y al momento en que esta comenzó a ser utilizada, por lo tanto no es difícil imaginar el dilema que constituye ya no su definición, sino su clasificación médica, misma que en México da la pauta a la clasificación legal actual contenida en la Ley General de Salud, creando y fortaleciendo así el mito que encierra a la marihuana, ayudando a crear un ambiente de incertidumbre, desinformación, estigmatización e ignorancia que ronda acerca del tema, lo cual al momento de desnudar la verdad acerca de la marihuana resulta frustrante para todo investigador.

Ahora, vale la pena mencionar que a lo largo de la historia de la humanidad el consumo y uso de marihuana ha sido ampliamente practicado, sin que existan los registros correspondientes al fenómeno del narcotráfico, mismo que se originó a partir de las prohibiciones legales en lo relativo al cáñamo.

De la misma forma no existen evidencias de que su consumo, constituyera a lo largo de la genealogía del ser humano un problema de salud pública.

Así pues, resulta paradójico que aquellas ramas de la ciencia como lo son la medicina, sociología, criminología, penología y por supuesto el derecho mismo, que suponen estar al servicio de la humanidad, facilitando su existencia, convivencia, no complicándola, hayan hecho del consumo de marihuana un problema de dimensiones internacionales, y en el particular campo de acción del derecho provocando mediante la creación de leyes ineficaces el surgimiento del fenómeno del narcotráfico sin atender a la lógica y al principio legislativo de eficacia, el cual dicta que no se deben crear leyes, mucho menos aplicarlas, si estas generan más problemas de los que resuelven.

Un claro ejemplo de la premisa anterior es la prohibición al alcohol de 1920 en el país vecino del norte, a partir de ella Capone hizo su fortuna traficando con el alcohol, sustancia que hasta el momento de la prohibición circulaba libremente, hecho que originó en ese país un nuevo mercado que explotó para el narcotráfico y convirtió todo lo relacionado al consumo de alcohol en un problema de seguridad pública, solucionándose este problema hasta que la prohibición fue levantada.

Vale la pena mencionar, que el consumo y empleo de marihuana era ampliamente ejercido desde hace más de 4500 años y en ese entonces no existía el narcotráfico, por lo que no podía constituir un problema de seguridad pública así como tampoco consta registro de que su consumo fuera un problema de salud pública.

No es sino en durante la historia contemporánea que este consumo ha sido tratado como un conflicto de salud pública y al ser regulado equívocamente por el derecho penal, da luz al narcotráfico, un problema de seguridad pública. Resulta así pues, incongruente, que se haya hecho del comercio y consumo de marihuana un conflicto de tal magnitud.

### ***MARIHUANA- DEFINICIÓN***

Al tratar de definir a la marihuana, se debe comenzar por lo más sencillo, y siendo así, lo primero que se debe decir es que la marihuana es la flor de una planta llamada cáñamo, la cual pertenece al grupo de las moráceas, especie generalmente propia de los países cálidos, cuyo origen es inexacto, mientras unos dicen que proviene de la India, otros la ubican en China con una diferencia de hasta 1900 años.



“Su tamaño varía entre uno y seis metros de altura”<sup>22</sup>, existen datos sobre las propiedades medicinales, alucinógenas, enervantes, narcóticas, estupefacientes, y psicotrópicas de la flor. El cáñamo generalmente se da en las zonas de clima templado y tropical, de él se obtienen diferentes derivados como a continuación se muestra:

| USOS DE LA MARIHUANA   |   |   |
|--|---|---|
| TALLO  | SEMILLA   | FLOR  |
| De su tallo se fabrican cuerdas y lonas por cuya resistencia se utilizan principalmente para la navegación, así como para diferentes productos de la industria textil. | De sus semillas se han creado aceites y pinturas, son también utilizadas en la avicultura como alimento de engorda para aves de corral, en el arte culinario como especias. | En la agricultura sirve como potente abono, en el campo de la medicina ha tenido una amplia aplicación para tratamiento alternativo terapéutico en el caso de osteoartritis degenerativa, insomnio, estrés, depresión, vómito nervioso, glaucoma, así mismo para reducir y controlar la epilepsia; en enfermedades terminales como el sida y cáncer se ha ocupado para reducir los dolores provocados por estas enfermedades, incrementar el apetito del enfermo. |

La marihuana es una droga de origen natural que actúa sobre el sistema nervioso central, perturbando algunas de sus funciones, aumentando la capacidad auditiva, incrementando la sensibilidad de papilas gustativas, alterando la capacidad sensorial, distorsionando la percepción del tiempo, incrementando el *estado alpha*.

<sup>22</sup> GARCIA RAMIREZ Efraín: “Drogas: Análisis jurídico del delito contra la salud”; quinta edición; Editorial SISTA, México Distrito Federal, página 38.

Estas referencias no son suficientes para realizar una definición adecuada, por lo que someramente--debido a que esto es tema de otro capítulo—se mostrarán algunas de sus propiedades como droga, hecho que implica hacer referencia a los narcóticos y a sus propiedades, puesto que la marihuana posee algunas de las características de estas últimas, como son la reducción y alivio del dolor, por lo cual es susceptible de tener utilización en el campo médico.

Al hablar de la marihuana como una droga con propiedades narcóticas, he de referir los psicotrópicos, estupefacientes y a algunas propiedades de estos, mismas que también posee la marihuana pues al igual que aquellos, altera algunas funciones psíquicas y percepciones sensoriales, alterando el estado mental del consumidor, al igual que los estupefacientes tiene propiedades soporíferas, produce estupor y somnolencia en el cuerpo que la consume. Con esta información se cuenta con los elementos suficientes para realizar una definición propia de marihuana:

**Marihuana: Droga blanda de origen natural susceptible de uso médico, con propiedades narcóticas, psicotrópicas y estupefacientes, cuyo consumo no inhibe ni estimula el sistema nervioso central, sino que altera las funciones del mismo, actuando directamente sobre la actividad psíquica de quien la consume, pudiendo generar en algunos casos de consumo habitual dependencia psicológica.**

Se debe mencionar también el término drogas blandas proporcionado por la Organización Mundial de la Salud, para referirse a aquellas que pueden producir dependencia baja o nula a nivel físico, psicológico o ambas y diferenciarlas de las drogas duras.

Ahora bien, una vez definida la marihuana hay que clasificarla, es aquí donde comienza el problema pues es necesario señalar el o los juicios que se han de seguir para esta tarea, de igual forma mostrar las clasificaciones existentes y los criterios que se han seguido, para esto se han de dar antes algunos datos relevantes sobre la marihuana.

“Existen dos principales géneros de la especie del cáñamo, la planta macho, que fecunda a la hembra y que carece de las propiedades de la marihuana como droga y la planta hembra, la cual cuenta con la flor de marihuana”.<sup>23</sup>

“El consumidor puede realizar normalmente diferentes tareas bajo el influjo de la droga. Cuando la consume en compañía de otros tiende a hablar y reír fácilmente, cuando la consume solo tiende más a estar meditabundo y callado”.<sup>24</sup>

En la composición química de la planta se han encontrado alcaloides como la muscarina, polina y trigonelina. Se atribuye la potencia alucinógena al isomero THC, el cual alcanza en la resina de la planta en promedio el 0.5%.

“En 1903, Frankel obtuvo por destilación el cannabino. En 1940 se estableció que los principios psicoactivos se hallaban en el somero de THC, la resina contiene 61 sustancias cannabinoles, entre ellas el cannabino (CBN); cannabidiol (CBD); cannabigerol (CBG) y cannabicromeno (CBC)”.<sup>25</sup>

En 1925, la Convención de Ginebra la incluyó en los estupefacientes. “El THC eleva de manera significativa el nivel de serotonina cerebral, aumentando las ondas alpha y reduciendo las beta y theta, y aumenta la amplitud de respuestas precoces debido a la hiperactividad a estímulos sensoriales”.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> **M CARO Patricia:** “Drogas de abuso”; sin edición, Editorial La Rocca; Buenos Aires, Argentina, 1990 página 29.

<sup>24</sup> Smith Klyne 'n French Laboratory., sin título, sin edición, París, Francia, 2001 página 30, 120 páginas..

<sup>25</sup> **ASTOLFI GOTELLI:** *op.cit.*, paginas 11-14.

<sup>26</sup> *Idem.* página 15.

Ciertas áreas del hipotálamo desarrollan un aumento global de catecolaminas.<sup>27</sup>

La marihuana actúa sobre la psique humana. “Se cree que el ingrediente activo es el Tetrahydrocannabinol (THC) al cual se deben las propiedades de droga de la marihuana, sin embargo, nuevas evidencias apuntan a que las enzimas hepáticas al entrar en contacto con el THC, crean una reacción química, responsable de los efectos psíquicos desencadenados sobre el Sistema Nervioso Central”.<sup>28</sup>

### **MARIHUANA: CLASIFICACIÓN.**

Por el momento, en lo referente a la clasificación, la presente investigación se limitara a mencionar las distintas clasificaciones médico-legales que distintos organismos y cuerpos normativos a nivel nacional e internacional han realizado acerca de las drogas en general y de la marihuana en particular. Así las drogas se clasifican:

#### **“A) Por su efecto producido en el Sistema Nervioso Central:**

1. - *Depresoras.*- alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, etcétera;
2. - *Estimulantes.*- hojas de coca, cocaína, cafeína, anfetaminas, etcétera;
3. - *Alucinógenos.*- LSD, PCP, mezcalina, psilocibina, hongos diversos, etcétera;
4. - *Derivados del cannabis.*- marihuana, hashish, hashish líquido, otras preparaciones.

---

<sup>27</sup> ASTOLFI GOTELLI: *op.cit.* p.15

<sup>28</sup> GARCÍA RAMIREZ Efraín; *op.cit.*; páginas 38 y 39.

**B) Por su origen:**

1. - *Naturales*: opio, hojas de coca, marihuana, hongos alucinógenos, peyote, etcétera.
2. - *Químicas*: Morfina, codeína, heroína, cocaína, LSD, psilocibina, etcétera.
3. - *Sintéticas*: Depresores, estimulantes y alucinógenos.

**C) Por la dependencia y tipo de dependencia producida:**

1. - *Dependencia psicológica fuerte*.- Opiáceos y cocaína;
2. - *Dependencia psicológica media*.- Alcohol, hipnóticos, nicotina, vecamina;
3. - *Dependencia psicológica baja*.- Alucinógenos y marihuana.
4. - *Dependencia física fuerte*.- Opiáceos y alcohol;
5. - *Dependencia física media*.- Hipnóticos;
6. - *Dependencia física baja*.- Nicotina y cocaína;
7. - *Dependencia física nula*.- Vecamina, alucinógenos y marihuana;

**D) Por la tolerancia desarrollada por su consumo habitual:**

1. - *Tolerancia fuerte*.- Opiáceos y vecamina;
2. - *Tolerancia media*.- Hipnóticos y alucinógenos;
3. - *Tolerancia baja*.- Alcohol y nicotina;
4. - *Poca tolerancia*.- Marihuana y cocaína.

**E) Por su peligrosidad, según tabla de la OMS:**

1. - Opio y derivados, metadona, heroína y morfina;
2. - Barbitúricos y alcohol;
3. - Coca, cocaína, anfetaminas y derivados; y
4. - LSD, marihuana y mezcalina.

**F) Por su regulación legal:**

1. - *Prohibida su fabricación y comercialización*: Heroína, coca, cocaína, marihuana y sus derivados—como se mostrará adelante, en algunos países europeos la comercialización de la marihuana es permitida--, LSD, alucinógenos e inhalantes.

2. - *Permitida su comercialización con autorización facultativa*: Metadona, morfina, codeína, anfetaminas y sus derivados, barbitúricos, ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos (de igual forma la marihuana es prescrita con autorización facultativa en dichos países del viejo continente y en Canadá).

3. - *Permitida su comercialización libre*: Alcohol, cafeína y tabaco”.<sup>29</sup>

#### **1.4 Estado y sus fines**

Es pertinente y necesario hablar sobre los fines para y por los cuales fue creado el Estado, pues la realización de estos son su razón de ser, dándole sentido a su existencia, para el cabal y adecuado cumplimiento de ellos el Estado debe desarrollar una política integral que dará dirección a la forma de gobierno que éste adopte.

Dicha política será la directriz y adecuada a una realidad social debe sentar las bases que guiarán el actuar del Estado, atendiendo a factores como el político, económico y legal, dentro de los cuales se deberá desarrollar la actividad gubernamental encaminada a la consecución de sus fines.

---

<sup>29</sup> NATO ALEJANDRO; *op.cit.*; paginas 24-26.

Se debe recalcar la importancia de esta política de Estado que debe ser integral porque en su creación se deben tener en cuenta todos los factores que conforman la realidad social de un país: su situación social, económica, política, sus necesidades, recursos humanos, económicos, naturales y sociales, para así crear una infraestructura social adecuada a la realidad de la nación en todos sus ámbitos.

La política de gobierno de un país es de tal importancia y vitalidad para la nación y el Estado, que si ésta es mal planeada o mal desarrollada el Leviatán se convertirá en un ser lerdoso, torpe e ineficiente provocando una serie de problemas hacia su interior, que como cáncer crecerán hasta provocar su destrucción.

De los fines del Estado nos ocupan dos de ellos, la protección y preservación de la salud pública y la seguridad pública, así como la actividad gubernamental que el Estado desarrolla para cumplir con tales fines y así surgen varias preguntas que sin ser obligadas no deben esperar:

- ¿Son correctas y adecuadas para nuestra realidad, las políticas que el Estado ha desarrollado para procurarnos la seguridad pública, así como para proteger y conservar en un buen nivel la salud de la Nación?
- ¿Han sido estas políticas efectivas, es decir han solucionado las dolencias de nuestro país, para las que fueron creadas y desarrolladas?
- ¿Su aplicación ha creado mayor cantidad de problemas o problemas más graves de los que supone deberían solucionar?

Si ha sido así, el gobierno mexicano debe urgentemente, replantear las directrices de su gobierno, ahora que aún es tiempo. Basándose en la realidad social del país, teniendo en cuenta las necesidades de la población, los recursos a su disposición y sus limitaciones mismas, debe desarrollar nuevos métodos que de forma eficaz le ayuden a cumplir cabalmente los fines para los cuales fue creado y a los cuales su existencia esta íntimamente ligada.

Comenzaré pues con el primero de los objetivos del Estado: la procuración y protección de la salud pública.

#### **1.4.1 Estado y salud**

Para la realización de cada uno de sus fines, el gobierno del Estado mexicano debe desarrollar una política específica y concreta, tomando en cuenta la realidad total que en ese momento rige en la nación bajo su dirección. Para ello crea en primera instancia, instituciones legales que después se han de materializar y para ello se vale, por supuesto del derecho y sus distintas ramas, así como de otras ciencias tales como sociología, medicina, economía, ciencias políticas, biología, etcétera.

Es así pues que para preservar la salud pública, el Estado teniendo en cuenta la realidad social que envuelve al país, debe legislar el marco sobre el cual se desarrollarán todas las acciones encaminadas al cumplimiento de este objetivo.

El Estado ha recurrido al Derecho Administrativo para crear el marco legal referente a su actuar en materia de salubridad, mediante el Derecho se han creado diversas leyes, normas y reglamentos, caso concreto lo es nuestra Ley General de Salud y para aquellos casos excepcionales, el Código Penal Federal, así como diversas instituciones administrativas gubernamentales como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social y demás instituciones médicas de interés social, todos ellos pertenecientes al sector salud, que ayudan al Estado en el cumplimiento de este fin: crear un estándar en la salud pública, mantenerlo y protegerlo.



Ahora bien, la rama del Derecho encargada de regular esta actividad del Estado mediante instituciones del sector salud, es el Derecho Administrativo, por el momento haré a un lado al Derecho Penal, el cual debe ser la última rama jurídica a la que se ha de recurrir para regular una conducta, si es que ésta puede ser controlada por otros medios, otras instancias, otras ramas del Derecho.

Y si por el momento olvidamos la existencia del Derecho Penal, esto implica que aquellas conductas que atentan contra la salud pública, deben ser reguladas por la rama del Derecho encargada de reglamentar este sector, es decir el Derecho Administrativo, y a través de las instancias para él establecidas, y si éste no resulta efectivo para solucionar el conflicto, entonces se tendrá que recurrir al Derecho Penal.

Claro está, hay conductas que atentan contra la salud pública en forma sumamente grave, y por ser esa su naturaleza no queda otra opción mas que recurrir a la norma penal para sancionar severamente dicho actuar, sin embargo ¿Es éste el caso de la producción, consumo, venta y almacenamiento de la marihuana? Si el consumo de marihuana es concebido socialmente como una adicción, ¿No es entonces el adicto un enfermo y al igual que el alcohólico, debe recibir el tratamiento adecuado del sector salud, el cual es regulado por el derecho administrativo? ¿No debe ser tratado como un alcohólico?

El consumo generalizado de marihuana puede constituir un problema de salud pública y como tal debe ser tratado por los medios para ello establecidos. Por otra parte, el problema del narcotráfico, derivado como mostraré más adelante de la prohibición inicial al consumo, constituye un grave problema de seguridad pública que debe ser resuelto por medio de las normas penales.

Al hacer referencia a la procuración y preservación de la salud pública, se ha de hablar de la seguridad social, pues esta tiene como finalidad, garantizar el derecho a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Entonces, es la seguridad social una herramienta auxiliar del sector salud y a su vez del Estado, para ayudarlo en la realización de algunos de sus fines como la conservación y protección de la salud pública. Y como tal auxiliar que es también lo regula el derecho administrativo mediante la Ley del Seguro Social.

#### **1.4.2 Secretaría de Salud**

Al tocar este punto, la historia clama por ser evocada, para dar sentido al presente. La Secretaría de Salud, representa actualmente, la unificación del mando de los servicios médicos nacionales, es decir, del sector salud, el cual se antoja como un gran pulpo con decenas de tentáculos, los cuales actúan bajo el mando del cerebro: la Secretaria de Salud y para explicar los orígenes de esta así como razones y causas por las cuales surgen tales instituciones, qué mejor que remitirnos a la historia de este sector.

El primer antecedente de los esfuerzos materializados y dirigidos a la protección y conservación de la salud pública es como todo organismo incipiente, rudimentario, sencillo, poco elaborado y data de la época virreinal en nuestro país, siendo más exacto el día primero de Enero de 1791 en el actual Estado de Sonora, a petición de Enrique de Grimarest intendente de la entonces provincia, el virrey de Quemes y el segundo conde de Revillagigedo Pacheco de Padilla, se tomó la decisión de alquilar o comprar una casa en Arizpe, para establecer ahí un hospital, el cual quedaría a cargo del gobierno local, utilizando para su construcción y manutención los fondos recaudados del impuesto del mezcal.

Posteriormente, de mil setecientos setenta y cuatro(1774) a mil setecientos setenta y cinco (1775) se editó una obra de Pfefferkorn, denominada *Descripción de la Provincia de Sonora*, donde se evidencía la precaria situación que regía en el lugar en cuestiones de salubridad pública, pues no había ahí ni médicos ni cirujanos, tan solo aborígenes que ejercían la brujería.

Sin embargo, poca atención fue prestada a la obra Pfefferkorn por el gobierno federal pues no fue sino hasta 1831, cuando la situación se tornó un tanto crítica que se elaboró el primer Código Sanitario.

La misma indulgencia mostró el Protomedicato ante la obra de Pfefferkorn y poco después gran parte de sus funciones en materia de salubridad pública fueron delegadas al entonces recién creado Consejo Superior de Salud, al cual el veinticinco de Enero de mil ochocientos setenta y dos, treinta y un años después de su nacimiento--en mil ochocientos cuarenta y uno--, le fueron asignadas las funciones de dictar las medidas de salubridad pública tanto en estado normal, como en epidemia, sin embargo las deficiencias de este Consejo, se evidenciaron en Agosto de 1883, fecha en que el "Newbern" --un barco de vapor de carga y pasajeros, originario de San Francisco, California--, arribó a las costas de Guaymas, Sonora. Entre los treinta y siete pasajeros se contaban veintinueve mexicanos, cuatro chinos, tres norteamericanos, dos turcos y un alemán.

El entonces capitán de puerto Ricardo Pallas, así como las autoridades sanitarias otorgaron su anuencia para que los pasajeros del "Newbern", todos con destino a Sonora, desembarcaran el mismo día de su llegada, pues todo parecía indicar que carga y pasajeros se encontraban con sus papeles en regla, y, estos últimos sin sospecha alguna de sufrir un padecimiento infecto-contagioso que ameritara cuarentena, sin tener idea del peculiar huésped que en ellos se albergaba, el "*pasajero*" treinta y ocho hizo su aparición dos días después del desembarco: dos de los pasajeros del buque proveniente de San Francisco, enfermaron de un mal desconocido, que pronto reveló su identidad, pues cuando los médicos del puerto examinaron a los enfermos, determinaron que se encontraban en presencia de la fiebre amarilla, la cual sigilosamente, quizá había "*abordado*" al "NEWBERN" y a sus pasajeros en Mazatlán, Sinaloa.

A finales del mes de Agosto de 1883, la enfermedad, cual hiedra venenosa y como toda plaga se había extendido hacia todos los barrios bajos de Guaymas. A pesar de los esfuerzos del gobierno local y federal, el virulento "*pasajero*" hacia acto de presencia en Hermosillo, Sonora.

Ya en la época revolucionaria de nuestro país, el Consejo Superior de Salud, llegó al ocaso de su vida, siendo sustituido en mil novecientos catorce por el Consejo de Salubridad, cuya efímera y fugaz vida duro únicamente tres años, durante los cuales compartió sus facultades en materia de salubridad, con la Secretaría de Gobernación. Su existencia bien cierto, duró muy poco, “pues en mil novecientos diecisiete, en el Congreso Constituyente de Querétaro, Querétaro, el mal informado Dr. J. M. Rodríguez, propone la creación de un Consejo de Salubridad General, esgrimiendo como segundo argumento el siguiente:

***“Como la degeneración de la raza mexicana es un hecho demostrado también por los datos estadísticos, sacados principalmente de la Ciudad de México [.....] es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza, proveniente principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etcétera, sean dictadas con tal energía que contrarresten de una manera efectiva y eficaz, el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas para la salud”<sup>30</sup>.***

---

<sup>30</sup> Congreso Constituyente 1916-1917; “Diario de debates”; tomo II; edición facsimilar; INEHRM; México Distrito Federal, Archivo General de la Nación, archivo de la Secretaria de Salud y Asistencia; Fondo Salubridad Publica; Fondo de Servicio Jurídico, caja 2, expediente 2; página 198, 647 páginas

Así fue que en mil novecientos diecisiete, de acuerdo al artículo setenta y tres Constitucional, se crea el Departamento General de Salubridad General, el cual bajo el mando del Consejo de Salubridad General, tuvo como principal objetivo la creación de campañas, contra lo que se identificó como “**el alarmante incremento de la intoxicación por inyecciones**”<sup>31</sup>.

Sin embargo dichas campañas no fueron desarrolladas sino hasta mil novecientos treinta y uno, año en que se aprueba el Reglamento General de Toxicomanías.

Durante la década de los treinta se crea el Hospital General de México, tiempo después el modelo se extendió a veintitrés ciudades de nuestro país, comenzando una serie de construcciones de Hospitales Generales Estatales. Sin embargo cada uno de ellos fue creado en un período largo, y estos entes actuaban tomando sus propias decisiones, aun cuando ya existía la dependencia de Salubridad y Asistencia.

En el año de mil novecientos treinta y siete se crea el Departamento de Asistencia Infantil, el treinta y uno de Diciembre de ese mismo año este organismo se fusiona con la Beneficencia Pública, dando origen a la Secretaría de Asistencia Pública, la cual llega a su fin después de seis años, cuando en mil novecientos cuarenta y tres, durante el periodo de Ávila Camacho, se establece y crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, culminando así, los esfuerzos por unificar el mando de los servicios de salud nacional. Finalmente, durante el sexenio presidencial de Miguel de la Madrid, se crea la Secretaría de Salud.

Y bien, todo este embrollo de antecedentes, sirve para explicar el papel que juega la Secretaría de Salud dentro del marco de la presente tesis y más aún para reivindicar el papel de la misma dentro de la vida social nacional, pues el rol que esta institución desempeña ha sido menospreciado en cuestión de la política de drogas, que en el caso de México es una política antidrogas, pues es a la Secretaría de Salud a quien corresponde el desarrollo de la investigación médico-científica en el campo de las drogas, la creación de campañas informativas y preventivas acerca de la realidad de las drogas.

---

<sup>31</sup> Periódico *Excelsior*, 8 de Julio 1919.

La importancia de la Secretaría de Salud dentro de la creación de una nueva política de drogas es tal, que desde el marco administrativo en el que su vida se desarrolla, se puede iniciar una lucha contra el narcotráfico y la prevención de delitos contra la salud, sin la necesidad de llegar al área de acción del derecho penal y por lo tanto si el consumo de drogas, constituye un problema de salud pública, los consumidores deben ser objeto de acción de la Secretaría de Salud y por lo tanto del derecho administrativo, no del derecho penal, el cual en todo caso, **debe concentrar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico, no contra el consumo de drogas.**

A continuación se enuncian algunas de las funciones de la Secretaría de Salud, las cuales son acreedoras del análisis y atención del lector, pues la vitalidad de ellas es grande en el campo de la presente tesis. A la Secretaría le corresponde a nivel nacional, entre otras muchas tareas:

1. - “La coordinación sectorial de los Centros de Integración Juvenil, A.C.”<sup>32</sup> los cuales son encargados de reivindicar, entre muchos otros, a los consumidores y adictos a las drogas, de igual manera la realización de campañas informativas sobre las drogas.

2. - “La presidencia del Consejo Nacional Contra las Adicciones”<sup>33</sup>, que en el caso de la marihuana, como se planteará más adelante, se trata en todo caso, de una adicción psicológica menor, salvo excepcionales casos y circunstancias bajo las cuales puede darse una adicción física, por lo que no exclusivamente los consumidores de marihuana, sino de drogas y los adictos en general, deben ser materia de estudio y acción de dicho Consejo, a cuya presidencia se encuentra el Secretario de Salud.

Y si el consumo de marihuana, se ha convertido en una adicción psicológica, estamos ante una patología mental, la cual en principio, no debe ser objeto de las normas penales, pues tal como lo establece el artículo setenta y dos de la Ley General de Salud:

*“La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la*

---

<sup>32</sup> Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo cuarto; fracción VII; Editorial SISTA, México 2006

<sup>33</sup> *Ibíd.* Artículo cuarto apartado F, numeral V; Editorial SISTA, México 2006.

*conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental*<sup>34</sup>.

Esta prevención debe promover la salud mental mediante información **veraz y oportuna**-- lo cual implica destruir el tabú acerca de las drogas y la desmantelación de la política antidrogas, pues como en el caso del sexo y de las consecuencias de su práctica, como son embarazos no deseados, transmisión de enfermedades venéreas, de las cuales algunas resultan mortales, lo mismo sucede en el caso del consumo de drogas y al igual que en el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, enfermedad que no será erradicada mediante la prohibición de la práctica sexual.

Así la solución al alcoholismo y tabaquismo, adicciones que cobran numerosas víctimas al año, no podría ser evitar la venta de dichos productos, sustancias más nocivas para la salud física y mental que la marihuana, siendo así ¿Por qué se permite la libre comercialización de dichos productos?

---

<sup>34</sup> **Ley General de salud**; artículo setenta y dos; Editorial SISTA; edición 2006.

Después de este paréntesis, hay que continuar con las tareas de la Secretaría de Salud.

Le compete a la Secretaría de Salud el internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, como son los Centros de Integración Juvenil A.C., así como muchos otros del sector salud. En este punto el actuar de dicha institución gubernamental se ajustará a los **principios éticos y sociales**—lo que implica adecuar dicho internamiento para tratamiento, que incluye la rehabilitación, a nuestra realidad histórica-social--, además de los **requisitos científicos y legales**—para lo cual se requiere una verdad científica, resultado de las investigaciones desarrolladas en nuestro país y apoyándose en las realizadas en otros lugares del globo.

Es la Secretaría, mediante el resultado de investigaciones médico-científicas, la que da la pauta para la elaboración de normas en materia de drogas--que ***determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.***

3. - Debe promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud;

4. - Coordinar el Sistema Nacional de Salud, el cual tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la salud, coadyuvar a la modificación de patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actividades relacionadas con la salud, debiendo determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, así como impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;



5. - Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud y por último;

6. - Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.

Aunque la Secretaría de Salud coordina el Sistema Nacional de Salud--el cual se divide en tres tipos de servicios de salud: servicios de atención médica; servicio de salud pública y servicios de asistencia social--, no es esta institución la autoridad superior en materia de salud, pues antes de ella se encuentran el presidente de la República, después el Consejo de Salubridad General, el cual depende directamente del Poder Ejecutivo Federal, según lo dice el artículo setenta y tres, fracción dieciséis, base primera Constitucional.

Es a ese Consejo que le compete, entre otras funciones, la de **dictar las medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas**, mismas que serán revisadas posteriormente por el Congreso de la Unión. De igual forma le compete analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de adiciones o reformas a la misma.

El objeto de dicha competencia es el de comprobar que las normas actuales fueron formuladas en base a una realidad cierta y son las adecuadas para la realización del derecho a la salud, el cual presupone la prestación de los servicios básicos, como el de atención médica, que se refiera al conjunto de servicios médicos que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, cumpliendo así una función preventiva, curativa y de rehabilitación.

Finalmente se debe decir que todas estas palabras han sido necesarias para plantear una idea acerca del consumo de drogas en general y de la marihuana en particular, así como para establecer el papel que la Secretaría de Salud juega en una nueva visión para el desarrollo de una política de drogas.

Como antes se mencionó, es aquel organismo el encargado de establecer las verdades científicas y médicas acerca de las drogas, efectos y consecuencias de su consumo, verdades que han de ser explicadas clara y detalladamente en su totalidad, para que así el derecho penal, apoyado en ciencia como la Sociología y Criminología, cree normas apolíticas, adecuadas a nuestra realidad social y verdaderamente efectivas, con miras a mejorar la situación social de nuestro país, en el muy concreto caso de la drogadicción y narcotráfico, así como de las causa, efectos y consecuencias en la salud y seguridad de nuestra Nación

### ***1.4.3 Estado y derecho penal***

Ya sentados como antecedentes la información dada, se debe hablar del Derecho Penal como una herramienta del Estado para combatir la inseguridad, más no la única y sí la ultima si las conductas humanas pueden ser reguladas por otras ramas del Derecho.

Dadas las opiniones anteriores abreviaré en este punto, pues ya se ha resaltado la importancia de solucionar los problemas de las conductas sociales por otros medios jurídicos y la importancia de estos en el combate a la inseguridad pública nacional.

Así es que el Derecho Penal debe enfocarse, en el caso concreto de la drogadicción y narcotráfico, únicamente a los narcotraficantes y a la actividad de estos últimos: la comercialización ilícita de drogas.

La premisa anterior implicaría dejar fuera del campo de acción del Derecho Penal a los consumidores de drogas, ya que como se dijo antes la drogadicción es problema de las autoridades sanitarias y el narcotráfico en nuestro país no terminaría aún si el consumo nacional no existiera, como ya se mencionó México no solamente es potencia mundial productora de marihuana--de la cual los Estados Unidos de Norteamérica es el principal consumidor—sino también un puente de tránsito de muchas otras drogas con destino al país del norte, por lo que una prohibición para nuestro caso, no deriva en una solución, al contrario la historia muestra cómo ésta sirvió de catalizador o creador del narcotráfico causando un problema mayor al que pretendía solucionar, la drogadicción.

Debido a que en el presente trabajo, existe un Capítulo destinado a mostrar la historia y orígenes del narcotráfico y drogadicción en nuestro país no se ahondará más en el tema, se recalcará específicamente la importancia del Derecho Penal en cuanto al narcotráfico y la importancia de las normas penales en cuanto a la solución de problemas sociales, ante la elaboración de las cuales deben tomarse en cuenta los siguientes principios mencionados ya con antelación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe cuestionar el actuar y eficacia del Derecho Penal en la lucha por brindar seguridad a la Nación mexicana, analizando los hechos pasados y actuales para prevenir las consecuencias futuras.

## **CAPÍTULO II: MARCO JURÍDICO**

### **2.1 Legislación mexicana**

En este apartado se analizarán los distintos cuerpos jurídicos elaborados en nuestro país y aplicables al presente trabajo.

### **2.2. Ley General de Salud**

Este cuerpo normativo fue creado a inicios del sexenio presidencial de Miguel de la Madrid, como resultado de uno de los objetivos de su campaña política, en la cual pugnaba por elevar a grado Constitucional el derecho a la salud, hecho materializado en nuestro actual artículo cuarto Constitucional.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de Febrero de mil novecientos ochenta y cuatro, su entrada en vigor fue el primero de Julio de ese mismo año y esto trajo como consecuencia la derogación de su antecesor el Código Sanitario de mil novecientos setenta y tres.

Entre muchas otras cosas, esta Ley reglamentaria del artículo cuarto Constitucional, establece directrices generales, bajo las cuales se desenvuelve el actuar del sector salud mexicano, de igual forma establece objetivos prioritarios en materia de salud, salubridad y asistencia pública, a algunos de los cuales has sido ya referidos en el Capítulo anterior, como es el caso de la salud mental.

Dicha ley refiere también las autoridades en materia de salud pública, así como sus facultades y obligaciones. Al igual que otros cuerpos normativos, distintos de nuestro Código Penal, en ella se describen determinadas conductas calificadas como delitos y también se contienen las penas correspondientes a dicho tipos penales aunque estos elementos de la Ley General de Salud, son importantes y útiles para este trabajo, por el momento, se postergará su estudio y análisis

Me enfocaré por ahora en el estudio y análisis de la clasificación de drogas contenidas en los artículos doscientos treinta y cuatro y doscientos cuarenta y cinco de dicho cuerpo normativo, así como los criterios seguidos para la realización de dicha tarea clasificativa, ya que para la presente investigación es necesario saber si dichos criterios son los adecuados, y si es así, conocer sus fundamentos, si su aplicación ha sido correcta, concretamente al clasificar la marihuana.

Se pregunta uno, ¿Si la actual clasificación de la marihuana, dentro de la tabla proporcionada y contenida en la Ley General de Salud, es resultado de estudios científicos, médicos, sociológicos y criminalísticos? Si es así ¿De cuándo datan dichos estudios? O más bien ¿Dicha clasificación, lejos de atender a una realidad y beneficio de la sociedad, atiende a intereses económicos y políticos de algunos cuantos individuos y países que se benefician de las consecuencias de dicha clasificación?

¿Por qué nuestro gobierno no hace pública la información en la que basó sus criterios de clasificación así como las consecuencias y efectos de su venta y consumo? ¿Existen dichos estudios en nuestro país, o estos fueron realizados por otras naciones u organismo internacionales?, siendo así, ¿Nuestro gobierno se limitó a adoptar criterios y resultados?

Sin embargo, a pesar de estas dudas, debo comenzar con la tarea que me ocupa; la clasificación de drogas hecha por la Ley General de Salud que es utilizada por el derecho penal, para determinar alguno de los delitos contra la salud y sus respectivas penas, esto en lo concerniente en materia de narcóticos.

### **2.2.1 Criterios de la Ley General de Salud para la clasificación de narcóticos**

La Ley General de Salud emplea, erróneamente, el término *narcóticos* para referirse a las *drogas* en general, cómo si éstas fueran una *especie* y los *narcóticos* el género, en tanto que lo correcto sería emplear el término *droga* en lugar de *narcóticos*, ya que estos últimos son solamente una *especie* de *droga* que se caracterizan por ser inhibidoras del Sistema Nervioso Central; por otro lado existen algunas *drogas* que alteran y otras que estimulan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, las cuales no son *narcóticos* y sin embargo están clasificadas por la Ley dentro del término *narcóticos*.

Ahora bien dentro de este marco de ideas, la Ley General de Salud divide en dos grupos a los *narcóticos*: *estupefacientes* y *substancias psicotrópicas*. En la primera de estas divisiones, contenida en la tabla del artículo doscientos treinta y cuatro del ordenamiento en cuestión, no se observa clasificación alguna, solamente se enumeran a los estupefacientes, incluyendo en ellos a la marihuana.

Del precepto legal anterior no se desprende ningún criterio para la “inclusión de la marihuana en el grupo de los estupefacientes, salvo que asumamos que nuestro gobierno ha adoptado el criterio internacional de la Convención Única de mil novecientos sesenta y uno”<sup>1</sup>, o tal vez sea debido a alguno de los múltiples convenios internacionales que “México ha suscrito en materia de cooperación para la lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”<sup>2</sup>.

En ambos casos se trata de un criterio internacional acogido por México para la clasificación de estupefacientes, basado en las propiedades de la droga y siendo así, el papel de México no debería solamente limitarse a seguir dichos criterios, sino yendo más allá, debe realizar sus propios estudios.

---

<sup>1</sup> Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Enmendada por el Protocolo de 1961 sobre estupefacientes

<sup>2</sup> Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1988

Dichos estudios no deben limitarse solamente al área médico-científica, sino también en el campo social y criminal, para así enriquecer los resultados aportados en el ámbito internacional en materia de drogas, y cerciorarse de lo que implica la adopción de un criterio internacional, el cual, no sólo debe ser el más cercano a la verdad científica, sino también debe ser el más adecuado para ayudar a mejorar la situación social, claro está atendiendo a los objetivos que buscan alcanzarse y la realidad socio-histórica del país.

Por otra parte el artículo doscientos cuarenta y cinco del ya citado ordenamiento legal, no hace referencia tal cual a la marihuana en la tabla de clasificación correspondiente a los psicotrópicos, sin embargo sí clasifica al ingrediente activo de esta droga: el THC (tetrahidrocannabinol), al cual se le atribuyen todos los efectos producidos en el organismo por el consumo de droga; es así que la Ley General de Salud clasifica por un lado a la marihuana como estupefaciente y a su sustancia activa como un psicotrópico.

De la lectura del citado artículo se observan principalmente dos criterios de clasificación de psicotrópicos: ***el valor terapéutico de la droga y el problema que su consumo representa para la salud pública*** y en base a estos se realiza una clasificación de cinco grupos.

En este caso, a diferencia de los estupefacientes, México no adoptó un criterio internacional, como lo es el proporcionado por la Organización Mundial de la Salud. A decir verdad es difícil establecer el origen del que son resultado dichos criterios de clasificación y también es difícil establecer porque la contradicción de la misma ley, al clasificar a la marihuana como un estupefaciente y a su sustancia activa el THC y se reitera, a la que se le atribuyen todos los efectos producidos por la marihuana, y sin el cual, ésta no sería mas que una planta común y corriente, estos criterios de clasificación se contraponen, creando una paradoja jurídica.

Los criterios utilizados por el legislador en el artículo doscientos cuarenta y cinco de la Ley General de Salud resultan erróneos, pues el primero de ellos, referente al **valor terapéutico** del THC--el cual no se encuentra aislado en la naturaleza pues está contenido solamente en la marihuana--según la tabla de clasificación, este es nulo, sin embargo la marihuana, y por consecuencia el THC, actualmente en países como “Canadá y Holanda es utilizada como tratamiento médico alternativo.

En la marihuana existen más de 60 químicos que tienen valor medicinal y pueden ser extraídos y usados para propósitos específicos como el tratamiento de:

| <b>Usos Médicos de la Marihuana</b>   |   |
|---|---|
| <b><i>Nauseas y vómito causados por la quimioterapia en el tratamiento de cáncer.</i></b> | <b><i>Depresión, y otros problemas emocionales.</i></b> |
| <b><i>Estimular el apetito y evitar la pérdida de peso por el SIDA.</i></b>               | <b><i>Asma.</i></b>                                     |
| <b><i>Espasmos musculares y dolor crónico de la esclerosis múltiple.</i></b>              | <b><i>Insomnio.</i></b>                                 |
| <b><i>Epilepsia.</i></b>  | <b><i>Distonia.</i></b>                                 |
| <b><i>Cuadriplegia y otros desórdenes similares.</i></b>                                  | <b><i>Ecleroderma.</i></b>                              |
| <b><i>Migrañas.</i></b>   | <b><i>Mal de Crohn.</i></b>                             |
| <b><i>Púrito severo.</i></b>  | <b><i>Gastroparesis diabética.</i></b>                  |
| <b><i>Osteoartritis crónica-degenerativa.</i></b>   |   |

Ante estas nuevas evidencias, debe haber una reconsideración acerca del valor médico de la marihuana y del THC”.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> LARA Alhelí; Periodico REFORMA; Sección Nacional 2A, México Distrito Federal, Lunes 10 de Mayo 2004.



Con relación al segundo criterio de clasificación, “utilizado en el artículo doscientos cuarenta y cinco de la Ley General de Salud, referente al problema que el consumo de la droga representa para la salud pública, se considera que el consumo de THC y por lo tanto de marihuana, constituye un problema especialmente grave para la salud,”<sup>4</sup> suposición que contradice los resultados obtenidos por distintos países y organismo internacionales, de los que daré cuenta a lo largo de mi tesis, en los cuales se demuestra el bajo riesgo que el consumo de marihuana representa para la salud humana, criterio apoyado por la Organización Mundial de Salud, considerando que dicho peligro es menor al del alcohol y tabaco, pues en cuanto a “peligrosidad por consumo, esta se ubica en el cuarto y último grupo, en tanto que el alcohol se encuentra en el segundo grupo, además dentro de esta tabla la marihuana es considerada como una droga blanda”.<sup>5</sup>

Las directrices y parámetros seguidos por el legislador para determinar la peligrosidad del consumo de drogas en general y de la marihuana en particular, son ciertamente desconocidas, sin embargo en base al daño potencial que una droga puede provocar en la sociedad, son cuatro los elementos que deben observarse al momento de determinar la peligrosidad de ésta, los que se muestran a continuación:

**A.- El grado de tolerancia desarrollado por el individuo hacia la droga**, esto es, la adaptación del organismo para funcionar en presencia de la droga, desarrollando una resistencia a la droga, lo cual se traduce en la administración de una mayor dosis para producir el mismo efecto, mismo que se encuentra sujeto al organismo de cada individuo, a la frecuencia de consumo y potencia o calidad de la droga, este último factor no es tan fácil de determinar, pues en el caso de la marihuana, la potencia es determinada por el porcentaje de THC concentrado en la flor, el cual varía mucho debido, no solamente a la diversidad de tipos de cáñamo que existen en el mercado, sino también depende de las propiedades climáticas del lugar de siembra, el momento de cosecha, tiempo de secado y cuidados suministrados a la planta.

**B.- Grado de adicción o dependencia provocado por el consumo de la droga.** “La dependencia, es la necesidad del organismo, y la sujeción de la voluntad del individuo a

---

<sup>4</sup> Ley General de Salud; artículo 245; Editorial SISTA; México Distrito Federal, 2006.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud: Tabla de peligrosidad de drogas.

continuar consumiendo la droga”,<sup>6</sup> sin lo cual se presentaría el síndrome de abstinencia, el cual se debe a la interrupción en el consumo de droga, esto a nivel orgánico, pues a nivel psicológico, la adicción se traduce en el deseo que surge en el individuo por continuar consumiendo la droga.

Aquí, es necesario aclarar que el consumo de marihuana produce solamente dependencia psicológica, no orgánica, salvo cuando esta es suministrada durante períodos de depresión, en cuyo caso se desarrolla una dependencia física baja hacia la droga, a diferencia del gran poder adictivo de los antidepresivos legalmente comerciales.

**C.-** Estos dos factores de determinación de peligrosidad de una droga, conducen al tercero, y al medular; ***el daño a la salud provocado por el consumo de la droga***, al cual ayudan a definir sus antecedentes, el grado de tolerancia, el grado de dependencia y el tipo de dependencia o adicción, y dentro de este factor se debe determinar concretamente los daños producidos en el organismo por el consumo de la droga, esto es, o son, los padecimientos que sufre el cuerpo humano que consume la droga, las enfermedades que presentará como consecuencia del consumo y determinar dichos padecimientos como se ha hecho en el caso del alcohol, al determinar los órganos que son dañados por su consumo, tal como estómago, riñones, hígado, cerebro, y como consecuencia el consumo puede derivar en cirrosis, o el consumo del tabaco que bloquea arterias, daña pulmones y contribuye así, a incrementar el riesgo de un ataque cardíaco, o derivar en enfisema pulmonar.

En ambos casos—alcohol y tabaco—se han determinado cuántas víctimas mueren anualmente por su consumo, cuántos accidentes se cometen bajo los influjos del alcohol, cuántas vidas cobra indirectamente el alcohol, pues bien, lo mismo debe hacerse con la marihuana y demás drogas, establecer los daños y consecuencias directas y colaterales—para el caso de embarazo—, es así que el daño sufrido debe ser cierto y concreto para determinar el peligro que su consumo representa para la salud pública.

**D.- Cambios conductuales por consumo de droga**, esto es determinar las posibles actitudes que puede desarrollar el individuo al encontrarse bajo el influjo de las drogas, cómo alteran esta la conducta, su ánimo y en este sentido cabe aclarar que el efecto, en el caso de

---

<sup>6</sup> BERISTAIN Antonio; “La droga”; sin edición, editorial Temis, Bogotá, Colombia, 1996,; p.137-139.

la marihuana, se encuentra supeditado al estado anímico del sujeto al momento del consumo, así como a su personalidad o carácter, al ambiente en el que se consume, la forma en que se consume, es decir si solo o acompañado.

Cuando es consumida se observa un comportamiento introvertido, tendiente al aislamiento a la introspectiva, en tanto que en compañía, el individuo tiende a desinhibirse, a estar risueño, a hilaridad y ser más social de lo que comúnmente es.

Sin embargo la cuestión es establecer un nexo entre conductas que atenten contra la vida o salud del consumidor como de quienes lo rodean, y esto debe ser como producto del consumo.

### **2.2.2. - Potencial de riesgo a la salud pública**

En este punto es necesario explicar la salud pública, pues el concepto no es del todo claro, ya que en el ámbito de la salud, el calificativo público adquiere las dimensiones de lo común y general, de lo preponderante, mayoritario, lo que implica un patrón común aplicable y reinante en la mayoría de la población mexicana y cualquier hecho que altere dicho patrón atenta contra la salud pública.

Es así, que hablar del riesgo que el consumo de drogas representa para la salud pública no puede ser determinado tomando como piloto a un pequeño grupo de la población, con determinadas características en cuanto al consumo, ya sean estas de edad, sexo, situación social, grado académico, pues si fuera así, se determinaría un patrón aplicable sólo para ese sector de la población, el cual excluiría al resto, que sería mayoría, por lo que no se podría hablar de algo perteneciente al dominio público, es decir un patrón común propio de la mayoría de la población mexicana.

En el caso de la marihuana y de la peligrosidad que su consumo representa para la salud pública se habla de un nivel bajo, así lo demuestran las estadísticas obtenidas en nuestro país por el “Consejo Nacional contra las Adicciones, según las cuales el consumo de marihuana, nunca a alcanzado un nivel generalizado como para ser considerado como epidemia, además, dicho empleo se da principalmente en relación a la edad del consumidor, lo cual no quiere decir que la edad sea un factor determinante en el consumo de marihuana.

Sin embargo son los grupos juveniles, quienes muestran ser los mayores consumidores de marihuana en nuestro país, ubicados entre los quince y veintisiete años de edad”<sup>7</sup> y es por esta razón que las campañas realizadas por el Estado a través del sector salud, para combatir las adicciones, va dirigida a este sector de la población, concretamente a niños y adolescentes en cuanto a su etapa preventiva se refiere, pues son estos considerados como un grupo altamente vulnerable.

El caso de otras drogas debido al daño que provocan en el individuo que las ingiere difiere mucho de la situación de la marihuana, y aún así sería correcto establecer el daño a la salud

<sup>7</sup> SMITH Peter; El combate a las drogas en América latina; Editorial Fondo de Cultura Económica, tercera edición, México 1995.

pública generado por ellas, para determinar la peligrosidad que éstas implican para la sociedad estableciendo así, qué rama del Derecho sería la adecuada para regularlas.

El consumo de drogas sigue generalmente determinados patrones un ejemplo de ello “es el consumo de inhalantes, el cual se da en jóvenes de edad de doce a veinticuatro años del sector social perteneciente a los llamados *niños de la calle*”<sup>8</sup>, quienes representan una pequeña porción de la población nacional, por lo que el fenómeno de consumo de volátiles no es algo general o público que sea aplicable a la población nacional ubicada en ese rango de edad.

Por lo que en lo referente al consumo de volátiles erróneamente se hablaría de un daño a la salud pública causado por el consumo de solventes e inhalantes, a pesar de que a nivel individual el daño es grave, su consumo no es generalizado a grado tal de atentar contra la salud nacional y aún cuando el papel preventivo del sector salud es evitar precisamente que se llegue al nivel de epidemia, hay factores que deben observarse, como lo son:

- *La prevalencia de consumo de una droga.*
- *El incremento en el consumo.*
- *Causas del incremento en el consumo, es decir si el aumento corresponde al incremento de consumidores experimentales, ocasionales o habituales.*

Así para ayudar a determinar el peligro que la droga representa para la sociedad, debe ser tomado en cuenta el incremento en la prevalencia del consumo, ya que esto indicaría que cada vez es mayor el número de individuos que consumen marihuana en forma habitual, lo cual sería un indicador del daño a la salud pública, y en este punto, las investigaciones realizadas por el CEMEF, revelan que en México, “de cada mil personas, 21 han consumido drogas tales como; marihuana, inhalantes, hongos alucinógenos, peyote, heroína o morfina y de los cuales, únicamente cinco han establecido un consumo habitual, siendo estos en su mayoría varones entre los quince y diecinueve años de edad”.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Dirección Nacional de Epidemiología, Encuesta Nacional 1989.

<sup>9</sup> Centro Mexicano de Estudios en Fármacodependencia; “Cuadernos científicos CEMEF”:2004.

Como se ha visto, son diversos los factores y su naturaleza, que se han de tener en cuenta para poder determinar el potencial de riesgo que representa el consumo de una droga para la salud pública, el cual va ligado a la peligrosidad de ésta. Es así que los factores de peligrosidad deben ser establecidos en base a una realidad y hacerlos conocimiento del legislador para que sean considerados en la creación de normas efectivas y apegadas a la realidad de nuestra nación.

### **2.2.3. - Grado de adicción o dependencia.**

Anteriormente se refirió ya este punto<sup>10</sup>, mismo que debe formar parte de los criterios que sirven para determinar el problema que una droga representa para la salud pública.

En este orden de ideas una droga sumamente adictiva, lógicamente tendrá un alto potencial de ser un *problema especialmente grave para la salud pública*, siendo este último un parámetro de la clasificación de narcóticos establecido en el artículo doscientos cuarenta y cinco de la Ley General de Salud.

---

<sup>10</sup> Supra. 2.2.1, inciso "B"

De acuerdo al ordenamiento anteriormente mencionado, el THC- ergo la marihuana al ser incluido en el primer grupo- es considerado sumamente dañino para la salud pública, pues esta sustancia según lo establecido por el artículo doscientos cuarenta y cinco de dicho cuerpo normativo, *“tiene un valor terapéutico escaso o nulo, y representa un problema especialmente grave para la salud pública”*.

Estudios realizados por Eduardo Truitt, apuntan a la posibilidad de que, los efectos de la reacción química producida por la marihuana, es generada cuando el THC hace contacto con las enzimas hepáticas, provocando dicha reacción, la cual produce los efectos del consumo de marihuana.

Además del grado de adicción, se encuentra el daño a nivel orgánico sufrido por el consumo de marihuana, lo cual se traduce en una merma en la calidad de vida, siendo así deben establecerse cuáles son órganos dañados y magnitud del daño generado, el tipo de éste, es decir si es permanente o temporal.

Otro factor que se debe tomar en cuenta es la cantidad en el consumo promedio que se necesita para que se provoque un daño en el organismo, y desde luego, hay que tener en cuenta los recursos y costos sociales y humanos de rehabilitación.

Desde esta perspectiva, una droga altamente adictiva, cuyo consumo, fácilmente y en forma permanente, cause daños al óptimo funcionamiento orgánico del cuerpo, deberá ser considerada *“un problema especialmente grave para la salud pública”*.

Las preguntas, que entonces surgen son:

- ¿El THC y por consiguiente la marihuana, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública?, ¿Si es así, por qué?
- ¿Es la marihuana adictiva?, ¿Qué tipo de adicción genera?, ¿Física o psicológica?, ¿Qué grado de adicción?, ¿Alto o bajo?

- ¿Cómo y que afecta del organismo?, ¿En qué forma lo daña?, ¿Temporal o permanentemente?,
- ¿Cómo afecta la salud física y mental del individuo y su calidad de vida?.

¿Habrá tenido en cuenta estas consideraciones el legislador para así incluir al THC en el grupo de las sustancias y drogas que *constituyen un problema especialmente grave para la salud pública*?

#### **2.2.4 Susceptibilidad de uso indebido de droga**

Este criterio, nace a partir de la necesidad de establecer el uso médico que posee la droga y es fuera del uso distinto de ese fin que se constituye la *susceptibilidad de uso indebido de una droga*, es decir que cualquier fin distinto, para y por el cual la ley ha autorizado su comercialización, será un uso indebido pues las drogas en México, si es que se permite su comercialización legal, es para ser destinadas a fines médicos como lo es el tratamiento de una enfermedad.

Es por la razón anterior que el artículo ciento noventa y tres de nuestro Código Penal Federal, establece como delito la comercialización o las actividades relacionadas a la producción, venta, tráfico, proselitismo de drogas, si éstas tienen un fin distinto al de la medicina, lo cual implica qué actividades relacionadas con las drogas cuyo fin sea permitir el consumo de éstas, ya sea con fines religiosos, ya sexuales o recreativos, constituyen un delito federal.



La situación de la marihuana en relación al uso indebido de una droga constituye, cualquiera que sea el uso que se le dé, un problema jurídico a resolver, pues *aunque en estricto sentido nuestro ordenamiento penal federal, no tipifica el consumo de marihuana*, si lo hace con todas las acciones o actividades que hacen posible el consumo, como la posesión de la marihuana, su transportación, siembra, cosecha, almacenamiento, venta, si constituyen un delito, sea cual sea el fin para el que se le destine, ya sea con fines médicos, para la elaboración de cuerdas, ropa, para fines recreativos, etcétera, salvo en los casos de excluyentes, en general, y en concreto a las que se refiere nuestro cuerpo penal, mismas que se dan en razón de la cantidad de droga y en razón de la relación de dependencia entre el individuo y la marihuana, así como si es la primera vez o es reincidente, fuera de ello los demás casos son punibles.

En principio y sólo en principio el consumo de marihuana como tal no constituye delito alguno, pues no existe dentro de nuestro Código Penal Federal un tipo penal que así lo determine, sin embargo, este ordenamiento remite a la Ley General de Salud, por otra parte, erróneamente el legislador no contempla en la Ley General de Salud un uso médico de dicha droga, lo cual serviría como punto de partida para establecer el uso indebido de la marihuana, que existe en relación al uso debido o correcto. Entonces la pregunta es ¿Cuál es el uso debido de la marihuana? En relación con otras drogas, como el caso del opio y su principal derivado la morfina; o la cocaína y la heroína, la situación es más sencilla, en tanto que esta ha sido utilizada y permitida su comercialización para el campo médico, dando la pauta para establecer un uso debido de éstas drogas.

En otros países, concretamente en el país vecino del norte, “durante la década de los setenta, el gobierno de ese país, permitió a psiquiatras, utilizar el LSD en pacientes alcohólicos, esto controlando la dosis y el ambiente que rodeaba al paciente mientras duraba el efecto de la droga.

La mayoría de los pacientes sufrían alucinaciones visuales, en las que veían a Dios algunas veces, otra al demonio mismo. Tras esta experiencia la mayoría solía abandonar el alcohol, esto sin haber desarrollado adicción al LSD, sin presentar el síndrome de abstinencia una vez interrumpido el consumo de dicho químico”.<sup>11</sup> Por estas razones, nuevos estudios y prácticas médicas deben realizarse y apoyarse en los ya existentes, para así establecer el uso médico de la marihuana y más allá, el uso que puede tener en otras áreas del crear humano, como en la industria textil.

Establecer el uso indebido de una droga, implica la realización de estudios que lleven a establecer las diferentes aplicaciones que ésta puede tener, no sólo en medicina, sino en todos aquellos campos, cuya explotación reporte un beneficio social y económico y una vez fijado esto, la siguiente tarea sería la de definir el o los usos indebidos de la droga y por lo tanto prohibir dichas actividades.

### **2.2.5.- Clasificación de la marihuana en la Ley General de Salud**

Tras mencionar y explicar los criterios de clasificación sobre *drogas* en general, y para la marihuana en particular, de la cual específicamente se ha dicho que los efectos y propiedades que la definen y caracterizan como una *droga*, se deben al contenido de sustancia activa THC, sin el cual la marihuana no sería una droga, y por consiguiente, marihuana y THC, deben ser considerados como uno solo, pues este último—el THC--no se encuentra libre en la naturaleza, ya que sólo es posible encontrarlo en la flor del cáñamo. Sin embargo, de esta lógica parece carecer el legislador, ya que realiza una división entre marihuana y THC, elaborando una clasificación diferente para cada uno; considera a la primera como un psicotrópico, y al THC como un estupefaciente, creando una incongruencia jurídica antagónica, evidenciando así la deficiencia legislativa reinante en nuestro país, y mostrando la necesidad de definir y clasificar la marihuana dentro de un marco jurídico libre de estas deficiencias.

La clasificación de la Ley General de Salud es la siguiente:

---

<sup>11</sup> QUINTANA GARAY Alfredo, et.al.: revista “Conozca Más”: Editorial Televisa; número 159, México Distrito Federal, Abril 2003; páginas 44-50.

**“Artículo 234 Para los efectos de esta ley, se consideran estupefacientes:**

ACETILDIHIDROCODEINA.

ACETILMETADOL (3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano)

ACETORFINA (3-0-acetiltetrahydro-7 a -(1-hidroxi-1-etilbutil)-6, 14-endoeteno-oripavina) denominada también 3-0-acetil-tetrahydro-7 a (1-hidroxi-1-metilbutil)-6, 14-endoeteno-oripavina y, 5 acetoxil- 1,2,3, 3 a , 8 9-hexahidro-2 a (1-(R) hidroxi-1-metilbutil)3-metoxi-12-metil-3;9 a -eteno-9,9-B-iminoetanofenantreno(4 a , 5bed)furano.

ALFACETILMETADOL (alfa-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4- difenilheptano)

ALFAMEPRODINA (alfa-3-etil-1-metil-4-fenil-4- propionoxipiperidina)

ALFAMETADOL (alfa-6-dimetilamino-4,4 difenil-3-heptanol).

ALFAPRODINA (alfa-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina).

ALFENTANIL (monoclorhidrato de N-[1-[2-(4-etil-4,5-dihidro-5- oxo- 1H-tetrazol-1-il) etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil]-N fenilpropanamida).

ALILPRODINA (3-alil-1-metil-4-fenil-4- propionoxipiperidina).

ANILERIDINA (éster etílico del ácido 1-para-aminofenil-4- fenilpiperidin-4-carboxílico).

BECITRAMIDA(1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-bencimidazolil)-piperidina).

BENCETIDINA (éster etílico del ácido 1-(2-benciloxietil)-4- fenilpiperidin-4-carboxílico).

BENCILMORFINA (3-bencilmorfina).

BETACETILMETADOL (beta-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4- difenilheptano).

BETAMEPRODINA (beta-3-etil-1-metil-4-fenil-4- propionoxipiperidina). BETAMETADOL (beta-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol).

BETAPRODINA (beta-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina). BUPRENORFINA.

BUTIRATO DE DIOXAFETILO (etil 4-morfolín-2,2-difenilbutirato).

**CANNABIS sativa, indica y americana o marihuana, su resina, preparados y semillas...**

Los isómeros de los estupefacientes de la lista anterior, a menos que estén expresamente exceptuados.

Cualquier otro producto derivado o preparado que contenga sustancias señaladas en la lista anterior, sus precursores químicos y, en general, los de naturaleza análoga y cualquier otra sustancia que determine la Secretaria de Salud o el Consejo de Salubridad general. Las listas correspondientes se publicarán en el Diario Oficial de la Federación".<sup>12</sup> Como se aprecia, en la tabla anterior la marihuana es incluida en el grupo de estupefacientes de los cuales ya se dio cuenta de sus propiedades. Ahora el artículo doscientos cuarenta y cinco de la misma Ley incluye a la sustancia activa de la marihuana, el THC dentro del grupo de psicotrópicos el cual está clasificado en cinco subgrupos.

**“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: .....**

- Tetrahydrocannabinol (THC), los siguientes isómeros: D 6a (10a), D 6a(7) D 7, D 8, D 9, D 10, D 9(11) y sus variantes estereoquímicas.....

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

**III.- Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública, y que son:.....**

**IV.- Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, y son:.....**

**V.- Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinarán en las disposiciones reglamentarias correspondientes.**

Cualquier otro producto, derivado o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaria de Salud o el Consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga".<sup>13</sup> Como se puede apreciar de la lectura de los preceptos legales anteriores existe una doble

<sup>12</sup> Ley General de Salud, edición 2006, Editorial SISTA, México Distrito Federal, 2006.

<sup>13</sup> Ley General de Salud, edición 2006, Editorial SISTA, México Distrito Federal, 2006.

clasificación de la marihuana, pues como ya se dijo el ingrediente activo de ésta droga se deben exclusivamente a su ingrediente activo el THC, el cual no puede ser extraído de ninguna otra parte que no sea la flor del cáñamo, ya que el THC es un derivado de la marihuana.

### **2.2.6 Marihuana: ¿estupefaciente o psicotrópico?**

El THC, se ha mencionado ya, no se encuentra aislado, ni contenido en alguna otra cosa que no sea la marihuana, siendo así, no debe desligarse uno del otro. El consumo de marihuana se da en razón de sus propiedades como droga, mismas que se atribuyen al THC.

Ahora bien, el objeto de la comercialización de la droga es la flor de marihuana, pues hasta ahora, esta comercialización no se ha realizado sobre el THC como sustancia, ya que la única forma de obtener esta sustancia es mediante la flor, por lo cual no es correcto realizar dos clasificaciones distintas para una misma droga, mucho menos es correcto elaborar dicha clasificación sin siquiera haber definido previamente al objeto, ¿Cómo clasificar lo que se desconoce?, nuestra legislación en este caso, ha cometido una aberración legal.

Cierto es que la marihuana posee algunas propiedades de las drogas estupefacientes y psicotrópicas, sin embargo esto no basta para definirla o incluirla como uno u otro.

En este apartado no se ha de proporcionar una clasificación sobre la marihuana, sin embargo sí diré que la marihuana no es un estupefaciente, tampoco un psicotrópico, ya que a pesar de poseer propiedades de ambos, no son estas las que habrán de definirla, pero esto no evita que deban ser tomadas en cuenta, junto con otros factores al momento de definirla y clasificarla.

## **2.3. Código Penal Federal**

El Código Penal Federal, es una de las herramientas utilizadas por el brazo del derecho penal, mediante el cual el Gobierno, busca prevenir, regular, sancionar y corregir aquellas conductas sociales que, por ser consideradas de suma gravedad, atentan contra la salud de la nación y de nuestro Estado, sin embargo, como se ha recalcado a lo largo del presente trabajo, el Derecho Penal no es el único medio para combatir patologías sociales, y sí debe ser el último instrumento al que el Estado apele, siempre que habiendo sido agotado las otras ramas del Derecho no haya más recursos.

Permitiendo hacer una analogía, la cirugía, debe ser el último recurso al que se acude para curar una enfermedad, si esta no puede ser curada por otros medios.

En lo concerniente a nuestro tema, pese a la creencia que reina entre los practicantes del Derecho, *el consumo de marihuana* como se explicará adelante *sí constituye un delito*, al igual que todas aquellas actividades necesarias para la realización de aquel, como lo son la siembra, producción, almacenamiento, transportación, posesión, tráfico, venta y proselitismo de la marihuana.

En este último punto habría que hacer una reflexión, toda vez que es a partir de la tipificación de estas conductas y de la subsistencia o prevalencia del consumo, que se origina el narcotráfico, fallando así la función preventiva, no solo del Derecho Penal, sino del Derecho en general, ya que esta consiste en el estudio de un problema social presente, para prevenir el efecto futuro, así el legislador debió prever que la tipificación de estas conductas--cuya intención supone ser el solucionar el problema de consumo de drogas en general y marihuana en particular--no solucionaría el problema, sino que además, provocaría un nuevo y mas grave problema, dejando subsistente el anterior. Al legislador le *“salio el tiro por la culata”*, pues esta medida, causó un daño mayor a la sociedad, al tratar de solucionar un problema social mediante vías equívocas.

En cuanto a la actuación del derecho penal en la vida nacional, para solucionar los problemas inherentes a ella, hay que analizar las causas que justifican la injerencia de esta rama del derecho, estos elementos nos permitirán comprender y establecer si la vía de solución es correcta.

### **2.3.1 Tipificación**

La tipificación es la adecuación de una conducta social a un tipo penal, el problema aquí, está en justificar la inserción de una conducta en la legislación penal y ésta se da en razón del bien jurídico tutelado y del daño sufrido por sociedad y Estado al atentar contra dicho bien jurídico.

Como se ha visto, nuestro Código Penal sanciona las acciones de siembra, producción, almacenamiento, transportación, tráfico, proselitismo y venta de marihuana, y aquí nuevas preguntas surgen;

- ¿Cuál es el objetivo de tipificar estas conductas?
- ¿Qué resultado se espera obtener de dicha tipificación?
- ¿Qué problema pretende resolver?

La historia responde: el consumo. Este es el problema que se trata de solucionar al tipificar estas conductas, pues en el momento en que estas conductas fueron tipificadas, no existía el narcotráfico, ¿el Derecho Penal resolvió nuestro problema de adicción?, no, al contrario, creó un problema mayor; el narcotráfico, el cual actualmente constituye un dilema de seguridad pública cuyas raíces son profundas, que afecta gravemente y en diferentes formas al pueblo mexicano que exige al gobierno encontrar una forma efectiva de combatir este cáncer del cual nuestra sociedad es víctima día a día

Ahora en principio parece ser que el consumo de marihuana no está tipificado, sin embargo nuestro **Código Penal Federal en su artículo 193** párrafo segundo que a la letra dice:

*“Para los efectos de este Capítulo, **son punibles las conductas** que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos **237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud**, que constituyen un problema grave para la salud pública”.*

A su vez el artículo **237 de la Ley General de Salud** dice:

*“**Queda prohibido** en el territorio nacional todo acto de los mencionados en el artículo 235 de esta Ley, respecto de [...] cannabis sativa, índica y americana o marihuana...”.*

De la misma forma el artículo 235 del ordenamiento anteriormente mencionado en su parte primera dice cuáles son esas actividades:

*“La siembra, cultivo, cosecha, preparación, elaboración, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, **consumo** y en general todo acto relacionado con estupefacientes....”.*



Desde esta perspectiva y a pesar de que en principio sólo el Código Penal puede crear los tipos penales, es decir tipificar una conducta, convirtiéndola así en delito, el consumo de marihuana sí es un delito, pues dicho ordenamiento penal se remite a la Ley General de Salud en donde se establece que en el territorio nacional está prohibido el consumo de marihuana.

### **2.3.2 Bien jurídico tutelado**

Sin la necesidad de proteger un bien jurídico de vital importancia para el sano desarrollo de la vida social y existencia del Estado, el Derecho Penal, simplemente no existiría, este es el sustento del Derecho Penal.

Ahora bien, en lo concerniente a las conductas que se han referido en relación a la marihuana, éstas son constitutivas de delito, debido a que la norma penal así lo determina, buscando la protección de la salud pública y cierto es que si ésta se encuentra en peligro, también lo está la sociedad y el Estado, sin embargo es cierto que la importancia del bien jurídico tutelado no es suficiente para crear un tipo penal, ya que también hay que tomar en cuenta la magnitud del daño sufrido por la sociedad y el Estado al atentar contra el bien jurídico tutelado, en este orden de ideas si las conductas tipificadas son analizadas cercanamente, será claro que como tales no constituyen un daño a la salud, en sí el daño es producido por el consumo de droga, mismo que se busca restringir indirectamente, al prohibir todas las conductas que hacen posible su realización. ¿Y en qué magnitud daña el consumo de marihuana a la salud individual y a la pública?, pese a que se dará respuesta a esta pregunta en otro Capítulo, es pertinente mencionar que el consumo de tabaco y alcohol dañan en mayor grado la salud individual y colectiva que el consumo de marihuana, así como las muertes provocadas anualmente por aquellas sustancias superan, avasalladoramente a las provocadas por el consumo de todas las drogas existentes, y el beneficio reportado para la humanidad por la comercialización de alcohol y tabaco son menores a los que el cáñamo produce, y siendo así ¿Por qué ni la producción, almacenamiento, venta, proselitismo, transportación, posesión y venta de alcohol o tabaco constituyen delito alguno?, ¿Por qué el legislador permite el uso de sustancias más dañinas para la salud, seguridad pública y por lo tanto para el bienestar social que la marihuana?, ¿Por qué si lo que precisamente busca el Derecho en este caso es bienestar social mediante la protección de la salud?, ¿A qué

intereses atendió el legislador? En fin he de pasar a otro punto, íntimamente ligado al bien jurídico tutelado, pues la gravedad de la lesión sufrida por él, dará la pauta para establecer en forma proporcional las penas y sanciones contenidas en la norma penal.

### **2.3.3 Penas y sanciones**

Al establecer las penas y sanciones de un tipo penal, hay elementos que deben ser valorados, entre ellos, la importancia que para la sociedad y el Estado representa el bien jurídico tutelado, así como el grado de daño sufrido por éste debido a la materialización de la conducta típica, antijurídica, y esto último es tarea propia del legislador.

De igual forma, en la aplicación de estas penas y sanciones, hay circunstancias, bajo las cuales se comete el delito, mismas que deben ser sopesadas por el juzgador y a las cuales referiré más adelante.

Por el momento me ocupa la tarea legislativa; el establecimiento de las penas y sanciones correspondientes a los tipos penales, contenidos ambos, en nuestro ordenamiento jurídico penal.

En el artículo ciento noventa y tres del Código en cuestión, el delito de siembra, producción, posesión, tráfico, venta, almacenamiento de marihuana, contempla y valora dichos elementos ya referidos, pues en su segundo párrafo establece que:

*“Son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245 fracciones I, II y III, y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública”.*

Como se aprecia de la lectura anterior el legislador no se refiere expresamente a la gravedad de la conducta--al igual que la Ley General de Salud-- por otra parte si refiere al problema grave que para la salud pública constituyen las drogas, ergo las actividades relacionadas con ellas, por lo que el criterio es, que estas conductas atentan gravemente contra la sociedad y el Estado.

Para determinar la gravedad de una conducta hay algunas ramas del conocimiento humano en las que el Derecho Penal debe apoyarse, hablando de drogas, la Criminología es una de ellas, ya que su tarea consiste en relacionar las drogas con la comisión y tipos de delitos, estableciendo así un nexo causal entre consumo de drogas y delincuencia, es decir ¿Qué tipo y cuántos delitos se cometen por la realización de las conductas previstas en el artículo ciento noventa y cuatro del Código Penal?, ¿Qué cantidad y cuáles son los delitos cometidos bajo la influencia de las drogas?, ¿Cuántos y cuáles son los delitos más comunes cometidos para la obtención de drogas?, ¿Cuántos y cuáles son los delitos cometidos bajo la influencia de drogas?. Esto proporcionará las bases para ayudar a establecer el daño sufrido por sociedad y Estado.

Otra rama más en la que se debe apoyar la tarea legislativa, es la Sociología, la cual ayudará a establecer origen, causas y efectos de la drogadicción y narcotráfico, cómo estas actividades repercuten en los distintos grupos sociales que constituyen nuestra nación, es decir, la relación causa-efecto, siendo este último la referencia de daño. Y en este último punto, la medicina es de importante consideración en el establecimiento de penas y sanciones, pues mediante las investigaciones aportadas por esta rama del conocimiento humano, se debe determinar el daño sufrido en el organismo que consume droga, mismo que dará la pauta para establecer el daño a la salud pública, y determinar si las drogas y su consumo son un *“problema especialmente grave para la salud pública”*; y de igual forma establecer el daño sufrido por sociedad y Estado debido a la realización de actividades relacionadas con las drogas.

Es así que, con toda esta información, el legislador se encontrará en una mejor posición para primero decidir sobre la creación o no de un tipo penal, y posteriormente, sobre el establecimiento de las penas y sanciones correspondientes, sin ello, el resultado serán las tan conocidas *“leyes al vapor”*, el pan de cada día en nuestro Honorable Congreso de la Unión.

#### **2.3.4 Excluyentes y atenuantes.**

Las excluyentes de delitos relacionados a drogas se encuentran contenidas en los artículos ciento noventa y cinco párrafo segundo y tercero, y ciento noventa y nueve del Código Penal Federal. Y debido a la rigidez del derecho penal, y a la peculiar situación de la marihuana, estas excluyentes, resultan, difíciles de determinar en cuanto a su aplicación debido a la prohibición de analogías, mayoría de razón o presunción de hechos y a continuación se explica porqué.

Comenzaré con la primer excluyente, contenida en el artículo ciento noventa y cinco párrafo segundo del código referido, que a la letra dice:

*“No se procederá en contra de quien, no siendo fármacodependiente se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez, y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal”<sup>14</sup>.*

El problema aquí es la forma de determinar la cantidad para consumo personal, en este sentido, nuestra Suprema Corte de la Nación ha establecido esta suma en razón del tiempo, es decir lo equivalente a lo que el individuo pueda consumir en una semana, las pregunta son:

- ¿Cuántos gramos?
- ¿Se tomó en cuenta la edad, sexo, peso, estatura y hábitos del individuo?

La respuesta es sencilla; No, ya que sea cual sea la cantidad que el sujeto pueda consumir, ésta no puede, bajo ninguna circunstancia, rebasar los doscientos cuarenta y nueve gramos, pues llegando a los doscientos cincuenta gramos, se adecuaría la conducta descrita por el tipo penal, constituyéndose un delito, cuya pena mínima es de diez meses a un año de prisión.

En este punto cabe mencionar que de tan solo de treinta gramos de marihuana pueden liarse de cincuenta a cien cigarros de marihuana, así que de unos doscientos diez gramos se producen aproximadamente de 350 a 500 cigarrillos de marihuana, algo excesivo para el consumo de una semana pues se estaría hablando de un consumo diario de cincuenta a setenta cigarros por individuo.

¿Qué sentido tiene entonces el prohibir el tráfico, posesión y venta de marihuana cuando se permite tener tal cantidad de esta droga bajo las circunstancias ya mencionadas?. ¿Tal vez lo que se busque sea penalizar el narcotráfico a gran escala y no el narcomenudeo?.

---

<sup>14</sup> Código Penal Federal; Editorial SISTA; edición 2006.

Un problema más, lo constituye el término fármacodependencia, ya que el término fármaco hace referencia a los medicamentos, siendo así el término fármacodependencia alude estrictamente a la relación de sumisión entre el individuo y los fármacos, es decir los medicamentos.

El problema aquí es que muchos de los narcóticos (estupefacientes y psicotrópicos) enumerados en la Ley General de Salud, a la cual remite nuestro Código Penal Federal, no poseen según la ley en cuestión, ningún uso médico, por lo que estos no pueden ser considerados fármacos, luego entonces no puede hablarse de una fármacodependencia hacia la marihuana en virtud de que esta no es considerada por dicho cuerpo normativo como un fármaco, es decir un medicamento.

En cuanto a la marihuana, y todas las demás drogas que no sean consideradas legalmente como fármacos lo correcto es hablar de una dependencia, la cual en el caso de la marihuana resulta difícil de establecer, ya que las pruebas realizadas para determinar la dependencia hacia la marihuana son de naturaleza presuncional, toda vez que se limitan a comprobar la existencia de THC contenido en el cuerpo humano, si estos resultan positivos se presume la "fármacodependencia", sin embargo el THC puede ser encontrado en alguien que la fuma por vez primera, o en alguien que sin ser adicto es un consumidor regular.

En todo caso, las pruebas actuales para establecer la dependencia son insuficientes, toda vez que en ellas no hay forma de apreciar durante cuánto tiempo se ha estado consumiendo la droga, ni dosis promedio suministradas, o periodicidad de las dosis, en resumen, los resultados proveídos por los estudios prácticos realizados en nuestro país, son insuficientes para determinar la dependencia, ya que en todo caso, habría que establecer a nivel orgánico, la existencia de esa necesidad en el cuerpo por continuar consumiendo la droga y sin lo cual, se presentaría, el síndrome de abstinencia.

Otra excluyente de delito, se encuentra contenida en el artículo ciento noventa y nueve del Código en cuestión, pues en el supuesto en él contenido, se recluye al individuo en centros de rehabilitación.

#### **2.4. Tratados y Convenios Internacionales**

Por disposición Constitucional, existe entre los distintos cuerpos legales una jerarquía, en este sentido, los tratados siguen en rango a nuestra Constitución, la inconveniencia de ello, no será discutida en este trabajo, ya que lo que incumbe es el contenido de los tratados y convenios internacionales suscritos por México en materia de narcóticos, la lista de ellos es amplia:

- *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.*
- *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas 1971.*
- *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1988.*
- *Acuerdo de Cooperación entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Argentina para la lucha contra el Abuso y Tráfico ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.*
- *Acuerdo de Cooperación entre el gobierno de Belice y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Fármacodependencia.*

En fin la lista continúa, más los tratados que a ésta investigación conciernen son aquellos que en México han dado pie a una definición, o al menos a la clasificación de la marihuana, psicotrópicos, estupefacientes, narcóticos, y drogas en general. Los criterios en ellos contenidos, han sido adoptados por México país, ocupan así: la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*; y el *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas 1971*, de los cuales, se proporcionan los datos de importancia para el presente trabajo.

### **Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.**

#### *“Artículo 1 - DEFINICIONES*

1.1. Salvo indicación expresa en contrario o que el contexto exija otra interpretación, se aplicarán al texto de la presente Convención las siguientes definiciones:

**b) Por "cannabis" se entiende las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe.**

**c) Por "planta de cannabis" se entiende toda planta del género cannabis.**

**d) Por "resina de cannabis" se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis.**

**j) Por "estupefaciente" se entiende cualquiera de las sustancias de las Listas I y II, naturales o sintéticas".<sup>15</sup>**

Como se observa de la lectura del artículo anterior se incluye a la marihuana dentro del grupo de estupefacientes, hecho que coincide con el juicio utilizado por la Ley General de Salud. Se desprende también que la marihuana es una *droga de origen natural*. En cuanto al consumo de marihuana el próximo punto da la siguiente referencia:

**1.2. A los fines de esta Convención, se considerará que un estupefaciente ha sido "consumido" cuando haya sido entregado a una persona o empresa para su**

---

<sup>15</sup> Convención Única de la Haya Sobre Estupefacientes de 1961.



**distribución al por menor, para uso médico o para la investigación científica y la palabra "consumo" se entenderá en consecuencia.**

Ahora bien, este precepto plantea el siguiente problema ¿**el consumo incluye el uso recreativo de la droga?**, porque si es así dado que en materia penal está prohibida la analogía y mayoría de razón, ¿cómo pudo México adoptar tal razonamiento?, que por el hecho de estar contenido en un tratado internacional suscrito y ratificado por nuestro país está por encima de lo que establece el Código Penal Federal y la Ley General de Salud, entonces surge la siguiente pregunta: ¿ **el consumo de marihuana ¿constituye un delito?**

La respuesta debería proporcionarla el Código Penal Federal mexicano, mismo que en su artículo 193 párrafo segundo dice:

“Para los efectos de este Capítulo, **son punibles las conductas** que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237,245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública” .

A su vez el artículo 237 de la Ley General de Salud parte primera dice a la letra: “**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 bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones”.

Ahora bien para saber cuáles son dichas conductas el anterior precepto legal remite al artículo 235 del ordenamiento en cuestión, que en su parte primera indica como conductas las siguientes:

“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 estupefacientes** o con cualquier producto que los contenga queda sujeto a[...]”.

El artículo 245 de la Ley General de Salud como ya se mencionó en su fracción primera incluye al THC en el grupo de sustancias

“Que tienen un valor terapéutico escaso o nulo y que por ser susceptibles de uso indebido o de abuso constituyen un problema especialmente grave para la salud”.

Finalmente el artículo 248 de la misma Ley apunta:

“Queda prohibido todo acto de los mencionados en el artículo 247 de esta Ley, con relación a las sustancias incluidas en la fracción I del artículo 245”.

De esta forma, contrario a la creencia que rige en el derecho, **el consumo de marihuana sí constituye un delito**, pese a que la conducta no está descrita en el Código Penal.

A continuación se transcribe parte del artículo tres de la Convención Única, con el objeto de ser analizado enseguida.

“Artículo 3 - MODIFICACIÓN DE LA ESFERA DE APLICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN.

3.4. “Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que un preparado, dadas las sustancias que contiene, **no se presta a uso indebido y no puede producir efectos nocivos** (inciso 3), y que su contenido de estupefaciente no se puede recuperar con **facilidad**, la Comisión podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, incluir este preparado en la **Lista III**”<sup>16</sup>.

En el supuesto anterior se hace referencia una vez más al **uso indebido**, el cual en lo concerniente a la marihuana no puede establecerse, ya que como se ha dicho, éste puede ser determinado únicamente en relación a un uso debido, el cual es generalmente médico y al menos en la legislación mexicana no ha sido contemplado, mucho menos instituido.

Por otra parte también se hace referencia a los **efectos nocivos que la sustancia produce**, y **tratándose de la marihuana de acuerdo a la tabla de peligrosidad de la Organización Mundial de la Salud éstos son bajos**, pues **incluye a la marihuana en el cuarto y último grupo**, no sucede así con el alcohol que es incluido en el segundo grupo, o el opio y la heroína contenidos en el primer grupo.

Finalmente, el proceso por el cual se separa el THC de la marihuana no es sencillo de realizar, entonces ¿Por qué incluir a la marihuana dentro de los grupos I y IV de la lista de estupefacientes de esta convención?

## **Artículo 22.-DISPOSICION ESPECIAL APLICABLE AL CULTIVO**

“Cuando las condiciones existentes en el país o en un territorio de una Parte sean tales que, a su juicio, **la prohibición del cultivo** de la adormidera, del arbusto de coca o **de la planta de la cannabis resulte la medida más adecuada para proteger la salud pública y evitar que los estupefacientes sean objeto de tráfico ilícito, la Parte interesada prohibirá dicho cultivo**”.

---

<sup>16</sup> Convención Única de la Haya Sobre Estupefacientes 1961.

Como se ha venido demostrando a lo largo de esta investigación el narcotráfico surge a partir de la prohibición de conductas relacionadas con las drogas, incluida en ellas la marihuana, y su consumo nunca ha constituido un problema de salud pública, ¿Por qué entonces la prohibición?

## **Artículo 28 - FISCALIZACIÓN DE LA CANNABIS**

*28.1. Si una Parte permite el cultivo de la planta del cannabis para producir cannabis o resina de cannabis, aplicará a ese cultivo el mismo sistema de fiscalización establecido en el artículo 23 para la fiscalización de la adormidera.*

*28.2. La presente Convención no se aplicará al cultivo de la planta de la cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas.*

28.3. Las Partes adoptarán las medidas necesarias para impedir el uso indebido o tráfico ilícito de las hojas de la planta del cannabis.

## **Artículo 30. -COMERCIO Y DISTRIBUCIÓN**

*“Las Partes exigirán que el comercio y la distribución de estupefacientes estén sometidos a licencia, excepto cuando dicho comercio o distribución lo realice una empresa o empresas del Estado”.*

Esta Convención abrogó la Convención Internacional del Opio, firmada en la Haya en 1912

### **Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (Viena, 21 de febrero de 1971)**

**Artículo 1º - Términos empleados.**

*.....e) “Por «sustancia psicotrópica» se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural de la Lista I, II, III o IV”.*

Inconvenientemente en el presente instrumento internacional no se define lo que es una sustancia psicotrópica, exclusivamente se limita a enumerar aquellas que son consideradas como tales. Este mismo fenómeno ocurre en la legislación mexicana.

**g) “Por «Lista I», «Lista II», «Lista III» y «Lista IV» se entiende las listas de sustancias psicotrópicas que con esa numeración se anexan al presente Convenio, con las modificaciones que se introduzcan en las mismas de conformidad con el artículo 2º”.**

**Artículo 2º - Alcance de la fiscalización de las sustancias.**

**4. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que la sustancia puede producir:**

**1) Un estado de dependencia;**

**2) Estimulación o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora, o del juicio, o del comportamiento, o de la percepción, o del estado de ánimo, o**

**3) Un uso indebido análogo y efectos nocivos parecidos a los de una sustancia de la Lista I, II, III, o IV, y**

*b) Que hay pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia, la Organización Mundial de la Salud comunicará a la Comisión un dictamen sobre la sustancia, incluido el alcance o probabilidad del uso indebido, el grado de gravedad del problema sanitario y social y el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica, junto con cualesquiera recomendaciones sobre las medidas de fiscalización, en su caso, que resulten apropiadas según su dictamen.*

## **2.5. Resoluciones del Consejo de Salubridad General**

La Ley General de Salud, instituye al Consejo de Salubridad General como la segunda autoridad del sector salud, de la misma forma dispone que en materia de narcóticos este órgano está calificado para emitir resoluciones en dicho campo. Lamentablemente en este apartado no hay mucho qué ofrecer toda vez que dicho Consejo no ha realizado las investigaciones requeridas para sustentar sus resoluciones.

## **2.6 Derecho Comparado**

Sin importar las necesidades y soluciones de cada país y sociedades, varían de acuerdo a su realidad social, incluyendo cultura, ideología, costumbres; el problema de narcotráfico y drogadicción, son variables que se repiten en todas las sociedades y al ser así, diferentes países han buscado la formación de un frente común, una solución común para un problema en común.

Obviamente esta solución debe ser adecuada al marco social de cada país, sin embargo, la esencia de ésta, se conserva.

Me ocupa la política antidrogas del viejo continente, en donde países como Luxemburgo, Holanda, Grecia, Alemania, Italia, Reino Unido, Portugal y Noruega, han adoptado una política de tolerancia hacia las drogas blandas, lo cual se ha traducido en una reducción en las tasas criminales de dicho países en relación a las drogas, así como en un control del tráfico de drogas, supervisada por los gobiernos de dichos países, para lo cual, se ha desarrollado toda una infraestructura material, legal, humana, cuya finalidad, es o pretende ser una solución al problema del narcotráfico y consumo de drogas.

A través del presente Capítulo, se dará cuenta de planes, objetivos, estadísticas y resultados del viejo continente, iniciaré con Holanda.

### **2.6.1 Holanda**

En los años sesenta y setenta aumentó fuertemente el consumo de drogas, como los productos derivados de la planta de cáñamo y los opiáceos, en los países de Europa occidental y en Norteamérica. Muchos temían que esto originaría un problema explosivo de salud pública. Por tal motivo en parte, se establecieron nuevos marcos de gestión para combatir la droga, tanto nacional como internacional. A partir de entonces el nivel de consumo de los diferentes tipos y formas de drogas en esos países ha mostrado notables fluctuaciones y cambios recíprocos.

En algunos países, el consumo total de drogas registró un aumento ulterior. En otros, entre los cuales se cuenta Holanda, parecía que el volumen de consumo se había estabilizado más o menos según el nivel alcanzado alrededor de 1980.

En Holanda, en especial por tal motivo, la política seguida ha tenido siempre el objetivo más modesto de mantener bajo control o hacer controlable, el consumo de drogas de riesgo como problema sanitario y social. Medida según este objetivo, la política holandesa de la droga ha alcanzado buenos resultados. El consumo de las drogas mencionadas no ha tenido aceptación en Holanda a una escala mucho mayor de la que se daba ya en los años setenta y bajo el aspecto médico, el consumo no ha sido tampoco de índole más grave.

Tanto el consumo de alcohol como el de nicotina exigen, bajo el punto de vista sanitario, tanto en Holanda como en otras partes del mundo occidental, un *precio* incomparablemente mucho más alto que el consumo de todas las drogas juntas clasificadas bajo la Ley del Opio (Según un informe de las Naciones Unidas, cada año fallecen 5 millones de personas por el consumo de alcohol y tabaco, mientras que el cálculo aproximado del número total de muertos por drogas en el mundo asciende a 200.000. UN, ECOSOC, 1995).

El legislador holandés ha hecho una distinción, a base de consideraciones científicas, entre drogas y riesgos inaceptables para la salud y productos derivados del cáñamo, cuyos riesgos se consideran menos graves (las llamadas drogas blandas y drogas duras, respectivamente). Los intereses a proteger mediante el derecho penal son según la visión holandesa primariamente intereses de la salud pública. Por consiguiente, la política sobre la droga ha sido diferenciada en Holanda según el grado de gravedad del daño de salud potencial que se origina con el uso o abuso de las drogas en cuestión



El consumo de drogas en Holanda, como en muchos otros países, no es punible de por sí (En Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Portugal y el Reino Unido, el consumo de drogas como tal tampoco es punible.). El consumidor de drogas duras es considerado más como un paciente que como un criminal.

La política holandesa con respecto a los toxicómanos va dirigida a limitar el riesgo y el daño y con ello a la integración social de los drogadictos. La prevención, las asistencias ambulatorias e intramurales están en manos de colaboradores expertos que trabajan en el seno de organizaciones dirigidas por profesionales. En Holanda se destinan aproximadamente 160 millones de florines (unos 100 millones de dólares) a la atención de drogadictos (en clínicas y centros de asistencia ambulatoria, entre otros). En comparación con el extranjero, este importe es alto.

La asistencia a drogadictos no va dirigida exclusivamente a alcanzar una abstinencia total con todos los adictos, es decir a la deshabituación completa de los ex-adictos, sino que aspira con relación a los grupos meta descritos anteriormente, al mejoramiento de su situación médica y a su funcionamiento social, ofreciéndoles por ejemplo buenas facilidades médicas, suministro de metadona, canje de jeringuillas y formas de acogida diurna y nocturna.

Anualmente el Ministerio Público trata por término medio 10.000 casos por infracción de la Ley del Opio.

Los esfuerzos que se realizan en el campo del derecho penal constituyen un fuerte gravamen para la policía y la justicia. Expresado en dinero, "cada año se invierte 270 millones de florines (algo más de 160 millones de dólares) en la lucha penal contra el narcotráfico.

Por otra parte, se gastan 370 millones de florines (unos 225 millones de dólares) en el planteamiento penal de la criminalidad patrimonial cometida por los drogadictos”.<sup>17</sup>

“La capacidad de la organización penitenciaria holandesa ha sido ampliada en los últimos diez años de 5.000 a 12.000 plazas. No es exagerado establecer que la lucha penal del comercio de drogas ha sido la causa principal del aumento del número de penas privativas de libertad impuestas por los jueces”.<sup>18</sup>

**La política holandesa con relación al consumo de cannabis está basada en la suposición de que una transición eventual del consumo de drogas blandas al de drogas duras se debe más bien a causas sociales que fisiológicas. Si los adultos jóvenes quieren consumir drogas blandas** - y la experiencia ha demostrado que existe realmente esta necesidad entre grandes grupos - **es mejor que lo hagan, según la visión holandesa, en un marco dentro del cual no entren a la vez en contacto con la subcultura criminal** que existe en torno a las drogas duras.

Tolerando una oferta que incluya una adquisición relativamente fácil de pequeñas cantidades de drogas blandas para autoconsumo, se aspira a mantener separados entre sí los mercados de consumidores de drogas blandas y drogas duras, quedando elevada de este modo la barrera social para la transición del consumo de drogas blandas al de drogas duras.

La posesión de una cantidad de algunos gramos para autoconsumo ha sido despenalizada *de facto*.

**En Alemania, por ejemplo, la tenencia de cannabis para uso propio ya no se persigue más como delito, en virtud de la jurisprudencia del Bundes Verfassungsgericht de Karlsruhe (9 de marzo de 1994).**

En los centros donde los jóvenes suelen salir de noche y en la vecindad de los mismos, en las grandes ciudades de los países mencionados, se comercian y se consumen drogas blandas en gran escala.

---

<sup>17</sup> Parlamento Holandés: “Plan nacional de acción sobre drogas y adicciones 2003”; Holanda 2003 páginas 30-35.

<sup>18</sup> Parlamento Holandés: *op.cit.* p. 30-35.

La toxicidad física del cannabis es reducida. No se dan casos de muerte por sobredosis ni de dependencia física. Puede producirse dependencia psíquica, pero no puede compararse según su frecuencia y grado, con la dependencia psíquica que va emparejada con el consumo de heroína, cocaína, o alcohol y nicotina.

El uso de cannabis implica menos daños para el cuerpo humano que el consumo de alcohol. El uso de cannabis no es necesario que constituya un escalón hacia el consumo de drogas duras. La cantidad de incidentes causados por una sobredosis aguda asciende a unas decenas por año. Su tratamiento es sencillo y en la mayor parte de los casos puede limitarse a conducir al consumidor a un lugar tranquilo y suministrarle una sedante, si fuese necesario.

**La despenalización de la tenencia de drogas blandas que tuvo lugar en 1976 no condujo a un aumento del consumo.**

El número de personas en Holanda que consume regularmente cannabis, lo estima el 'Instituto Holandés para Alcohol y Drogas (NIAD) en 675.000.

“La mayor parte del patrón de consumo es de índole recreativa. Entre grupos específicos de jóvenes, como los que faltan a la escuela frecuentemente y los que no tienen hogar, puede decirse que el consumo de cannabis es muy elevado e intensivo”.<sup>19</sup> En la práctica este punto de partida ha conducido al cabo de algún tiempo a que la justicia tolerara la venta de drogas blandas en casas de jóvenes por comerciantes caseros de confianza. A continuación surgieron los llamados *coffeeshops* (bares-tiendas) donde a base comercial, se venden drogas blandas a personas mayores de edad.

---

<sup>19</sup> Parlamento Holandés, op.cit páginas 39-43.

### 2.6.1.1 Plan nacional de acción

*La política de drogas holandesa no se encuentra definida en un solo documento, sin embargo el Plan de Acción de 1995 establece algunos objetivos, itinerarios, un marco de acción y refleja la posición del gobierno holandés ante las drogas.*

| <b>Meta principal</b>  | <b>Principios generales</b>  | <b>Objetivos</b>   |
|--|--|--|
| <b>Limitar los riesgos por el uso de droga al individuo a su ambiente inmediato y a la sociedad.</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Separación de mercados de drogas duras y blandas.</b></li><li>• <b>Las drogas suaves (como la marihuana) son de facto despenalizadas.</b></li><li>• <b>Controlar el consumo de drogas blandas y las molestias causadas a la sociedad mediante tiendas de café.</b></li><li>• <b>Conciliación del orden público con la salud pública y el bienestar.</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prevención.</b></li><li>• <b>Tratamiento.</b></li><li>• <b>Reducción del daño causado al individuo y a la sociedad.</b></li></ul> |

La política holandesa de drogas parte del supuesto de que el fenómeno de las drogas no es deseable y es inevitable, por lo cual su objetivo principal es limitar los riesgos por el consumo de drogas.

Para lograr sus objetivos en materia de drogas el gobierno holandés ha desarrollado un conjunto de instituciones públicas y privadas, que le permita controlar el consumo de drogas blandas y reducir así las molestias causadas a la sociedad por el comportamiento del individuo bajo el uso de drogas, evitando que la juventud que consume drogas blandas mayormente, entre en contacto con el ambiente criminal creado alrededor de los mercados ilícitos de drogas blandas y duras, buscando lograr erradicar el mercado de drogas duras mediante la legalización del mercado de drogas blandas, "... a partir de la aparición de estos cafés, no se ha reportado competencia alguna por parte del crimen organizado en el mercado de drogas blandas, concretamente marihuana"<sup>20</sup>.

Los principios básicos de la política de droga holandesa son incluidos en la Política de Drogas descrita en el documento *Los Países Bajos continuidad y cambio, de 1995*. Aunque no tiene la estructura de un plan drogas, el plan de acción organizó en blancos, itinerarios, marcadores, etc., el documento puede ser considerado como el papel de la política que refleja la posición del gobierno holandés en drogas. Pueden adoptarse planes específicos no obstante para enfrentar problemas particulares como el Plan de acercamiento para intensificar la política holandesa en drogas sintéticas presentado al Parlamento en Mayo de 2001. Este plan de acción contiene aproximadamente 40 artículos referentes a la cuestión de narcotráfico y consumo de drogas.

**La política de droga holandesa está basada en el principio de que las drogas son una realidad no deseada, pero resulta ser fenómeno inevitable de la sociedad. Por consiguiente, el objetivo principal de política de droga holandesa es evitar o limitar los riesgos de uso de droga al individuo a su ambiente inmediato y sociedad.**

---

<sup>20</sup> Parlamento Holandés, op.cit., página 40.

### **2.6.1.2 Principios y objetivos**

Algunos aseguran que los principios que forman la política de droga, son la separación clara de los mercados para *drogas blandas* y *drogas duras*, para así prevenir a los usuarios de *drogas blandas* de ser marginados y de exponerse a las drogas más dañinas. En esta línea, las *drogas blandas* son (de facto) descriminalizadas, significando que ninguna prohibición ni sanción se aplicarán para la posesión de cáñamo destinado al uso personal.

La venta en pequeña escala de cáñamo en tiendas de café, está tolerándose bajo ciertas condiciones: “ninguna publicidad; ninguna droga dura; ninguna molestia; no admisión para menores; ninguna venta de más de 5 gramos; educación e información, para el público en general, y para los grupos especiales y programas de reintegración social, este es un elemento esencial para prevenir el problemático uso de droga”.<sup>21</sup>

Por otro lado, los usuarios de droga son objeto de los programas de reintegración social, el cual se diversificó favorablemente a través de una red profesional extensa de cuidado de salud de las instituciones sociales.

En el campo del sistema de justicia criminal, el objetivo principal es la conciliación de los intereses de mando del crimen, con aquéllos de orden público, salud pública y bienestar. El objetivo es ir traficando menos cantidad de drogas duras y cantidades más grandes de drogas blandas, pues en este sentido, no se informan competencias para las drogas legales o blandas.

---

<sup>21</sup> Parlamento Holandés: *Op.cit*; páginas 23-37.

Como se dijo, aunque la política holandesa no se presenta en un documento estratégico que se dirige a objetivos y blancos, sin embargo de la literatura extensa, disponible (informes gubernamentales, hojas de hecho, guías a las opciones de la política), y de los informes nacionales, está bastante claro que los objetivos seguidos por la política de droga holandesa son los siguientes:

Se entallan la prevención, tratamiento y programas de reducción de daño, de acuerdo al tipo de droga y tipo de usuario. El gobierno cree que las drogas diferentes, requieren contestaciones de la política diferentes y que la política nacional debe ser sensible a los cambios en el uso de drogas. Las tareas de prevención y reducción de daño son realizadas a través de las intervenciones educativas, reduciendo la molestia pública causada en los vecindarios por usuarios de droga y sobre todo por turismo consumidor de droga. El gobierno holandés ha fijado como prioridades de su política de drogas las siguientes:

- La supresión de la venta de drogas duras.
- El tráfico en cantidades grandes de drogas blandas.
- El combate de producción y venta de drogas sintéticas.

### **2.6.1.3 Legislación sobre drogas**

La legislación holandesa sobre drogas se ha ido desarrollando de acuerdo a la política nacional de ese país y con mira a la cooperación internacional, el objetivo de su cuerpo normativo busca reducir la importación de drogas y al mismo tiempo busca controlar el tráfico interno de las mismas, siendo la legislación una herramienta para reducir el comercio exterior de drogas, por lo que paralela a ésta legislación se han creado disposiciones especiales aplicables a las drogas blandas, ya que en su sistema normativo se ha determinado una diferencia entre drogas duras y blandas basando su clasificación en los resultados de las investigaciones realizadas por los órganos del sector salud en el campo de drogas en dicho país, así el legislador cuenta con los elementos necesarios para determinar riesgos aceptables para la sociedad.

#### **2.6.1.4 Legalización de drogas blandas**

##### **Evitar el contacto con sustancias tóxicas, el objetivo**

La marihuana, esa misteriosa y polémica planta, objeto de disputas y litigios, adorada y temida, medicina de unos y enfermedad de otros, reconquista paulatinamente un terreno legal que le había sido arrebatado hace un siglo, cuando fue prohibida. Holanda ha sido el país precursor en medidas despenalizadoras y continúa representando el Estado más pragmático y transformador en cuanto a legislación de drogas.

En la mayoría de países a la hora de legislar y castigar el consumo, tenencia, producción, venta o tráfico de estupefacientes no se diferencia entre drogas duras y blandas, sancionando de igual manera al traficante de marihuana que al de heroína.

En los Países Bajos, las leyes distinguen entre las drogas que afectan más la salud del usuario (duras) y las que perjudican menos (blandas). En el primer grupo se encuentran la heroína, cocaína, LSD y éxtasis principalmente, mientras al segundo pertenecen las drogas cannabinoides, es decir, las derivadas de la planta de cáñamo, como la marihuana y el hachís.

El consumo en Holanda tanto de drogas duras como blandas no es punible. Es el primer país europeo que despenaliza el consumo de drogas (1976), ya que su política se inclina por no estigmatizar ni perseguir a un toxicómano como si fuera un delincuente. Busca combatir la drogadicción, pero no desde un punto de vista criminal y penal, sino médico y educativo.

Esa política está orientada a la prevención y reducción de riesgos individuales y generales del consumo de drogas. En este marco, Holanda cuenta con la más adelantada red del mundo de ayuda gratuita para la desintoxicación de adictos, así como para la mejora de la situación física, psíquica y social de ese tipo de pacientes.

La despenalización del consumo de drogas iniciada por Holanda ha sido imitada por otros gobiernos. Actualmente, de los 28 países de la Unión Europea, siete no castigan el consumo personal de ningún tipo de droga, mientras la permisividad es casi total con la marihuana. Sólo Suecia, Francia, Finlandia y Grecia condenan el consumo de cannabinoides.



No obstante, así como las leyes holandesas promovieron la despenalización del consumo de drogas en Europa, continúan castigando la tenencia, aunque también aquí se adopta una política de tolerancia con respecto del resto de los países europeos: “la posesión de menos de 0.5 gramos de drogas duras y menos de 30 gramos de drogas blandas es punible, pero no se persigue. Esas cantidades son las toleradas para el consumo personal, dificultando con esta disposición el posible tráfico, actividad penalizada hasta con 12 años de cárcel”.<sup>22</sup>

Es en la producción donde la ley se ha endurecido en los últimos años. El cultivo de cannabis está prohibido y la pena máxima para castigarla se duplicó en 1999 de dos a cuatro años. Esta nueva ley tiene como objetivo combatir la producción industrial y evitar la exportación de la marihuana autóctona.

De la legislación holandesa de drogas, el punto que más inquieta a los diputados europeos, el menos secundado por leyes internacionales y el más atractivo para los turistas es la legalización de la venta de drogas blandas.

---

<sup>22</sup> Parlamento Holandés, *Op.cit*; páginas 41-46.

El suministro de drogas tanto duras como blandas es punible pero en el caso de estas últimas existe una política de tolerancia dependiendo de la cantidad. Con el objetivo de evitar que los adictos a drogas blandas entren en contacto con sustancias tóxicas más peligrosas, las leyes holandesas despenalizaron su venta siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. Sólo se permite vender en los *Coffeeshops* (establecimientos que se asemejan a cafeterías convencionales donde se tolera la venta de hachís y marihuana).
2. No se permite vender cantidades mayores a los 5 gramos a la vez por persona.
3. No se permite hacer publicidad de las drogas.
4. No se permite causar molestias al vecindario.
5. No se permite vender drogas a menores de edad.
6. No se permite una existencia comercial superior a los 500 gramos".<sup>23</sup>

Esta medida ha levantado críticas de varios sectores sociales, políticos y judiciales, los cuales argumentan que la libre venta de drogas blandas favorece el aumento de su consumo. Estudios y estadísticas holandesas no han podido comprobar tal hipótesis, ya que desde que se liberó la venta de hachís y marihuana, el número de usuarios se mantiene estable.

De hecho Holanda es el país europeo que menos población adicta tiene (13 de cada mil habitantes, frente a un promedio europeo de 26) y menos muertos por sobredosis (en 1991 se dieron 42 casos, mientras en España cerca de 900).

---

<sup>23</sup> Parlamento Holandés, *Op.cit*; páginas 30-35.

Toda esta innovadora legislación de drogas holandesa no tendría el sentido funcional que posee sin la presencia de un componente básico: la libre información sobre drogas.

En países supuestamente avanzados, como Francia o Estados Unidos, se censuran libros con información sobre drogas y manuales de toxicología bajo el argumento de que esa información incita al consumo.

Contrariamente a esa posición paternalista, en Holanda a partir de 1993, se han abierto centros de información juvenil (JIP), lugares donde los jóvenes encuentran todo tipo de información respecto de vivienda, subsidios de desempleo, sexo, policía, educación, trabajo y drogas. Ahí la información es un derecho, no una posibilidad.

Por otro lado, el NIAD (Instituto Holandés para Alcohol y Drogas) realiza permanentemente campañas de información dirigidas a jóvenes.

Otras instituciones son los Safer House, que son centros donde se analiza gratuitamente cualquier droga callejera y se proporciona información al respecto. Los medios masivos de comunicación, las bibliotecas y escuelas desempeñan también un papel de suma importancia en ese sentido.

La desinformación sobre drogas no sólo es inexcusable, sino peligrosa. Dada la experiencia holandesa, las campañas y políticas antidrogas cobran un sentido más efectivo si parten de la información y no de un proteccionismo ingenuo, un encubrimiento estéril y de un anacrónico fatalismo.

### **2.6.1.5 Coffeeshops**

Esta política de tolerancia oficial no se funda en una actitud más condescendiente - no digamos positiva - con respecto al consumo de drogas blandas. La base de esta política es la consideración de que tolerando bajo condiciones claras la venta de drogas blandas, se contrarresta el consumo por parte de los jóvenes de sustancias tóxicas más peligrosas. También la política relativa a los *coffeeshops* está bajo el signo de la *reducción del mal*.

La política que se ha llevado a cabo en Holanda parece que no ha conducido a un aumento del consumo. Existen, sin embargo, indicios de que la existencia de *coffeeshops* de

acceso libre contribuye a que ciertos consumidores continúen usando drogas durante más tiempo.

Los *coffeeshops* han demostrado que pueden contribuir a la deseada separación de los mercados del comercio minorista en drogas blandas y drogas duras. Los de por sí valiosos *coffeeshops* han aumentado sin embargo, tanto en cantidad como en molestia. Una parte de los mismos se halla además, bajo la influencia de organizaciones criminales.

La política del derecho penal - como fue expresada en octubre de 1994 en la directiva "Política de investigación criminal concerniente a los *coffeeshops*", por los procuradores generales, va orientada a apoyar la política establecida en la deliberación tripartita local con respecto a los *coffeeshops*, estableciendo "que no se actuará para penalizar a personas que se ocupan de la venta de drogas blandas en establecimientos de hostelería 'secos' (es decir, libres de alcohol) sobre los cuales se ha alcanzado concordancia en la deliberación tripartita, entre gobierno, comerciantes y población"<sup>24</sup>.

El punto de partida en este aspecto es que únicamente puede entrar en consideración para ello la hostelería seca. Los explotadores de *coffeeshops* están sujetos al pago de impuestos sobre sus ingresos y son gravados en este concepto. Las corrientes de dinero que van emparejadas con las ventas reales de los *coffeeshops* que se atienen a las condiciones impuestas por la justicia, no se calculan como transacciones inusuales en el sentido de la ley sobre la 'Comunicación de Transacciones Extrañas'.

Un *coffeeshop* que disponga de un buen surtido ofrece la posibilidad de elegir entre diversas clases de marihuana, hashish y marihuana holandesa. Se estima que más de la mitad de la cifra de ventas actual consta de marihuana holandesa. El tenedor de un *coffeeshop* adquiere su mercancía de comerciantes al por mayor o de personas que han salido de vacaciones y han traído cannabis o productos derivados del cannabis.

Desde el surgimiento de la marihuana holandesa, algunos tenedores de *coffeeshops* han procedido al cultivo de esta marihuana por su cuenta o a sostener relaciones con diversos cultivadores de quienes la adquieren. De este modo, toda la cadena de producción y la cadena comercial pueden permanecer libres de la influencia de las organizaciones

---

<sup>24</sup> Boletín Oficial del Estado Holandés 1994, núm. 203.

criminales. Como solución al problema del narcoturismo se ha propuesto prohibir la venta a extranjeros, acogiendo al Acuerdo de Schengen.

Sin embargo, la prohibición de hacer una discriminación entre compradores holandeses y extranjeros de cannabis no concuerda con la Constitución holandesa y es por lo demás muy difícil de mantener, por lo que para salvar este inconveniente se estableció que el extranjero que desee adquirir marihuana recurrirá a los ciudadanos holandeses que fungen como intermediarios. Esta política exterior de drogas holandesa no va dirigida hacia el consumo en el lugar de cannabis en los *coffeeshops*, sino contra la importación de cantidades que puedan considerarse como tráfico. El criterio de 30 gramos que señala el límite entre infracción y delito ha sido deducido de la realización de la Ley del Opio de 1976 de la legislación de los Estados Unidos en la cual se descriminaliza la tenencia máxima de una onza de cannabis. Este criterio ha sido acogido y mantenido por el gobierno holandés porque es una cantidad con la cual podían arreglárselas durante unas dos semanas los consumidores que compartían su tabaco con otros. Con esta cantidad, estos consumidores podrían permanecer todavía por debajo del régimen de infracción.

Al debatirse la Ley del Opio de 1976, se argumentó en la Segunda Cámara holandesa que el criterio—ocupado por dicha Ley— encerraba el riesgo de un desarrollo hacia un tráfico más profesional. De una cantidad de 30 gramos de cannabis pueden liarse, por ejemplo, desde 50 hasta 100 cigarrillos (porros). En los *coffeeshops*, el cliente promedio compra raciones de 3 gramos a lo sumo por un valor de 25 euros.

En las zonas fronterizas las cantidades que se venden a los extranjeros, mayores que unos cuantos gramos, se destinan casi con toda seguridad a la exportación. Al establecer un máximo a las raciones de cannabis que se venden en los *coffeeshops*, Holanda satisface el Acta Final del Convenio Ejecutivo de 1990 con relación a la obligación aceptada en el Acuerdo de Schengen de contrarrestar en lo posible los efectos internacionales de una política eventualmente diferente sobre las drogas blandas. Mediante esta adaptación se elimina una parte de la crítica del interior y del exterior sobre los *coffeeshops*, sin que quede afectada la función social primaria de la misma, es decir, la separación de los mercados de consumo de drogas blandas y drogas duras.

El Ministerio Público incorporará esta norma en su directiva y se encargará del cumplimiento de la misma.

## **2.6.2 Alemania**

La situación alemana respecto del consumo de drogas y narcotráfico, al igual que la de otros tantos países de la Unión Europea, es un problema que amerita una legislación de diferenciación entre las diferentes drogas, pues en el caso alemán el mayor problema lo constituye el consumo de drogas duras, y es por eso que busca establecer una homogeneidad entre su política interna de drogas, y la política de drogas de la Unión Europea.

### **2.6.2.1 Plan Nacional de Acción**

En Alemania, debido a su estructura federal, la política de drogas, es definida tanto a nivel nacional como local. El “*Bundestag*” y el gobierno federal, mediante decreto, resolvieron, en adecuación a la coordinación la Cámara Federal Alemana, sobre las bases legales de la política de drogas.

Así el gobierno federal inició una serie de medidas para el desarrollo de proyectos preventivos, de tratamiento y cuidado de los adictos, y la cooperación internacional contra el abuso y tráfico de drogas, ha sido desarrollada también en este sentido.

El Ministro Federal de Salud, en general responsable de las políticas de drogas para la cooperación internacional, así como de la implementación de convenciones internacionales sobre sustancias adictivas, es también responsable de las iniciativas concernientes a la seguridad pública pese a que la legislación sobre drogas recae predominantemente sobre el gobierno federal, esta última es siempre implementada por las dieciséis provincias que forman la federación, mismas que tienen dentro de sus funciones, en lo concerniente a la legislación sobre drogas la persecución y monitoreo de la circulación de narcóticos, esto con las limitantes establecidas por el Centro Federal de Drogas y Avisos Médicos.

En este rubro, los municipios también juegan un papel importante en el campo de las drogas y adicciones, pues su tarea consiste en prestar servicios de rehabilitación y tratamiento a los adictos, y a este efecto la oficina de la Comisión Federal de Drogas pertenece desde 1998 al Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social y coordina la política de drogas y adicciones de todo el gobierno federal.

En mayo del 2002 el Comisionado Federal de Drogas presentó el actual reporte de adicciones y drogas. El gobierno Federal se concentra en el desarrollo del existente sistema de ayuda. Especial atención es dirigida hacia drogas legales, en particular tabaco y alcohol.

1).- Tabaco y alcohol son consumidos comúnmente y la gente comienza a consumirlos a una edad muy temprana.

2).- Además un pequeño decrecimiento en el uso de drogas psicoactivas es obvio, como sea, esto no aplica a todos los grupos parciales. Los jóvenes étnicos alemanes, por ejemplo, muestran un incremento peligroso en las formas de comportamiento, y representan un porcentaje extremadamente alto de las muertes por drogas.

3).- Adicionalmente hubo un incremento remarcable en la distribución de cannabis y un alto incremento en personas con una detección de cannabis primaria.

4).- Los jóvenes muestran un incremento peligroso en la conducta relacionado con el consumo de drogas legales e ilegales.

5).- Se ha observado que niños y adolescentes muestran un alto incremento en el consumo de ciertos medicamentos".<sup>25</sup>

### **2.6.2.2 Principios y objetivos**

El plan nacional de drogas alemán tiene como fin cumplir los siguientes objetivos:

1. - "Prevenir o eliminar el comienzo de consumo.
2. - Conocer y reducir las formas de alto riesgo en el consumo a una edad temprana.

---

<sup>25</sup> Parlamento Alemán: "Plan nacional de acción sobre drogas y adicciones 2003"; Alemania 2003 páginas 11-24.

3. - Tratar una adicción con posibilidades disponibles, por ejemplo; usando la desintoxicación como un sustituto en atención a lograr la abstinencia o al menos reducir el grado de adicción.
4. -Fortalecer la función de la prevención general, utilizando medidas más efectivas para proteger a los no fumadores y reducir el consumo de alcohol, de esta forma el Plan Nacional de Lucha contra los Narcóticos es remplazado por el Plan de Acción de Drogas y Adicciones.
5. - La política de drogas y adicciones posee cuatro ideas básicas: prevención, terapia, ayuda emergente y reducción de ofertas de drogas.
6. - La reducción balanceada de ofertas y demandas, la cual es también exigida en los tratados internacionales.
7. - Incluir drogas legales y sus riesgos en el concepto legal.
8. - Integrar el desarrollo europeo en las medidas nacionales”.<sup>26</sup>

Mediante este esquema el gobierno alemán ha encontrado una forma de reducir el consumo de drogas, y también de combatir eficazmente al narcotráfico, haciendo esto factible mediante el *principio de tratamiento en vez de castigo*, lo que hace posible que el castigo se reduzca o desaparezca en el orden que el consumidor asista a las terapias de rehabilitación.

Desde el primero de Julio de 2001 los practicantes de medicina fueron autorizados únicamente para prescribir sustitutos de sustancias si ellos tienen una calificación especial en el campo de la terapia de adicción. Los requisitos son estipulados por la Cámara de Doctores en turno.

Un sistema de reporte central para la prescripción de sustancias substitutas fue introducida legalmente y de carácter obligatoria. Cada practicante médico que prescriba sustancias substitutas para pacientes adictos a opiáceos, tiene que reportar los detalles inmediatamente al Centro Federal de Drogas y Anuncio Médicos.

### **2.6.2.3 Legislación sobre drogas**

---

<sup>26</sup> Parlamento Alemán *Op.cit* páginas 17-20.



“La sección 29.5 del acta de narcóticos alemán: “Betäubungsmittelgesetz”, indica que la corte debe desistirse de imponer castigo alguno, si el delincuente posee cantidades “insignificantes” del narcótico para su consumo propio”<sup>27</sup>. La sección 31 a, también amplía esta posibilidad al querellante, que “puede desistirse del proceso, entre otras razones, si el procesado posee el narcótico únicamente para su propio consumo y en cantidades insignificantes”<sup>28</sup>. El Gobierno Federal aplica la letra de la ley según características locales, y esta uniformidad de criterio ha sido mencionado por la decisión por la Corte Constitucional Federal del 9 de marzo de 1994, “el cuál solicitó a los gobiernos locales poner en práctica, la ejecución básicamente uniforme en cuanto al consumo propio ”<sup>29</sup>.

En orden para poner en práctica esta ejecución las autoridades judiciales de las provincias alemanas tienen que fijar las cantidades detalladas, para entender y determinar cuánto es una 'cantidad insignificante'. Por el ejemplo, las variaciones de marihuana poseen diferentes concentraciones de THC, y el poseedor de marihuana, independientemente de la variación, no será procesado según los límites "superiores" fijados por los municipios, así que el desistirse del proceso es obligatorio según la decisión de la Corte Constitucional Federal: Encima de 6g obligatorio, hasta 15g es posible, sobre esto, es posible desistirse del proceso, pero solamente si las medidas preventivas sociales se ponen en ejecución al mismo tiempo, y solamente en determinados Estados y Municipios, esto debido a que no todos los Municipios y Estados han fijado límites, y algunos han fijado límites únicamente para la marihuana, mientras que otros han fijado los límites para otras sustancias tales como heroína, cocaína y anfetaminas.

Por esta razón, el Gobierno Federal está planeando otra vez trabajar con los Ministros locales de justicia, y así a convenir en un acercamiento completamente unificado.

#### **2.6.2.4 Despenalización de la marihuana**

---

<sup>27</sup> PARLAMENTO ALEMAN: “Betäubungsmittelgesetz, Acta alemana de narcóticos de 1994; Sección 29.5, Alemania 1994..

<sup>28</sup> *Ibid.*; sección 31 a.

<sup>29</sup> CORTE CONSTITUCIONAL FEDERAL ALEMANA, Resolución del 9 de Marzo de 1994”.

Actualmente, en Alemania, la marihuana es la mayor droga usada, entre adultos y adolescentes. Esto es demostrado por dos encuestas realizadas a la población recientemente: "examen representativo en el uso de sustancias psicoactivas de los adultos en Alemania y estudio en la afinidad de la droga de adolescentes en la República de Alemania Federal en el 2001. En los últimos 12 meses, el 6.2% de entre 18-59 años de edad, en el oeste, y el 4.9% en el este de Alemania utilizaron marihuana. Entre adolescentes y adultos jóvenes, el predominio es incluso más alto: el 10%, entre 12 y 18 años, utilizó marihuana durante los 12 meses antes de la encuesta, en cuanto al grupo perteneciente a los 21 a 24 años de edad, el porcentaje en el oeste es 19.7% y 11.6% en el Este.

La marihuana es una droga que se utiliza comúnmente, siendo la principal causa de internamiento de un adicto para su asesoramiento, o tratamiento. En el 2001, el uso de marihuana era la razón más importante para aconsejar tratamiento al consumidor. De la misma forma, en la mayoría de los casos de internados para tratamiento, los sujetos fueron tratados principalmente para los problemas del consumo de marihuana, por estas y otras razones, **en Alemania, la tenencia de cannabis para uso propio ya no se persigue más como delito, en virtud de la jurisprudencia del Bundes Verfassungsgericht de Karlsruhe (9 de marzo de 1994).**<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> PARLAMENTO ALEMAN: "Betäubungsmittelgesetz, Acta alemana de narcóticos de 1994.

### **2.6.3 LUXEMBURGO**

La política nacional sobre drogas en Luxemburgo siempre ha sido caracterizada por la división de competencias políticas y por compartir responsabilidades. Tradicionalmente el gobierno privilegió un acercamiento, que habilitó la coordinación heterogénea de diferentes niveles opuestos de la política de droga, sin embargo, a partir de las elecciones parlamentarias de junio de 1999, es el punto, en el que se vuelve al campo de drogas en Luxemburgo, pues la declaración gubernamental de agosto del 1999 y los subsecuentes acuerdos de la unión, dieron énfasis a la necesidad por el desarrollo extenso y diversificación del cuidado especializado de la salud, realizando así un acercamiento más pragmático a la entrada en vigor de la leyes en materia de drogas, previas enmiendas requeridas en el campo legislativo, así como la promoción de medidas para la reducción del daño causado por el consumo y tráfico de drogas.

Fue así que el nuevo gobierno de Luxemburgo decidió realizar una coordinación en el tema relacionado a las drogas misma que buscó la reducción de consumo o demanda y daños de drogas, misma que está bajo el Ministro de Salud, quien llevó a cabo las medidas necesarias para centralizar la directiva de dicha coordinación de la política de drogas, esta decisión se basó en los datos científicos de los estudios realizados en ese país.

#### **2.6.3.1 Plan Nacional.**

El Plan de Acción está en parte inspirado por el Plan de Acción de Drogas de la Unión Europea EU (2000-2004). La meta principal es diversificar los medios de tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas, así como la reducción del riesgo que rodea al mundo de las drogas, la promoción de la investigación sobre drogas y reforzar la colaboración y coordinación nacionalmente e internacionalmente.

El Plan de Acción 2005-2009 es dividido en cuatro pilares: prevención, tratamiento, la reducción de daño y represión. Confía en cinco áreas principales: servicios de rehabilitación; los servicios terapéuticos; las medidas postterapéuticas y las medidas de reintegración profesional; la supervisión; y la prevención primaria.

El plan define las acciones que deben ser llevadas a cabo, resalta el presupuesto necesitado esquemáticamente y la autoridad a cargo de su aplicación. El desarrollo del mismo incluye: las enmiendas a la ley de droga nacional, para introducir el concepto de reducción de daño, la descriminalización del consumo de marihuana, el tratamiento substitutivo por medio de píldoras, etc.; el desarrollo y diversificación de la red de salud y del sistema de reducción de daño por drogas; la coordinación de estrategias nacionales e internacionales; la promoción de investigación sobre drogas, fundamental en la tarea legislativa de todo país tratándose de los efectos del consumo de drogas y sin la cual el legislador no cuenta con un panorama completo de la realidad, hecho que entorpece su tarea.<sup>31</sup>

### 2.6.3.2 Principios y objetivos

| Meta principal   | Principios generales   | Objetivos  |
|--|--|--|
| Diversificar los medios de tratamiento de adicción a las drogas. | <b>1.-</b> Prevención;<br><b>2.-</b> Tratamiento;<br><b>3.-</b> Reducción del daño causado; y<br><b>4.-</b> Represión. | <b>1.-</b> Priorización de urgencias;<br><b>2.-</b> Establecer prioridad de termino medio; y<br><b>3.-</b> Establecer las posibles acciones futuras. |

La meta principal de Luxemburgo parece ser la de hacer llegar a todos los adictos los medios de tratamientos de drogas, y para ello confía en cinco áreas principales:

- 1.- Prestación de servicios de rehabilitación fijos y ambulantes;
  - 2.- Centrales conectadas a una red de computadoras que sirven como base de datos para registrar el estado posterapeutico del individuo, lo cual sirve a profesionales para:
  - 3.- Las medidas de reintegración del individuo;
  - 4.- La supervisión de la prevención primaria.
- Acompañando a estas medidas, se encuentra una quinta:

<sup>31</sup> Ministerio de Salud, Dirección de Salud: “Estrategia del plan de acción 2005-2009 de lucha contra las drogas y las toxicomanías”; Luxemburgo 2005. página 12.

**5.-** Las reformas legales para introducir nuevos conceptos legales como la reducción del daño causado y descriminalización del uso de marihuana.

### **2.6.3.3 Legislación sobre drogas**

En Luxemburgo el consumo excesivo y reiterado de drogas es definido más como una conducta asociada a riesgos de salud que como un delito, tal y como lo confirma la Declaración Gubernamental de Agosto de 1999 en ese país, haciendo gran énfasis en la necesidad de diversificar la atención médica especializada en tratamiento del consumo de drogas y adicciones, así como la adaptación de la legislación en materia de drogas para coordinar esfuerzos encaminados a fortalecer la política de drogas de Luxemburgo.

En el campo legal el citado país cuenta básicamente con la Ley Nacional de Drogas, también llamada Ley Concerniente a la Venta de Substancias con Usos Médicos y la Lucha contra la Toxicomanía (Loi concernat la vente substances medicamentuses et la lutte contre la toxicomanie), la cual data del 19 de Febrero de 1973 y a la fecha ha sido enmendada más de veinte veces.

Actualmente, a excepción de la marihuana se procede judicialmente por el consumo ilícito de drogas en general y aún así existen cinco diferentes escenarios para dicha conducta en el sistema judicial de Luxemburgo:

**1.-** Emitir—sin ejercer acción penal—una recomendación al sujeto que asista voluntariamente a tratamiento de desintoxicación.

**2.-** Proponer al sujeto que se someta a un tratamiento de desintoxicación que en caso de ser finalizado con éxito impedirá el ejercicio de la acción penal.

**3.-** Ejercer acción penal y en caso de encontrar culpable al individuo imponer como sanción el reclutamiento en una institución de salud a fin de someterlo a tratamiento de desintoxicación y rehabilitación

**4.-** Ejercer acción penal y en caso de encontrar culpable al indiciado someter a custodia total o parcial del Servicio de Aprobación mismo que se encargará de recluir al sujeto en

instituciones bajo su mando para los correspondientes tratamientos de desintoxicación y rehabilitación.

**5.-** Ejercer acción penal y en caso de encontrar culpable al indiciado decretar mediante sentencia pena de prisión con la debida asistencia médica especializada en desintoxicación y rehabilitación sometido a evaluaciones y tratamiento constante.

#### **2.6.3.4 Legislación de drogas blandas.**

En fecha 27 de Abril del año 2001 el Partido Verde de ese país realizó una enmienda a la Ley Nacional de Drogas mediante la cual se despenalizó el consumo de marihuana por una parte, por otra se elevó las penas para el consumo simple de las demás drogas. Esto atendiendo al tipo de drogas y gravedad del delito. Posteriormente, el 4 de Enero de 2002 un miembro del citado partido presente ante el congreso de ese país una propuesta de Ley en la que proclama la regulación del Estado en la producción controlada, distribución y venta de cannabis, lo que implicaría la creación de un Observatorio Nacional sobre los puntos de producción, distribución y venta de marihuana. En Agosto de ese mismo año una vez más el Partido Ecologista presentó una propuesta de enmienda a la Ley Nacional de Drogas para regular las prescripciones de medicinas que contienen cannabinoides, principalmente el Marinol y Cesamet.

#### **2.6.4 Canadá**

Canadá cuenta con una población de 31. 413, 990 habitantes. Su tasa de desempleo es del 7.5% y su tasa de inflación en el 2002 fue del 3.2%. Una de las características de este país es su diversidad cultural donde no encontramos distinción es en el consumo de drogas legales e ilegales, ya que en una encuesta publicada en 2002 (Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA) y realizada a la población universitaria a escala nacional, los porcentajes obtenidos fueron preocupantes: el 8.9% de las mujeres y el 11.9% de los hombres habían consumido alguna droga ilícita en el último año (excluyendo el cannabis).

Otra encuesta (CCSA, 2002) realizada a la población general también demostró un alto consumo de drogas legales, en mayor medida en las mujeres que en los hombres. Algunos datos a modo de ejemplo; el 6.7% de las mujeres consumía habitualmente analgésicos

opiáceos, frente al 5.5% de los hombres; antidepresivos un 6.7% mujeres y un 3.1% hombres; tranquilizantes un 3.6% mujeres.<sup>32</sup>

En cuanto al alcohol, encontramos un fuerte consumo, como en la gran parte de los países industrializados. En Canadá “el consumo problemático de alcohol se concentra en la franja de edad comprendida entre los 25-34 años (Canadian Health Survey, CCSA, 2001), con una prevalencia anual de abuso de alcohol del 32% para hombres y 32.% para mujeres (población general mayores de 15 años)”<sup>33</sup>.

En cuanto a tendencias en el consumo problemático de drogas ilegales, un informe sobre delitos relacionados con las drogas<sup>34</sup> (Uniform Crime Report Survey, CCSA 2001) da pistas que permiten vislumbrar una situación que coincide con las tendencias de todos los países desarrollados occidentales: a mayor grado de civilización, menor margen de libertad del ciudadano, creando un ambiente generalizado de depresión, orillando a los ciudadanos comunes a buscar un desahogo, un medio de desfogue a su alcance, encontrándolo generalmente en las drogas, principalmente las drogas duras que sirven como catalizador para disparar la presión acumulada por los sujetos..

“El mayor número de detenciones por posesión de drogas ilícitas lo ocasionó el cannabis (71%) (28.906 personas); en segundo lugar las relacionadas con la cocaína (21%) (8.375 personas); otras drogas, sobre todo derivados de la anfetamina (7%) (2.911 personas) y heroína (1%) (553 personas). Las tendencias para los jóvenes siguen a las de la población general en cuanto a la relación drogas-delitos. Sólo cambia, como resulta lógico, el segundo puesto, en lugar de ser la cocaína, toman otras drogas (derivados de la anfetamina), descendiendo a prácticamente 0, las detenciones por heroína”<sup>35</sup>.

Así tenemos el cuadro clásico de los últimos años, países desarrollados occidentales, donde la cocaína, en forma de crack o inyectada, ha tomado el relevo a la heroína como droga fundamental en la mayoría de los casos de consumo problemático. Que en el caso de los países de América del Norte, resulta ser la causa por la que más se demanda

---

<sup>32</sup> Canadian Centre on Substance Abuse; encuesta realizada y publicada en 2002. Canadá

<sup>33</sup> **Canadian Centre on Substance Abuse (Centro canadiense sobre abuso de sustancias)** ; encuesta realizada y publicada en 2001. Canadá

<sup>34</sup> **Canadian Centre on Substance Abuse**; Informe Anual de Crimenes ; Canada 2001.

<sup>35</sup> **Canadian Centre of Substance Abuse** , *op.cit.*,

tratamiento. Concretamente en Canadá, como veré más adelante, se da un fuerte consumo intravenoso de esta droga.



#### **2.6.4.1 Plan Nacional**

En cuanto a tratamiento (Residencial Care Facilities Survey, CCSA 2002) Canadá contaba en 1999 con un total de 6.019 camas, para personas con problemas de adicción al alcohol y otras drogas, en 283 dispositivos. De estas un total de 4.452 acreditadas por las autoridades pertinentes, de las cuales estaban en uso 4.361 ubicadas en un total de 183 dispositivos, con un promedio de ocupación del 88.77%. En cuanto a las personas contagiadas por el VIH en el 2001 (Health Canadá Laboratory Centre for Disease Control, 2002), aportaba 1.123 casos entre las mujeres y 2.570 para los hombres. Respecto al contagio por consumo intravenoso de drogas ilícitas, el incremento es mayor entre las mujeres que entre los hombres. En el periodo 1995-2000, el contagio por VIH entre CVI mujeres fue del 45.7% y del 25.6% entre hombres.

Las medidas para hacer frente al uso problemático de drogas, existentes actualmente en Canadá, afectan a tres campos de intervención:

- 1. - Educación y prevención.**
- 2. - Tratamiento y reinserción.**
- 3. - Aplicación de la ley y control.**

Estas medidas combinan la información, motivación y sensibilización de los diferentes grupos afectados con medidas fiscales disuasorias y medidas de reducción del daño. Dentro de este campo de intervención, en 1988 se creó el Centro Canadiense de la Lucha contra la Droga y las Toxicomanías, cuya finalidad es la de sensibilizar al público, recaudando datos para la difusión de información y el diseño de políticas.

También dentro de este campo se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, algunos de los cuales se remontan a 1989, año en el que la propagación del SIDA entre consumidores de drogas intravenosas adquirió su máxima gravedad. Estos programas, ofrecidos a partir de unidades móviles o de centros permanentes, garantizan una prevención eficaz y poco costosa, hecho que permite al gobierno llevar un registro y control del consumo de ésta droga.

#### **2.6.4.2 Principios y Objetivos.**

##### **Tratamiento y readaptación**

Las provincias y las colectividades locales son las primeras responsables de la elaboración y la puesta en práctica de los programas para el tratamiento y la readaptación de fármacodependientes y alcohólicos, pero el gobierno federal interviene también en su financiación. Estos programas abarcan la desintoxicación, detección e intervención precoz, evaluación y la motivación hacia los servicios de consejo u asesoramiento, intervenciones terapéuticas, el seguimiento clínico y programas preventivos en el trabajo.

En el marco de la Estrategia Antidroga se asignaron recursos financieros federales a las provincias y territorios para que multiplicaran los programas de tratamiento y de readaptación tanto para el alcohol como para las fármacodependencias. Gracias a varios acuerdos con las provincias el Ministerio Nacional de Sanidad y Bienestar Social apoya también los programas conexos, colabora en la elaboración de directrices de buenas prácticas nacionales y facilita la síntesis y la difusión de la información.

Los centros de tratamiento que ofrecen programas específicos dirigidos a colectivos concretos son un fenómeno relativamente nuevo en Canadá. Entre los colectivos a los que se dirigen se encuentran básicamente las mujeres, los nativos y los jóvenes. Los que trabajan en el sector consideran que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de esconder sus problemas con las drogas por mantener su reputación o por no perder la custodia de sus hijos.

Los centros que ofrecen tratamiento a los jóvenes que inhalan solventes son insuficientes en todo Canadá y especialmente en el Norte. A este respecto, en 1995 la situación mejoró ligeramente con la financiación por parte del Ministerio de Sanidad de 6 centros nacionales permanentes de tratamiento del abuso de solventes para los grupos de nativos y de etnia *inuit*.

Los programas de mantenimiento con metadona están ampliamente desarrollados y orientados al mantenimiento. Desde el 2000 se estudia implementar el tratamiento con heroína como droga de sustitución.

#### **2.6.4.3 Legislación sobre drogas**

Hasta hace pocos años, dos leyes federales regían la cuestión de las drogas ilegales en Canadá: la Ley sobre estupefacientes y la Ley sobre alimentos y drogas. La primera regulaba más de 120 sustancias, entre ellas la cocaína, la heroína, el opio, la fenciclidina y cannabis.

A pesar de sus diferentes propiedades farmacológicas, todas ellas se definían como estupefacientes para los fines de la ley, sin establecer ninguna distinción material en relación a éstas sustancias.

Así, los procedimientos para la búsqueda y persecución de cannabis o heroína eran los mismos y daban lugar a las mismas consecuencias en cuanto al expediente criminal.

La Ley sobre alimentos y drogas incluía dos partes que regían el uso no médico de ciertas drogas: "drogas controladas", que incluían anfetaminas, barbitúricos y otras 50 sustancias, y las "drogas de uso restringido", que incluían el LSD, el DMT, el MDA y otras 35 sustancias psicodélicas.

Las penas máximas impuestas por esta Ley eran nítidamente menos severas que las que preveía la Ley sobre estupefacientes, a pesar de tratarse de drogas más fuertes a excepción del LSD.

En Mayo de 1997, la Ley sobre estupefacientes y las partes mencionadas de la Ley sobre alimentos y drogas fueron derogadas y substituidas por la Ley para la regulación de ciertas drogas y otras sustancias, que introducía básicamente las cinco modificaciones siguientes:

**1.** - Agrupación de la mayoría de las medidas legislativas existentes sobre drogas ilegales, si bien varios términos clave se remiten todavía a otras leyes federales, y algunos preceptos sobre las drogas se encuentran todavía íntegramente en el Código Penal.

**2.** -Tipificación de un nuevo delito; la producción de una sustancia controlada.

**3.** - Ampliación del alcance de las conductas tipificadas. Por ejemplo, las infracciones no se refieren únicamente a las sustancias enumeradas en los anexos de la ley, sino también a "las sustancias análogas", término que se define como cualquier sustancia que tenga una estructura química muy parecida a la de una sustancia controlada. Otra disposición de la ley asimila a las sustancias enumeradas en los anexos todos aquellos elementos que contengan una de estas sustancias, como por ejemplo una jeringuilla.

**4.** -Reducción de algunas penas máximas anteriormente previstas y agravación de otras. Así, la pena máxima para el tráfico del cannabis o su posesión con fines de tráfico se reduce de cadena perpetua a una pena de 5 años menos un día, pero solamente cuando se trate de 3 Kg. o menos. Puesto que las antiguas penas no se habían impuesto prácticamente nunca, esta reducción no tiene ningún impacto significativo.

**5.** -Modificación para adecuar la legislación a la Carta Canadiense de Derechos y Libertades.

Por ejemplo no se prevé la anterior pena mínima de 7 años para la importación o exportación de estupefacientes, anulada por una decisión del Tribunal Supremo en tanto que violaba la prohibición contenida en la Carta de los Tratos o Castigos Cruels o Inhabituales. Actualmente Canadá permite la portación de hasta quince gramos de marihuana para uso recreativo, y ha legalizado el uso con fines médicos en el tratamiento de glaucoma, cáncer y SIDA.

#### **2.6.4.4 Despenalización de la marihuana**

Puesto que hasta ahora los esfuerzos de las fuerzas del orden para terminar con el tráfico de drogas han fracasado, algunos han sostenido que había que despenalizar la posesión de drogas ilegales.

En apoyo a esta tesis, argumentan que se liberarían los presupuestos que actualmente se destinan para la actuación de las fuerzas del orden, las cuales podrían dedicarse a programas sanitarios; que el tráfico ilegal de drogas da lugar a la violencia, no así el consumo, toda vez que los distintos grupos de narcotraficantes luchan constantemente entre ellos por mantener una supremacía, pagando las consecuencias de ello la población civil; y que existen incoherencias entre el tratamiento por abuso de drogas legales y el tratamiento por consumo de drogas ilegales.

Por su parte, los grupos contrarios a la despenalización consideran que los costos sociales y de sanidad probablemente aumentarían si desapareciera la condena social hacia el consumo de drogas.

Una de las preocupaciones que existían en Canadá respecto a las drogas era la disparidad constante de las penas impuestas por los tribunales. Así, por la simple posesión de cannabis el juez podía conceder la absolución incondicional o bien imponer una pena de hasta 7 años de prisión.

Se temía que ese sistema sólo sirviera para perpetuar las sanciones penales y los perjuicios que crea para el individuo el contacto con el mundo penitenciario, estigmatizándolo y con un alto precio social para el sujeto.

Actualmente iniciativas antidrogas se han llevado a cabo en el ámbito laboral. Se han aplicado varios programas de detección del consumo de drogas tanto en el sector público como en el privado.

A nivel federal, las pruebas se realizaron por primera vez en 1992 en los cuerpos de seguridad de las Fuerzas Canadienses.

En cuanto al sector privado, algunas empresas, como La Pétrolière Impériale, imponen a los nuevos empleados y a aquellos que ocupan puestos clave para la seguridad la obligación de someterse a estos estudios.

Esta práctica ha sido cuestionada por los comisarios de protección de la privacidad y de protección de los derechos de las personas.

### **2.6.5 Reino Unido**

La población del Reino Unido asciende a poco más de 58.8 millones de personas, de los cuales aproximadamente el 80% es decir 49 millones, viven en Inglaterra; el 8.6% el equivalente a 5 millones viven en Escocia; el 4.9% algo así como 2.9 millones viven en Gales; y el 3% restante correspondiente a 1.7 millones viven en Irlanda del Norte.

Esos cuatro países integrantes de la región denominada forman parte de la Unión Europea, también son miembros del Observatorio Europeo de Drogas y Adicciones, hechos que implican el desarrollo de una política homogénea en diversas áreas, entre ellas la política de drogas.

En ese sentido los cuatro países que conforman el Reino Unido, de acuerdo y supeditada a la política de la Unión Europea en materia de drogas, han desarrollado una especie de subpolítica en materia de drogas adecuada a las necesidades de cada uno de esos países, pero en esencia uniforme, con los mismos objetivos.

#### **2.6.5.1 Plan Nacional**

El Reino Unido lanzó en 1998 su estrategia de drogas bajo el lema de construir una mejor Bretaña, su última actualización fue en 2002.

Uno de los principales fines perseguidos por la estrategia desarrollada por los gobiernos integrantes del Reino Unido es conciliar o al menos **balancear las necesidades individuales de los consumidores de drogas con los intereses de la población general,** a fin de lograr esta premisa los gobiernos en cuestión han desarrollado y aplicado programas de educación y prevención en materia del consumo de drogas; tratamientos prolongados de rehabilitación; y han modificado parte de su legislación penal en lo concerniente al tráfico de drogas.

En Escocia, Irlanda del Norte y Gales, las autoridades correspondientes en materia de drogas, han desarrollado sus propias estrategias a nivel local, las cuales están basadas en los pilares del plan de acción del Reino Unido, con la diferencia que incluyen objetivos y prioridades adecuadas a las circunstancias específicas de cada uno de los países ya mencionados.

### **2.6.5.2 Principios y objetivos**

De acuerdo al plan de acción en materia de drogas, el Reino Unido persigue cuatro objetivos:

1. - *Prevención del uso de drogas en la población juvenil.* Al efecto los gobiernos de la Gran Bretaña han desarrollado programas de educación encaminados a prevenir el consumo y evitar el primer contacto con drogas de la población juvenil por considerar a estos como un grupo vulnerable.

2. - *La salvaguarda de las comunidades.* Con la intención de lograr este objetivo, los gobiernos de Escocia, Irlanda del Norte, Gales e Inglaterra, han implementado y modificado su legislación penal en lo concerniente al área de drogas, tratando de conciliar los intereses individuales de los consumidores con los intereses de la población y reducir las molestias causadas por el consumo de drogas.

3. - *La procuración de tratamiento.* En este aspecto las autoridades sanitarias del Reino Unido han implantado tratamientos de rehabilitación de larga duración; y

4. - *Reducción de la oferta de drogas.* Mediante sanciones más fuertes y ciertas excluyentes el Reino Unido ataca el tráfico de drogas, sobre todo el llamado narcomenudeo, aunque permite el consumo de ciertas drogas, entre ellas la marihuana.



### **2.6.2.3 Legislación sobre drogas**

El acta sobre abuso de drogas de 1971 es el instrumento legal por excelencia en el Reino Unido en cuanto a materia de drogas se refiere. Este instrumento legal clasifica a las drogas de acuerdo a su mayor o menor peligrosidad en tres clases A, B, y C. A esta clasificación le corresponde gradualmente una serie de penas y sanciones por posesión y suministro de drogas, en este orden de ideas las actividades que involucren a drogas de clase “A” contendrán las mayores penas y sanciones, las correspondientes a la clase “C” serán las menores.

El consumo controlado no es en general sancionado por ninguno de los gobiernos que conforman el Reino Unido, sin embargo desde 1995 está en contra de lo dispuesto por los reglamentos de los centros penitenciarios de dichos países.

Las estadísticas sobre crimen en el Reino Unido muestran la necesidad crear disposiciones legales encaminadas a regular la calidad de vida de los ciudadanos con el fin de combatir lo que ha sido descrito como una conducta antisocial o desorden menor en la calidad de vida, refiriéndose al uso y venta de drogas. Por esta razón la Dirección de Estrategia de Drogas y la Unidad de Conducta Antisocial del Reino Unido, trabajan conjuntamente para hacer frente a la conducta antisocial y alteración del *orden público* relacionadas con drogas.

Al efecto han creado preceptos legales que tienen como fin prohibir el proselitismo de drogas en lugares públicos, intoxicación en lugares públicos y la prostitución, dichas medidas también se refieren al problema de operaciones de compra venta de drogas en lugares públicos y plantea las molestias causadas a la población por las llamadas casas de crack.

#### **2.6.2.4 Reclasificación de la marihuana**

El acta sobre el abuso de drogas de 1971, modificación numero 2, orden 2003, reclasifica al cannabino y a sus derivados, (anteriormente drogas de clase A), y a la cannabis y su resina (anteriormente drogas de clase B) como drogas de clase C, esta reclasificación surtió efectos legales desde enero de 2004. Esta reclasificación se basó en el estudio del daño relativo que causa el consumo de marihuana a la salud de quien la consume. Por esta razón el combate al consumo y venta de marihuana en el Reino Unido no constituye más una prioridad de los gobiernos integrantes, ya que el combate en materia de drogas se enfoca en aquellas pertenecientes a la clase A.

Con la reclasificación de la cannabis, la máxima pena por posesión de marihuana, ha sido reducida de cinco a dos años de prisión. Como sea, las penalidades por ofensas relacionadas con drogas ha sido incrementada en otras áreas, como es el caso del tráfico de drogas, cuya máxima pena anteriormente era de cinco años, ahora es de catorce años de prisión, sin embargo debido a la *Cannabis Enforcement Guidance* desarrollada por la Asociación de Jefes de Policía (ACPO) , establece en principio una presunción en contra del arresto de los ciudadanos de 18 años o mayores que han sido encontrados en posesión de marihuana, pero esto en principio pues quedan excluidos de esta presunción los reincidentes; los consumidores de marihuana que hayan causado anteriormente desordenes públicos o quienes han sido encontrados en posesión de marihuana cerca de lugares públicos frecuentados por menores de edad, tales como escuelas, parques o clubes exclusivos de jóvenes menores de edad.

## CAPÍTULO III

### MARIHUANA, ALCOHOL Y TABACO: UN ESTUDIO MÉDICO-COMPARATIVO.

Toda vez que el fin del Derecho Penal es tutelar bienes jurídicos de vital importancia para la subsistencia de la sociedad, como es el caso de la salud, en este Capítulo se mostrará detalladamente los daños sufridos en la salud del organismo que consume alguna de las siguientes sustancias; marihuana, alcohol y tabaco, esto con la finalidad de conocer cuál de estas sustancias es más dañina para la salud humana, para esto es necesario que se conozca la composición química de ellas.

¿Cómo y en qué manera sus componentes afectan al organismo?, ya en forma inmediata, ya a largo plazo.

#### **3.1. - Marihuana**

La marihuana es la flor del cáñamo, es también una droga, que debido a su ingrediente activo, el isomero tetrahidrocannabinol (THC), altera el funcionamiento del sistema nervioso central, lo que se debe al efecto que este compuesto químico produce en el organismo una vez que ha sido consumida.

Para entender esto, es necesario conocer la composición química del THC, al cual se le atribuyen los efectos psicotrópicos de la marihuana. El THC ( A-9-trans-tetrahidrocannabinol) se encuentra en la resina del cáñamo, oscilando en orden de 5%.

De la concentración del THC, depende la potencia de la marihuana. Introducido en el cuerpo, este isomero lipófilo se adhiere, principalmente a los tejidos grasos del hígado y corteza cerebral.

“Estando en contacto con la corteza cerebral, el THC, dirige sus efectos sobre las áreas que controlan el sistema motriz, lo cual merma la capacidad motriz de un individuo, de ahí que alguien bajo los efectos del THC, muestre cierta lentitud en sus movimientos, y a grandes dosis falta de coordinación”<sup>1</sup>.

El THC actúa directamente sobre el hipotálamo, el cual es el centro neurálgico que segrega hormonas a la hipófisis y controla el apetito, afecta también las áreas de la corteza cerebral que controlan los órganos sensoriales, el comportamiento y la memoria.

Por eso que se vea alterada la forma en que la información sensora es procesada por el hipocampo, ya que se reduce la velocidad de transmisión de impulsos nerviosos de una neurona a otra, es así que debido al consumo de THC, se puedan producir alucinaciones sensoriales, las cuales se manifiestan a través de una distorsión de la percepción de profundidad y distancia, alucinaciones visuales (cuando se fuma en grandes cantidades) y auditivas, pérdida de la sensación de tiempo.

Dado que el hipocampo es un componente del sistema límbico del cerebro, crucial para la memoria del aprendizaje y para la integración de las experiencias sensoriales con las emociones, el individuo que se encuentra bajo efectos del THC puede tener problemas de concentración, aprendizaje, retención de información, asociación de ideas y recordar eventos inmediatos.

La presencia de THC, activa autoreceptores del tipo dopamina, lo que provoca una sensación de placer, relajación y pesadez. Al ser activados estos autoreceptores, se ponen en marcha en el sistema límbico respuestas cerebrales de las llamadas *de compensación* lo que genera una serie de respuestas precoces a estímulos externos, como el sonido.

---

<sup>1</sup> Astolfi, Gotelli, et.al., op.cit., páginas 182-184.

“Estudios realizados por Eduardo Truitt, en Columbia, Estados Unidos de Norteamérica, demostraron que el THC, incrementa de forma significativa el nivel de serotonina cerebral (5-Ht), produciendo algo similar al efecto del etanol. Por otra parte, trabajos de R. Forney indicaron que la marihuana no solamente actúa como sedante, sino que prolonga el tiempo de sueño, crea un aumento de las ondas alfa y reducción de las ondas beta y teta, lo que se traduce en un incremento en la amplitud de respuestas precoces, relacionándose éste fenómeno con la hiperactividad a estímulos sensoriales como los hallados en los animales”.<sup>2</sup>

“De ahí que la marihuana tenga un amplio uso en el círculo artístico e intelectual. Mediante encefalogramas se ha demostrado que la euforia inducida por la marihuana coincide con la descarga de ondas lentas de alta amplitud en la región septal y sitios conexos, los cuales guardan similitud con las ondas producidas durante el orgasmo. Estos cambios orgánicos no se producen con el consumo de alcohol, tabaco o anfetaminas”<sup>3</sup>.

Se produce también relajación muscular, el corazón aumenta su ritmo cardíaco, lo que puede producir taquicardia, enrojecimiento de la retina y labios, entumecimiento, estupor, adormecimiento iterativo y fatiga.

En cuanto a la manera que el THC altera inmediatamente la conducta del individuo, depende en principio del carácter del sujeto, experiencias anteriores con la marihuana, estado anímico al momento del consumo y ambiente en el que se consume, así como si la marihuana es consumida en compañía de otras drogas o alcohol.

En general la presencia de THC en el organismo tiende a desinhibir el comportamiento, aumentar la libido, generando euforia temporal y repentinos episodios de risa incontenible o hilaridad, esto cuando es consumida en compañía de otros individuos, pues cuando se encuentra solo, el sujeto tiende más a la introversión y aletargamiento.

La siguiente tabla es proporcionada por Hollister, de acuerdo a una dosis fija de 30 miligramos de THC, aunque la duración del efecto y aparición de los síntomas varía en relación a la potencia de la droga y al tiempo que el sujeto ha consumido habitualmente la

---

<sup>2</sup> Astolfi, et.al. op.cit., paginas 10-30.

<sup>3</sup> Astolfi, et.al. op.cit., paginas 10-30.

marihuana”<sup>4</sup> es común que los siguientes síntomas se presenten en un individuo que se encuentra bajo los efectos de la marihuana:

| <b>SÍNTOMAS Y EFECTOS PRODUCIDOS POR CONSUMO DE MARIHUANA</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Minutos Transcurridos   | Síntomas y Efectos   |  |  |
| 30  | Sensaciones de calor, frío, adormecimiento, debilidad y pesadez.   |  |  |
| 60  | Se mantienen las mismas sensaciones, se presentan los siguientes síntomas: boca seca, cefalea, palpitaciones y entumecimiento. | Visión borrosa e hipersensibilidad para tonos agudos en cuanto a los colores.  | Ansiedad, dificultad para pensar, hablar y concentrarse, lasitud.                                |
| 90  | Mismas sensaciones y síntomas.   | Visión borrosa e hipersensibilidad para tonos agudos en cuanto a los colores, y distorsión ilusoria de los objetos percibidos. | Se producen los mismos efectos mas euforia, elación, risa, estados oniroides y despersonalición. |

| <b>SÍNTOMAS Y EFECTOS PRODUCIDOS POR CONSUMO DE MARIHUANA</b> |                    |
|---|--------------------|
| Horas Transcurridas   | Síntomas y Efectos |

<sup>4</sup> GARCÍA LIMON Carmen: “Marihuana”; sin edición; Editorial Árbol; México 1990; pagina 42-44.

|        |   |  |   |
|--------|---|--|---|
| 2      | Sensaciones de calor, frío, adormecimiento, debilidad y pesadez, boca seca, cefalea, palpitaciones, entumecimiento, ataxia, incoordinación, y respiración dificultosa | Visión borrosa e hipersensibilidad para tonos agudos en cuanto a los colores, y distorsión ilusoria de los objetos percibidos, distorsión de la sensación de tiempo, zumbidos o sensaciones de vibración | Ansiedad, dificultad para pensar, hablar y concentrarse, lasitud, euforia, elación, risa, estados oniroides, despersonalización, posible pérdida de autocontrol y estado ebrioso. |
| 3      | Se mantienen las mismas sensaciones más fatiga y sensación de ligereza o falta de peso.   | Se producen los mismos efectos más acentuación de trastornos ilusorios y alucinatorios, sobre todo visuales.   | Se producen los mismos efectos más ensoñación, fuga de ideas, se alcanza el punto de mayor efecto.  |
| 4      | Se mantienen las mismas sensaciones.  | Se mantienen los mismos efectos.   | Los efectos comienzan a disminuir.  |
| 5      | Se mantienen las mismas sensaciones mas desfallecimiento y debilidad.   | Se mantienen los mismos efectos.   | La mayoría de los efectos y síntomas comienzan a desaparecer.   |
| 6<br>6 | Mareos, somnolencia, fatiga, cefalea y cruda residual.  | Hipersensibilidad para tonos agudos, percepción no repuesta.   | Persiste cierto estado oniroide y dificultades para recordar y pensar.  |

### 3.1.2.- Grado de adicción

El hábito, tolerancia y dependencia o adicción, desarrollados hacia el consumo de una droga, son indicadores de la peligrosidad y daño a la salud provocada por la sustancia.

Aunque cada uno de los conceptos mencionados están íntimamente ligados unos a otros, son cada uno de ellos de significado diferente, mismos que al conjugarse, originan el fenómeno de la mal llamada fármacodependencia, para el caso de las drogas, alcoholismo en el caso del consumo de alcohol, y tabaquismo para supuesto del consumo de tabaco.

El **hábito**, puede considerarse como la adaptación psíquica a los efectos agradables o estimulantes de una sustancia, ello sin que la abstención en el consumo, produzca graves alteraciones físicas. El paradigma más recurrente nos lo ofrece la rutina de tomar café o té, fumar unos pocos cigarrillos al día, o beber alcohol constantemente en dosis bajas.

“Algunas de las siguientes características son observadas en el estado de habituación:

1. - El deseo, aunque no la exigencia de continuar consumiendo la sustancia;
2. - Escasa o nula tendencia al incremento de la dosis;
3. - Inexistencia de dependencia física, y por lo tanto del síndrome de abstinencia; y
4. - Las consecuencias negativas del hábito, no trascienden la persona del individuo, es decir difícilmente afectan a la sociedad”.<sup>5</sup>

La **tolerancia** es la resistencia desarrollada por el organismo hacia una sustancia, es decir que para obtener el efecto inicial en el origen del consumo, se debe suministrar una dosis cada vez mayor, a medida que disminuyen los efectos de la sustancia.

La **dependencia o adicción**, es un estado que se desarrolla en el organismo del individuo tras la administración continuada de una sustancia determinada, y que en caso de interrumpirse su consumo, se presentaría el síndrome de abstinencia, cuya sintomatología varía dependiendo del tipo de sustancia ingerida. Ahora bien, *existen dos tipos de dependencia*; física y psíquica.

---

<sup>5</sup> De ROPP Robert S, : “Las drogas y la mente”; segunda edición, Editorial Continental; México 1978, página 75-77.



La **dependencia física** es la necesidad que el organismo desarrolla por continuar consumiendo la sustancia, y esto se traduce en un cambio orgánico causado por el consumo repetido de la sustancia a lo largo de un periodo prolongado, el cual varía dependiendo del grado de adicción que cada sustancia cause. **Respecto a la marihuana no existe la dependencia física.**

Por lo que corresponde a la **dependencia psíquica**, esta es el deseo, (más no la necesidad) del sujeto por continuar consumiendo la sustancia. En el caso de la marihuana se puede producir una dependencia psicológica menor<sup>6</sup>, incluso la Organización Mundial de la Salud, dentro de su tabla "C" de dependencia de una droga, ubica a la marihuana en el cuarto y último grupo, en el de las drogas que producen una nula dependencia física y una dependencia psíquica menor. Se ubican en este grupo otras drogas como la cafeína y los alucinógenos.

Cabe mencionar que **el alcohol, de acuerdo a la tabla anteriormente mencionada, se ubica en el primer grupo, en el de las drogas que provocan una alta dependencia física y psíquica.**

### **3.1.2 Daño a la salud**

Algunos de los daños provocados al organismo por el consumo de marihuana, siempre que ésta sea fumada, son similares a los causados por fumar tabaco. Sin embargo no todos los daños que a continuación se mencionan, han sido comprobados ni respaldados por estudios médicos que demuestren su veracidad.

Debido a que el THC es un compuesto lipófilo, es atraído por los tejidos grasos, adhiriéndose principalmente a las células del cerebro, hígado, ovarios y suprarrenales, en los cuales se disuelve, toda vez que es una molécula liposoluble, posteriormente regresa al torrente sanguíneo para ser eliminado a través de la orina, pero principalmente en las heces fecales.

"Cuando existe un consumo crónico--más o menos de tres a cinco cigarrillos diarios--, el THC altera diversas funciones orgánicas, como la actividad de la glándula hipófisis, la cual

---

<sup>6</sup> Tabla de dependencia de drogas de la Organización Mundial de la Salud.

regula la secreción de hormonas sexuales, por esto que en los hombres se reduce temporalmente la producción de espermatozoides y se cree que en las mujeres provoca el cese temporal de la ovulación, que en caso de ser así, el THC puede constituir un tratamiento anticonceptivo alternativo femenino, pues una vez interrumpido el consumo de marihuana la actividad de la hipófisis regresa a su actividad normal. El consumo crónico de marihuana reduce también temporalmente la producción de glóbulos blancos, lo que provoca una deficiencia del sistema inmunológico”<sup>7</sup>.

Al alterar la forma en que la información sensora es procesada por el hipocampo, el cual es un componente del sistema límbico del cerebro, crucial para la memoria del aprendizaje, crea problemas de concentración, memoria y aprendizaje, así como apatía y falta de vitalidad.

---

<sup>7</sup> Revista: *“La Marihuana”*; publicaciones NIDA, España, 2001, pagina 15.

Durante el embarazo, el consumo de THC, puede crear problemas en el normal desarrollo del feto, pues el THC atraviesa la barrera placentaria y mamaria, por lo cual también durante la lactancia, el THC puede afectar o inhibir el desarrollo motriz del feto, según sea la etapa en que se consuma.

Se cree que el fumar marihuana produce laringitis, bronquitis, enfermedades de las vías respiratorias y pulmones, incluidos el enfisema y cáncer pulmonar.

Sin embargo la veracidad de la premisa anterior es discutible, en tanto que el agente cancerígeno del tabaco es el alquitrán, y en este aspecto, los estudios realizados sobre la composición química de la marihuana, disciernen mucho unos de otros, pues mientras algunos sostienen que la marihuana no tiene alquitrán, hay quienes dicen que un cigarrillo de esta droga contiene hasta tres veces más que un cigarrillo de tabaco, esto es 36 miligramos de alquitrán.

El insomnio, se cree es otro efecto colateral originado por el consumo crónico de marihuana. Esto altera la conducta en diversas formas, creando irritabilidad, neurosis, cansancio y falta de concentración en el sujeto que padece insomnio.

Como demuestra R. Forney, este punto es cuestionable, pues sus estudios comprueban que “el consumo de marihuana no sólo induce sino también prolonga el tiempo de sueño”<sup>8</sup>.

El consumir marihuana fumada, puede aumentar el riesgo de sufrir un infarto, ya que además de incrementar el ritmo cardiaco, el humo inhalado se adhiere a las arterias creando una especie de sarro lo cual obstruye el flujo del torrente sanguíneo.

Debido a que el humo de la marihuana no suele ser filtrado antes de inhalarse, puede generarse una laringitis.

---

<sup>8</sup> Ver *supra*. 3.1 Marihuana, página 95.

Un cigarrillo de marihuana destruye entre cuatrocientas y seiscientas neuronas, en tanto que un vaso--lo equivalente a doscientos cincuenta mililitros-- de cuba destruye entre mil seiscientas y mil ochocientas neuronas.

Otros daños, como el cáncer y enfisema pulmonar, generados por el consumo de marihuana no han sido comprobados.

En cuanto a accidentes y crímenes cometidos bajo el influjo de marihuana son prácticamente nulos, a diferencia de homicidios, accidentes automovilísticos, violaciones realizadas bajo el influjo del alcohol. También cabe mencionar que no puede causarse una muerte por sobredosis de marihuana, ni tampoco el organismo sufre daños irreversibles, no sucede así con la congestión alcohólica que de no ser atendida a tiempo puede derivar en muerte.

### **3.1.3 Uso terapéutico de la marihuana**

“A diferencia del alcohol y tabaco, la marihuana sí tiene usos médicos. Toda vez que activa receptores del tipo dopamina, e incrementa la producción de serotonina cerebral y la producción de ondas alfa, es utilizada como tratamiento alternativo antidepresivo (Europa y Japón son los mayores consumidores de antidepresivos a nivel mundial), con la ventaja de no provocar la dependencia física, a diferencia de todos los antidepresivos conocidos en la industria farmacéutica. Es también utilizada como tratamiento para el glaucoma y como sedante en fases terminales de SIDA y cáncer”<sup>9</sup>.

“Otras enfermedades susceptibles de ser tratadas mediante la marihuana, aunque esto carece temporalmente de veracidad, toda vez que no hay estudios que así lo demuestre, son la osteoartritis crónica degenerativa, epilepsia, mal de parkinson, malaria, asma y trastornos mentales”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Revista del Observatorio Europeo de Drogodependencias, año 2001.

<sup>10</sup> Cárdenas de Ojeda, Olga, et. Al. : “*Toxicomanía y narcotráfico*”, Editorial Fondo de Cultura Económica; 3ª edición; México 1998; página 37.

### 3.2 Alcohol

El origen de la palabra no está nada claro. Hay quien en un origen árabe encuentra su traducción en *alcoholéé*, que es nombre con que se llama a los espíritus malignos. Parece ser que un religioso dentro de la más pura ortodoxia de eliminar el alcohol lo llamó así, identificándolo con los espíritus del mal y pensando especialmente en los efectos que es capaz de producir.

Hay quien sostiene que el origen, también árabe, está en la palabra *alkohl*, que era una mezcla de pinturas y polvos a base de minerales que utilizaban las mujeres de cierta categoría social para iluminar su rostro y maquillarse, también se refiere a algo sutil, al "espíritu" del vino.

El alambique, aparato para destilar el alcohol, fue también inventado por los árabes en eso de los años 800 e introducido en Europa hacia 1250. Hasta esos años, y dependiendo del contenido de azúcar, el contenido máximo de alcohol de las bebidas nunca sobrepasaba del 12 al 14% (concentraciones mayores matan las levaduras).

El alcohol *etílico*, al cual se refiere este apartado, por ser el contenido en las bebidas alcohólicas, destinadas al consumo humano se obtiene por síntesis del etileno o por fermentación de las melazas o almidón. Estos a su vez son extraídos de determinados productos hortofrutícolas con alto contenido en azúcar, siendo la remolacha el más común. La historia del alcohol, comienza con la historia del vino, que se remonta al viejo testamento (Génesis 9:20) cuando es mencionado por Noé. Los egipcios e hititas tenían destilerías desde hace 6000 años, dando crédito al dios Osiris por el regalo del vino.

Los antiguos griegos empleaban frecuentemente el vino y daban gracias al dios Baco, o Dionisio, por su introducción (de allí el término bacanal para referirse a una celebración en la que se distribuyen generosas raciones de bebidas alcohólicas), sin embargo el vino era tomado con agua (tomarlo sin mezclarlo era mal visto); *Teocrito* describe a los vinos como venerables cuando cumplían los 4 años de edad.

Por aquel entonces el vino era guardado en toneles, recipientes hechos en pieles de cabra y ánforas impermeabilizados con aceites y trapos engrasados; por lo que el aire estaba en contacto con el vino en todo momento. Los romanos continuaron con esta tradición y en la

Biblia se encuentran hasta cinco términos diferentes para referirse a cinco tipos distintos de alcohol. Fueron los romanos quienes demostraron mejor cuidado y por lo tanto mejor vino al introducir otros recipientes, esto se observa a través de los vinos *Falernianos* de un año de añejamiento. Aunque de todas formas no se llegó hasta la maduración completa del vino cuando se introdujo la botella con corcho.

Si bien las plantaciones más importantes son atribuidas a Carlomagno, no fue hasta el siglo 12 que las grandes plantaciones encontraron lugar y grandes mercados. Debido a las dificultades para transportar mercaderías de la época, la mayoría de los viñedos que subsistieron fueron aquellos que estaban a orillas de ríos importantes. Tal es el caso de los viñedos a orillas del *Rhin* en [Alemania](#), *Garonne* y *Loire*. Otros eran producidos en la zona de Venecia controlada por Grecia donde se producían variedades de "*Madeira*", hacia 1420.

En el México prehispánico se preparaban bebidas alcohólicas tanto a partir del maguey (caso del pulque) como del maíz mismo (recordemos el tescüino de los tarahumaras) y el mito dice que Quetzalcóatl se exilió por haber caído en la tentación de la embriaguez, a la que lo condujeron sus enemigos.

El alcohol etílico o etanol, de fórmula  $C_2H_5OH$ , es un líquido incoloro, y es éste tipo de alcohol el que se destina para consumo humano, encontrándose en bebidas como la cerveza, brandy, ron, vodka, y todas aquellas bebidas alcohólicas comerciales.

El etanol se obtiene por medio de fermentación, y se concentra por medio de destilación. “En promedio el etanol contenido en bebidas alcohólicas es del 7 al 35%. Además de su contenido de alcohol, las bebidas contienen otros elementos químicos que le imparten sabor, color, olor y otros efectos característicos”<sup>11</sup>. Estos elementos se llaman congéneres. El vodka y la ginebra contienen menos congéneres que el whisky o el ron.

Los congéneres también modifican la absorción del alcohol en el estómago e intestino: mientras mayor sea la proporción de éstos en la bebida, más lenta será la absorción del alcohol. Tal es el caso de la cerveza y el vino. Por el contrario, el gas carbónico en la bebida aumenta la absorción. Esto ocurre con las mezclas con agua mineral, quina, etcétera, o en el caso del champaña.

Las bebidas alcohólicas prácticamente no contienen vitaminas, minerales, proteínas o grasa sino básicamente un tipo de carbohidratos que no pueden ser usados por la mayoría de las células; éstos deben ser metabolizados por una enzima que se encuentra casi exclusivamente en el hígado: la deshidrogenasa alcohólica.

El alcohol provee más calorías por gramo que los carbohidratos o las proteínas. Por este hecho, el apetito del bebedor puede ser satisfecho, pero no así sus requerimientos de vitaminas, minerales y proteínas. Es frecuente encontrar estados graves de deficiencia vitamínica y protéica en alcohólicos crónicos. Son sujetos que beben mucho y comen mal. El etanol se convierte en el hígado en acetaldehído y éste en acetato. Así se metaboliza del 90 al 98% del alcohol; el resto se elimina por la respiración y la orina, las lágrimas o el sudor. El metabolismo del alcohol difiere del de muchas otras drogas: el ritmo de éste es constante en el organismo. En sujetos con función hepática normal se metabolizan aproximadamente 10 mililitros de alcohol por hora. Si se ingiere un volumen superior, el alcohol se empieza a acumular en la sangre —y por lo tanto, en el cerebro— y sus efectos aumentan. Sólo el

---

<sup>11</sup>CENTER FOR HEALTH STATICS: Health United States 2003, with Chartbook on Trends in the Health of Americans; Hyattsville, Estados Unidos de Norteamérica 2003, 145 páginas.

alcohol en estado libre tiene efectos".<sup>12</sup> Por lo tanto, éste alcohol en estado libre, no metabolizado es el que ejerce sus efectos embriagantes, depresores de la función cerebral.

Los efectos inmediatos al consumo del alcohol, se observan en promedio a los sesenta minutos de haber sido ingerido, tal y como muestra la tabla de la siguiente página:

| <i>Número de "tragos"</i> | <i>Alcohol en la sangre (%)</i> | <i>Efectos físicos y psicológicos</i>   |
|---------------------------|---------------------------------|---|
| 1                         | 0.02-0.03                       | Sin efectos evidentes. Ligera elevación del estado de ánimo   |
| 2                         | 0.05-0.06                       | Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina   |
| 3                         | 0.08-0.09                       | Alteración ligera del equilibrio, del habla, de la visión, del oído. Sensación de euforia; pérdida de la coordinación motora fina |
| 4                         | 0.10<br>0.11-0.12               | La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio                                 |
| 5                         | 0.14-0.15                       | Alteración mayor del control físico y mental: habla y visión difíciles  |
| 7                         | 0.20                            | Pérdida del control motor (requieren de ayuda); confusión mental  |
| 10                        | 0.30                            | Intoxicación severa; control consiente mínimo   |
| 14                        | 0.40                            | Inconsciencia; umbral del estado de coma  |
| 17                        | 0.50                            | Coma profundo   |
| 20                        | 0.60                            | Muerte por depresión respiratoria   |

Estos efectos se encuentran en sujetos no habituados al alcohol y en los que el intervalo entre cada bebida es de menos de 60 minutos. Un "trago" se refiere al equivalente de una cerveza o de una onza (28 mililitros.) de whiskey"<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> SECADES VILLA Roberto: "Alcoholismo"; sin edición; Editorial Pirámide; Madrid, España 1995; página 95.

<sup>13</sup> WEINSWIG Melvin: "Consecuencias del uso y abuso de drogas"; Séptima edición; Editorial Siglos, México 1980, página 14.



### **3.2.1 Grado de adicción**

El alcohol produce dependencia física y psicológica. La tabla de peligrosidad de sustancias de la Organización Mundial de Salud, ubica al alcohol en el segundo de cuatro grupos, en tanto que a la marihuana la ubica en el cuarto y último grupo de peligrosidad. En la tabla de dependencia producida, el alcohol se encuentra en el primer grupo, en el de sustancias que causan una fuerte dependencia física y psíquica, en tanto que como ya se mencionó, la marihuana se encuentra en el último grupo, en el de las sustancias que causan dependencia psíquica menor.

Si desarrollada la dependencia, se interrumpe el consumo de alcohol, entonces se presenta el síndrome de abstinencia, en el cual se pueden observar síntomas como vomito recurrente, temblores, calambres, sudoración, convulsiones, insomnio, alucinaciones visuales y auditivas conocidas como delirium tremens, taquicardia, lagrimeo, neurosis y depresión.

### **3.2.2.- Daño a la salud**

El consumo de alcohol durante la gestación, puede causar problemas en el sano desarrollo físico y mental del feto, como resultado se observa el llamado síndrome fetal del alcohol.

Un estudio publicado el lunes 15 de Noviembre del año 2004, en la revista norteamericana ***“HealthDayNews/HispaniCare”***, reveló que: *“las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo no solamente corren el riesgo de tener un hijo con el síndrome de alcoholismo fetal, sino de concebir un bebé con trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol, según halla el estudio”*<sup>14</sup>.

El trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol puede aparecer en niños con una exposición prenatal al alcohol. Estos niños tienen problemas conductuales y cognitivos

---

<sup>14</sup> **REVISTA NORTEAMERICANA:** *HealthDayNews-HispaniCare*; publicación décimo primera; 15 de Noviembre 2004; Estados Unidos de Norteamérica, 65 páginas .página 23.

inducidos por el alcohol, pero sin las características anormalidades faciales o del crecimiento observado entre los niños con el síndrome de alcoholismo fetal.

Los niños con el síndrome de alcoholismo fetal pueden llegar a tener un coeficiente intelectual menor de 70. Ahora los resultados del nuevo estudio muestran por primera vez que los niños con el trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol también tienen menores coeficientes intelectuales.

En una entrevista realizada a Sandra W. Jacobson, profesora de psicología en la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Wayne en Detroit, afirmó *"Anteriormente, creíamos que los efectos del coeficiente intelectual eran vistos únicamente en niños con el síndrome de alcoholismo fetal completo. Ahora también se ha demostrado que los niños con trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol también tienen una discapacidad intelectual"*<sup>15</sup>, añadió.

En apoyo a esta afirmación Jacobson, realizó un estudio sobre cómo el consumo de alcohol durante la gestación afecta el desarrollo del feto, "se observó que por cada dos bebidas adicionales consumida al día durante el embarazo, había una caída de tres puntos en el coeficiente intelectual total en los niños y una caída de cinco puntos y medio en la habilidad de concentración. Este riesgo aumenta en mujeres mayores de treinta años que consumen alcohol durante el embarazo"<sup>16</sup>.

A diferencia de la marihuana, no se ha demostrado que el consumo de alcohol durante la lactancia afecte al desarrollo físico y mental del infante. Los efectos a largo plazo, son observados en los casos en los que se ha desarrollado dependencia hacia el alcohol, esto puede llevar entre cinco y veinticinco años.

Al desarrollo de la dependencia física, le antecede la tolerancia, después la dependencia psicológica, que se manifiesta en una falta de control al beber.

Los daños sufridos por la salud, en el organismo que consume alcohol, son visibles una vez que ya se ha dañado el organismo, en muchas ocasiones es un daño irreparable. El

---

<sup>15</sup> *REVISTA NORTEAMERICANA "HealthDayNews/HispaniCare; op,cit. p.23*

<sup>16</sup> Revista "**Creces**", España, Mayo 2000, pagina 17.

consumo crónico de alcohol, provoca irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estomago, esto debido al vómito recurrente.

Debido a que las vitaminas no son absorbidas completamente, se originan deficiencias nutricionales, como la anemia. También provoca la inflamación del páncreas, lo cual puede derivar en una pancreatitis aguda, la cual puede ser erradicada con medicamentos, o puede causar una pancreatitis crónica, en este caso, no puede más que controlarse este padecimiento.

Dado que el páncreas es la glándula encargada de la fabricación y segregación de enzimas digestivas, y las hormonas insulina y glucagon, y como esta función es interrumpida, se generan episodios repentinos de disminución de la presión arterial, lo que a su vez puede afectar los riñones y corazón, generando insuficiencia renal y respiratoria, y como última consecuencia, la muerte. Otros padecimientos son varices esofágicas sangrantes, degeneración cerebral, cirrosis hepática, disfunción sexual, aumento de presión arterial, síndrome de Wernicke-Korsakof, diabetes, daño a las fibras musculares, disminución de la masa ósea, merma de la producción de espermatozoides, pues afecta a los espermios severamente, y posiblemente pueda derivar en infertilidad, el consumo de alcohol en las mujeres puede cesar la ovulación, además disminuye los niveles de testosterona<sup>17</sup> lo cual menoscaba la libido.

Ahora bien el daño a la salud provocado por el consumo del alcohol, en forma indirecta trasciende la persona del consumidor de alcohol, pues está relacionado directamente con homicidios y accidentes automovilísticos.

### **3.2.3 Estadísticas**

De acuerdo con datos proporcionados por la Asociación Nacional de la Industria de Discotecas, Bares y Centros de Espectáculos, en México se destaparon 75 millones de litros de alcohol (bebida destilada y de baja graduación) durante el año 2000. El 23% de esta cifra correspondió a cerveza y el resto incluye ron, tequila y whisky.

La industria vitivinícola encuentra un gran mercado en los centros de recreación. Bacardí y Compañía, empresa conocida por la producción de ron y con presencia en 170 países, vende

---

<sup>17</sup> Revista "*New Scientist*", Estados Unidos Norteamericanos, Noviembre 27, 1994, página 27.

cerca de 200 millones de botellas al año a nivel mundial, de acuerdo con información publicada en su página en Internet.

Hace cinco años, del total del consumo de bebidas alcohol en los bares y discotecas en México, 60% lo constituían bebidas importadas y 40% era de procedencia nacional. Después de la devaluación de 1995 y a raíz del incremento al impuesto con el que se gravan los alcoholes, la tendencia cambió. Actualmente el 70% es consumo nacional y el 30% producto importado, lo que ha representado beneficios para la industria vitivinícola nacional, hecho que se ha traducido en un aumento en el pago de impuestos.

Por esta razón, ha proliferado la venta de rones y tequilas. La problemática con esta última bebida es el encarecimiento del producto, como consecuencia de la escasez del agave.

La clientela asidua a bares y discotecas ha vuelto a consumir rones y brandy nacionales, mientras que la mayor demanda de los clientes, en cuanto a bebidas importadas, es para los vodkas y whiskys.

El promedio de consumo por persona por visita es de cuatro copas. La copa nacional tiene un costo, en promedio, de 30 pesos. El promedio bajo de consumo en estos establecimientos se ubica en 135 pesos por persona.

El alcoholismo es una adicción que afecta a más del doce por ciento de la población mundial, el setenta y cinco por ciento de los europeos es alcohólico, en España el cuarenta por ciento de los suicidios, cincuenta y dos por ciento de actos criminales, sesenta por ciento de homicidios, y el setenta por ciento de los accidentes vehiculares son realizados bajo los influjos del alcohol, esto genera un costo anual de setecientos millones de dólares.<sup>18</sup>

En nuestro país el consumo de alcohol esta ligado a más del cincuenta por ciento de las muertes causadas por accidentes automovilísticos. "En México el consumo de alcohol cuesta sesenta y tres mil millones de pesos, debido a accidentes, enfermedades, gastos de hospitalización y campañas contra el alcoholismo. Cabe señalar que en el reporte -Salud México 2003- se informó que las diez primeras causas de mortalidad general el año pasado, fueron diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad

---

<sup>18</sup> GOMEZ PAVON Pilar; *op.cit.* 28.

cerebrovascular, cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, enfermedad obstructiva crónica, Infecciones respiratorias agudas bajas, asfixia y trauma al nacimiento, enfermedades hipertensivas del corazón, agresiones (homicidios), nefritis y nefrosis”<sup>19</sup>.

“Tan solo en México mueren anualmente trece mil personas por causa de cirrosis hepática, esto constituye la quinta causa de muerte, De acuerdo a las estadísticas del programa nacional de salud 2001-2006, en el dos mil dos, el consumo de alcohol, fue la mitad de los casos de enfermedades hepáticas. Los accidentes vehiculares son la primer causa de muerte violenta en el Distrito Federal, en el treinta por ciento de los casos se detectó que las personas implicadas se encontraban bajo el influjo del alcohol”<sup>20</sup>. Alrededor del mundo, durante 2003, más de un millón de personas murieron por accidentes automovilísticos, cincuenta millones quedaron discapacitados. Más del cincuenta por ciento se relacionaron al consumo de alcohol. ¿Por qué si se daña tanto a la sociedad se permite el consumo de alcohol?

### **3.3 Tabaco**

El tabaco es una planta solanácea, originaria del Golfo de México.<sup>21</sup> Desde Paraguay hasta Québec, los indígenas americanos han consumido el tabaco por siglos. Ya fuera con fines rituales, mágicos o medicinales, su uso era bien conocido: en forma de puro (la hoja de la planta simplemente enrollada), como cigarrillo (envuelto en hojas de maíz), en pipa, combinado con jarabe para ser ingerido, e incluso en forma de enema.

Los marinos de Cristóbal Colón fueron los primeros que vieron a los aborígenes americanos fumar tabaco, aunque también se administraban el polvo finamente molido por la nariz.

En Cuba se fumaba tabaco extraído de una planta llamada *cohíba*. Fue introducida en Europa en el año mil quinientos dieciocho por el fraile Ramón Ponce, quien había formado parte de las expediciones de Cristóbal Colón.

---

<sup>19</sup> Fuente: Secretaría de Salud. México Distrito Federal 2004.

<sup>20</sup> Fuente: Secretaría de Salud. México Distrito Federal 2004.

<sup>21</sup> GARCIA LIMON Carmen: “Tabaco”; sin edición; editorial Árbol: México 1990: página 5.

“Un comerciante de origen flamenco dio a conocer esta planta al embajador francés en Portugal, Jean Nicot, quien propició su cultivo y comercialización en Europa, debido a su creencia de que tenía valor medicinal. El uso del tabaco se popularizó en Europa a partir de la “cura” lograda por Jean Nicot, al utilizar la planta contra la migraña de Catalina de Médicis, esposa del rey Enrique II de Francia. En mil quinientos cincuenta y nueve, el mismo embajador francés, dio a conocer a Europa el *rapé*, que es el rayado del tabaco inhalado por la nariz. A partir de entonces, en Europa, se le llama al tabaco, *hierba santa o hierba para todos los males* por su empleo casi indiscriminado: se receta para el dolor, la cefalea, la flatulencia, e ¡incluso para la tos! Nicolás Monardes, en su descripción de las plantas del nuevo mundo (1574), recomienda el tabaco como cura infalible para treinta y seis enfermedades diferentes. Poco después, en honor a Jean Nicot, la planta fue nombrada *nicotiniana tabacum*”.<sup>22</sup>

El cardenal Santa Cruz, nuncio de Portugal, y Nicolás Tornabón, un delegado francés en el mismo reino, introdujeron el uso del tabaco en Italia, sin embargo los españoles mantuvieron el monopolio del tabaco por más de cien años, dado que la planta provenía exclusivamente de sus colonias. Literalmente, valía su peso en oro, y las pipas que se usaban en aquel entonces eran de cazoleta pequeña, para ahorrar la preciosa hoja. Los portugueses, que comerciaban las hojas en India, Brasil, Japón, China, Arabia y África, pagaban cuatrocientas cincuenta libras de tabaco brasileño por cada esclavo africano.

---

<sup>22</sup> **BERDONCES José Luis**; “Gran enciclopedia de plantas medicinales”; sin edición: Editorial TIKAL, Barcelona, España 1999; paginas 320 y 321.

En mil seiscientos diez, los ingleses enviaron a John Rolfe a colonizar la región ahora conocida como Virginia, en los Estados Unidos de América. En mil seiscientos doce, Rolfe sembró algunas semillas de *nicotiana tabacum* que había conseguido, obteniendo espléndidos resultados. La venta de la cosecha de tabaco, a partir de mil seiscientos trece, significó no sólo la sobrevivencia de la Colonia, sino incluso su riqueza.

Para mil seiscientos diecinueve se vendía en Londres tanto tabaco de Virginia como de las colonias españolas. A pesar de las oposiciones oficiales de la época, el uso del tabaco se propagó vertiginosamente: en mil seiscientos catorce, sólo en Londres había siete mil tabaquerías, y su consumo abarcaba todos los estratos sociales. Los Papas Urbano VIII e Inocente X proclamaron edictos en contra del tabaco, pero en mil setecientos veinticinco, el Papa Benedicto XIII, fumador empedernido, los revocó. Al inicio del siglo XVII, en Turquía, Rusia y China, se castigaba a los fumadores con la pena de muerte. A pesar de ello, el consumo de tabaco siguió aumentando.

El éxito económico de la producción de tabaco en las Colonias inglesas de América tuvo repercusiones importantes en la guerra de Independencia (1776): George Washington decía: "Si no pueden enviar dinero, envíen tabaco", pues países como Francia, que prestaba dinero a los insurgentes, aceptaba ser reembolsado con la planta (incluso en el siglo XX, ha habido generales estadounidenses que consideraban esencial el tabaco para la moral de los soldados).

Durante el siglo XVIII se observó una tendencia a preferir el tabaco administrado por la nariz (el llamado rapé) que fumado, particularmente entre las clases altas. En Inglaterra, la reina Carlota era conocida por su adicción al rapé, y en Francia, Napoleón consumía casi cuatro kilos de rapé al mes.

En mil ochocientos veintiocho, dos químicos franceses, Posselt y Reiman, aislaron el ingrediente activo de la hoja de la planta, y como buenos nacionalistas, lo denominaron nicotina. Sin embargo no fue sino hasta finales del siglo XIX, que se constató que el tabaco tenía numerosas, sustancias tóxicas.

En los Estados Unidos, hacia la segunda mitad del siglo XIX, comenzó a predominar el mascado de tabaco, y en mil ochocientos sesenta y cuatro, sólo siete de 348 fábricas de Virginia y Carolina lo preparaban para fumar. El resto era para masticar (de hecho, hasta mil novecientos cuarenta y cinco, era obligatorio poner escupideras en todos los edificios públicos de ese país). Esta moda floreció, en parte, por el riesgo de incendio asociado al uso del tabaco fumado en las construcciones de madera típicas de la época.

Hacia fines de ese siglo era tan frecuente mascar tabaco como fumar puros. Al mismo tiempo, los fabricantes de puros hacían todo lo posible por desprestigiar al cigarrillo. A pesar de ello, el incentivo de proporcionar al público un puro más barato estimuló a los comerciantes de tabaco a fabricar cigarrillos.

Hacia mil ochocientos sesenta un fabricante de puros Phillip Morris, empezó a vender cigarrillos hechos a mano. En Austria se vendían cigarrillos con doble boquilla. El uso del cigarrillo empezó a ser significativo a partir de mil ochocientos ochenta y tres, año en que se introdujo al mercado la máquina para fabricarlos, patentada en mil ochocientos ochenta y uno.

La industria del tabaco ha evolucionado, siempre buscando incrementar los beneficios. Antes sólo se empleaban las hojas de la planta; ahora las ramas y el tallo se utilizan, picadas, prensadas y mezcladas con las hojas. El filtro también hace que la cantidad de tabaco contenido en el cigarrillo se reduzca casi en una tercera parte.

Finalmente, ahora se emplea el "inflado" (*puffing*) del tabaco para aumentar la superficie de las células de la planta, llenándolas de aire o de un gas inerte. De hecho, los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina, logran esta fórmula simplemente quitándole tabaco al cigarrillo.

“La composición química del tabaco es muy variada, y se han encontrado casi cuatro mil sustancias producidas por la quema de la planta, entre ellas encontramos el monóxido de



carbono, bióxido de carbono, amoniaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes) aldehídos, cetonas, el alquitrán y la sustancia activa nicotina. Éstas se agrupan en gases y sustancias particuladas, pero la proporción de cada una de ellas en el aire que inspira el fumador está sujeta a variables como: la variedad de tabaco, la mezcla de saborizantes, colorantes, conservadores, agentes que aumentan la combustión, grado de compactación de la mezcla, tamaño del cigarrillo, fuerza con la que se aspira, la temperatura que se alcanza al aspirar, con un filtro, con el tipo de papel, etcétera”.<sup>23</sup>

“El contenido promedio de alquitrán de un cigarrillo varía de 0.5 a 35 miligramos, y el de nicotina de .05 a 2 miligramos, 60 miligramos de nicotina son suficientes para matar a un adulto de 70 kg. Un puro puede contener hasta 120 miligramos de éste compuesto. Cuando uno aspira el humo (da el golpe), se puede absorber hasta el 90% de la nicotina, mientras que si sólo pasa por la boca, esta cifra se reduce al 20 o 35%. La nicotina inhalada llega al cerebro en menos de 10 segundos, aproximadamente ochos segundos”.<sup>24</sup>

La nicotina es un alcaloide del tabaco, que presenta el aspecto de un líquido aceitoso. Cuando se combustiona el cigarrillo se halla suspendida en pequeñas partículas de alquitrán.

Los efectos fisiológicos de la nicotina resultan de sus efectos colinérgicos el alcaloide tiene la propiedad característica de estimular para después deprimir. La estimulación resulta de la ocupación del receptor colinérgico, mientras que la segunda resulta de su permanencia en el sitio, impidiendo la acción de la acetilcolina. Es el llamado antagonismo por bloqueo.

“La nicotina también provoca la liberación de catecolaminas a partir de las glándulas suprarrenales y de otros nervios del sistema nervioso simpático. En el aparato cardiovascular estas catecolaminas aumentan la frecuencia cardiaca, la presión arterial y el flujo coronario. Todo esto conduce al aumento de la demanda de oxígeno del tejido cardiaco, sin aumentar el suministro. En personas susceptibles esto puede conducir a una crisis cardiaca”.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> McGinnis J, Foege WH. “*Actual causes of death in the United States*”. *Journal of the American Medical Association* 1993;270:2207–2212.

<sup>24</sup> *Ibidem*

<sup>25</sup> Fielding JE, Husten CG, Eriksen MP. “*Tobacco: health effects and control. In Public Health and Preventive Medicine.*”, New York: McGraw-Hill;1998. P.817–845.

El aumento de la salivación que algunos fumadores reportan resulta más de la irritación sobre la mucosa bronquial, que de los efectos mediados por receptores. Mucho se ha hablado del aumento de peso que algunos exfumadores refieren al poco tiempo de haber abandonado el cigarro. Esto puede deberse, al menos en parte, al "ahorro" de energía que se logra al no tener la estimulación nicotínica, por lo que se puede producir más grasa. Sin embargo, no se ha definido con precisión qué tipo de sujetos son más vulnerables. Al contrario, es decir, la inhibición de la sensación de hambre por el cigarro, también se describe frecuentemente. Este efecto puede deberse a la disminución de la sensibilidad de las papilas gustativas y de las contracciones gástricas producidas por la nicotina.

“Los efectos de la nicotina en el Sistema Nervioso Central son complejos. Se pueden observar animales que se autoadministran nicotina, aunque las propiedades reforzadoras del alcaloide son menores a las de las anfetaminas o de la cocaína. Estos animales aprenden a distinguir los efectos del alcaloide: una rata dependiente a la nicotina no intenta autoadministrarse otra droga, aunque ésta sea adictiva”.<sup>26</sup>

“Otros efectos de la nicotina que pueden facilitar la conducta de autoadministración (reforzamiento positivo) son la elevación del estado de alerta y la facilitación de la memoria y de la atención, la disminución de la irritabilidad y la capacidad de disminuir el apetito. Además, se han detectado efectos euforizantes de la nicotina inyectada en fumadores que evalúan los efectos placenteros utilizando una escala diseñada para morfina o anfetaminas, lo cual sugiere efectos del alcaloide en las neuronas mesolímbicas dopaminérgicas y el núcleo accumbens, estructuras cerebrales relacionadas con conductas de dependencia a las drogas”<sup>27</sup>.

### **3.3.1 Grado de adicción**

La Organización Mundial de la Salud, no ha incluido al tabaco en su tabla de dependencia, sin embargo ha incluido a la nicotina en el grupo de sustancias estimuladoras del sistema

---

<sup>26</sup> *Ibidem.*

<sup>27</sup> BERISTAIN Antonio; La droga; sin edición, editorial Temis, Bogotá, Colombia, 1996, página 85.

nervioso central. Existen estudios que sostienen que el grado de adicción física provocada por el tabaco es una dependencia menor, sin embargo la dependencia psicológica es media.

A pesar de argumentos, discusiones y protestas que se escuchan frecuentemente alrededor del tema, no existe sombra de duda sobre el hecho de que la nicotina constituye la principal, si no la única sustancia adictiva del tabaco.

Hasta no hace mucho tiempo, algunos psiquiatras explicaban el tabaquismo como una forma de resolver necesidades insatisfechas de gratificación oral y por lo tanto, constituían un problema de personalidad. La industria tabacalera habla en términos de libertad individual para decidir si se fuma o no.

El tabaquismo establece una forma clara de adicción, en este sentido comparable a la producida por la heroína o la cocaína. Piense el lector por un momento en la actitud social hacia esta forma de adicción (el tabaquismo) cuando se compara con la actitud del público ante otras drogas. ¿Por qué las diferencias?.

Otra prueba de que la nicotina es la responsable del estado de dependencia y de que la satisfacción de éste depende de una concentración dada de la droga, se encuentra en la observación del modo de fumar de la gente: la mayoría de los fumadores inhala el humo del cigarrillo en forma bastante estereotipada: una o dos bocanadas por minuto, uno o dos cigarrillos por hora. Si cada inhalación dura aproximadamente dos segundos con un volumen de inhalación de 25 centímetros cúbicos, la dosis de nicotina que se obtiene es de aproximadamente 1 a 2 miligramos. Este ritmo de administración parece el óptimo para el adicto al tabaco, porque si no ¿por qué no aumenta el ritmo de inhalación o la frecuencia de la administración, en condiciones normales (fuera de fiestas, o reuniones, o situaciones de estrés)?.

Como para todas las drogas adictivas, el consumo crónico de nicotina se acompaña de tolerancia, y los efectos de náusea, mareo y vómito que experimenta el no fumador al estar en contacto con el cigarrillo no se observan en el fumador crónico, a menos que exceda su dosis habitual. Esta tolerancia también se desarrolla a lo largo del día: el efecto del primer cigarrillo del día es más intenso que el de los subsiguientes.

Otro efecto importante del hábito de fumar es el aumento de la producción de carboxihemoglobina. Es un tipo de hemoglobina (la molécula de la sangre encargada de transportar el oxígeno) que se forma cuando ésta se mezcla con el monóxido de carbono, y se vuelve incapaz de transportar oxígeno.

En los fumadores, hasta el 10% de la hemoglobina total puede ser carboxihemoglobina, lo cual equivale a decir que sus tejidos reciben 10% menos de oxígeno. En personas susceptibles, incluyendo a la mujer embarazada, un esfuerzo físico puede ser suficiente para rebasar los límites de oxigenación de sus tejidos, sobre todo si se trata de un fumador crónico, en el cual la capacidad respiratoria está disminuida por enfisema pulmonar. Esto representa una de las alteraciones respiratorias más frecuentes.

El humo del cigarrillo produce inflamación de la mucosa del árbol respiratorio y aumento de la producción de una enzima llamada elastasa, que degrada la elastina, material constitutivo del pulmón al que se atribuye su maravillosa capacidad de expandirse y contraerse. También inactiva a otra enzima, la  $\alpha$ -1- antitripsina, proteína capaz de inactivar a la elastasa, y esto conduce a una mayor degradación de la elastina. A largo plazo, el tejido pulmonar pierde sus propiedades elásticas de manera irreversible, con la consecuente disminución en la capacidad del pulmón para ingresar oxígeno a la sangre.

Los fumadores crónicos que interrumpen el consumo de tabaco exhiben signos de abstinencia, como aumento del apetito, de peso, irritabilidad, angustia, inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio, dolores de cabeza, etcétera. Este *síndrome de abstinencia* aparece relativamente rápido, usualmente dentro de las primeras 24 horas después de iniciada la supresión. Se pueden detectar signos de irritabilidad, inquietud, disminución de la vigilia y de la ejecución psicomotora, así como de la memoria a corto plazo. Se observa también disminución de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y los niveles plasmáticos de adrenalina, al tiempo que la temperatura de la piel y la irrigación sanguínea periférica aumentan.

El síndrome de abstinencia al tabaco puede aliviarse en parte con la administración de nicotina. Se han introducido recientemente al mercado chicles con nicotina, así como parches que se pegan a la piel y liberan lentamente nicotina que se absorbe a través de la piel. Esta nicotina puede ser eficaz para disminuir la irritabilidad, la angustia, la dificultad para

concentrarse, el aumento de peso y otras dificultades; sin embargo, no reduce significativamente la compulsión por el tabaco, o sea, el sujeto sigue deseando intensamente fumar. La compulsión por el cigarrillo muestra variaciones circadianas: es menor en las primeras horas de la mañana y aumenta en la noche.

### **3.3.2 Daño a la salud**

El consumo de tabaco no daña únicamente al fumador crónico ya que la combustión de un cigarrillo genera dos columnas de humo, una proveniente del extremo encendido del cigarrillo y la exhalada por la boca del fumador. La primer columna de humo, es la más dañina y la que afecta al fumador pasivo. La Asociación Cardiológica Americana, sostuvo que en los Estados Unidos de Norteamérica “el fumar pasivamente causa cincuenta y tres mil muertes anuales, también, según estudios de Harvard, demuestran que los fumadores pasivos son más propensos al infarto que los fumadores activos. Entre los daños provocados por el consumo de tabaco se pueden mencionar los siguientes:

#### **Cáncer**

“El riesgo de morir de cáncer de pulmón es más de 22 veces más alto entre los hombres que fuman cigarrillos y cerca de 12 veces más alto entre las mujeres que fuman cigarrillos que en las personas que nunca fuman, aumenta el riesgo de contraer muchos tipos de cáncer, entre ellos, los cánceres de labio, cavidad oral y faringe, esófago, páncreas, laringe, pulmón, cuello uterino, vejiga y riñón.

Las tasas de incidencia del cáncer relacionadas con el consumo de cigarrillos varían ampliamente entre miembros de grupos raciales y étnicos, pero son frecuentemente las más altas en los hombres afro-americanos”<sup>28</sup>.

#### **Enfermedad cardiovascular (corazón y sistema circulatorio)**

Los fumadores de cigarrillos tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de presentar enfermedad cardíaca coronaria que los no fumadores, duplica el riesgo que tiene una persona de sufrir un accidente cerebrovascular (derrame cerebral), disminución del flujo

---

<sup>28</sup> U.S. Department of Health and Human Services. [Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General.](#), Atlanta, Febrero 1998.

sanguíneo al provocar el estrechamiento de los vasos sanguíneos (arterias), aumenta 10 veces más probabilidades que los no fumadores de presentar enfermedad vascular periférica.

### **Enfermedad respiratoria y otros efectos**

“El consumo de cigarrillos está relacionado con un riesgo 10 veces más alto de morir de enfermedad obstructiva de los pulmones. Cerca del 90% de todas las muertes causadas por enfermedades obstructivas de los pulmones se atribuyen al consumo de cigarrillos, sufrir efectos negativos en la salud reproductiva y en los bebés antes de nacer y en sus primeros días de vida, entre ellos un mayor riesgo de infertilidad, nacimiento prematuro, nacimiento de bebés muertos, bajo peso del bebé al nacer y síndrome de muerte súbita del lactante. Las mujeres posmenopáusicas que fuman tienen menor densidad ósea que las mujeres que nunca han fumado. Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de fractura de cadera que las no fumadoras”<sup>29</sup>.

### ***Efectos colaterales por consumo de tabaco:***

Riesgo de muerte prematura, o sea, disminución de la expectativa de vida. Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebrovascular y alteraciones de la vasculatura periférica. Aceleración o agravamiento de la aterosclerosis. Mayor incidencia de problemas crónicos como bronquitis, enfisema, sinusitis, úlceras, etcétera. Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, vejiga y páncreas. Potenciación de los efectos de carcinógenos ambientales, como el asbesto, óxidos de azufre y otros. Disminución de la fertilidad y mayor incidencia de abortos espontáneos. Disminución significativa del peso del niño al nacer cuando la mujer fumó durante el embarazo, así como mayor peligro de mortalidad perinatal y de muerte súbita del infante. Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia. Mayor metabolismo de drogas como analgésicos, teofilina, imipramina, cafeína, algunas benzodiazepinas, propranolol, etc., lo cual implica menor efecto farmacológico de estos fármacos.

---

<sup>29</sup> Department of Health and Human Services. [Women and Smoking: A Report of the Surgeon General](#). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2001

El cuerpo produce antioxidantes para ayudar a reparar las células dañadas. Los fumadores tienen niveles de antioxidantes en la sangre inferiores a los de las personas que no fuman.

La periodontitis es una enfermedad seria de las encías que puede dar como resultado la pérdida de los dientes y del hueso que los sostiene. El tabaquismo está relacionado con la periodontitis como una de sus causas. Esto podría deberse a que el tabaquismo afecta la capacidad del cuerpo de combatir infecciones y reparar tejidos.

Las úlceras pépticas, que se dan en el tracto digestivo (estómago y duodeno), por lo general se observan en personas infectadas por la bacteria *helicobacter pylori*. Entre las personas que tienen esta infección, los fumadores tienen más probabilidades de sufrir úlceras pépticas que las personas que no fuman. En casos graves, las úlceras pépticas pueden causar la muerte.

Aunque solamente una pequeña cantidad de estudios han analizado la relación entre el tabaquismo y la disfunción eréctil, las conclusiones indican que el fumar podría estar asociado con un aumento en el riesgo de sufrir este trastorno. Sin embargo, es necesario realizar más estudios antes de que los investigadores puedan llegar a la conclusión de que el tabaquismo pueda considerarse una causa de la disfunción eréctil. El tabaquismo causa aneurismas aórticos abdominales y debido al bloqueo de arterias arterosclerosis.

“Todas estas alteraciones dependen fundamentalmente de la cantidad de cigarrillos que se fumen por día. No existe un límite más allá del cual podamos decir que los riesgos desaparecen, por lo que la relación, intensidad del consumo-incidencia de toxicidad, es directa: a más cigarrillos mayor toxicidad, comenzando desde uno diario”<sup>30</sup>.

### **3.3.3 Estadísticas**

Otro consumo importante dentro de los establecimientos de este giro es el de cigarros. En general, existen aproximadamente mil millones de fumadores a nivel mundial. Phillip Morris, gigante productor de cigarros, vendió en 1999 más de 667 mil millones de cigarros,

---

<sup>30</sup> Ockene IS, Miller NH. “Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association”. *Journal of American Health Association* 1997; 3243–3247.

que le produjeron ganancias por 5 mil millones de dólares. El 60% de estos cigarrillos se destinaron al mercado japonés y Europa del Este.

En México, durante 2000, se abrieron 72 millones de cajetillas de cigarros, en bares, discotecas y centros de esparcimiento. El precio promedio de venta en estos sitios es de 15 pesos por cajetilla, lo que representa un monto de mil 80 millones de pesos al año.

En México mueren diariamente 147 personas a causa del consumo de tabaco debido a que cada vez más jóvenes se inician en este mal a temprana edad, a consecuencia de enfisema, cáncer pulmonar, accidentes cerebrovasculares e infarto agudo al miocardio enfermedades producidas por el tabaquismo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y que tiene como lema "quítate ese paquete de encima ". En el país existen 14 millones de fumadores de más de 12 años de edad, lo que provoca que cada año fallezcan 42 mil personas por las cuatro enfermedades ya mencionadas. De acuerdo con especialistas, la nicotina es una droga, por lo que provoca una adicción similar a la marihuana o a la cocaína, de ahí el interés por prevenir su consumo y apoyar a los fumadores activos.

A nivel mundial se calcula que hay cerca de mil 100 millones de fumadores, y de continuar con esta tendencia se tiene previsto que para el año 2010 morirán 21 millones de personas en todo el mundo a consecuencia de esta adicción. Gabriela Barba, investigadora del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, explica que "la edad inicio está bajando muchísimo, antes era aproximadamente a los 15 años y ya está bajando a los 11. Mientras que la concentración de fumadores se encuentra entre los 18 y los 29 años de edad".

Muchos fumadores están optando por consumir cigarros "*light*" como una opción menos dañina para su salud, sin embargo esto es completamente falso, "los cigarros lights tienen hasta más nicotina que los regulares... además de eso, lo que se ve de un fumador cuando utiliza estos cigarros es que le da más bocanadas al cigarro, es decir es más intensa la inhalación", expresa Gabriela Barba.

Y es que lo que hace más dañino al cigarro "*light*" son los químicos que tiene, ya que se le pone una serie de adictivos a la nicotina como el amoniaco, el cual ayuda a que la nicotina llegue más rápido al cerebro y con ello la persona sienta más placer.



La nicotina es la sustancia que provoca adicción y los cigarrillos light, a pesar de tener menor contenido de esta sustancia, tienen otros químicos que aceleran la llegada de la nicotina al cerebro lo cual hace que uno necesite fumar más.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió en el marco del Día Mundial sin Tabaco que el consumo de cigarrillos agrava la pobreza global, en especial de los países en desarrollo, donde se ubica el 84 por ciento de fumadores.

Bajo el lema "Tabaco y Pobreza; un círculo vicioso", la OMS conmemora este 31 de mayo, como cada año, el Día Mundial sin Tabaco, con un llamado a invertir los gastos en cigarrillos a necesidades esenciales, como la alimentación, la educación y la vivienda.

A diferencia de otros años, que el organismo hace un llamado a los gobiernos del mundo, en el 2004 la OMS decidió concientizar directamente a los fumadores sobre los daños que provoca a sus bolsillos el consumo de tabaco, además de los causados a la salud.

El consumo del tabaquismo es la segunda causa de muerte a nivel mundial, con 4.9 millones de personas al año, de las cuales el 84 por ciento habitan en países en vías de desarrollo, y la primera previsible.

De acuerdo con la OMS, con sede en Ginebra, el círculo vicioso del tabaquismo agrava la pobreza de los fumadores y sus familias, además de la economía de sus países debido al aumento de los fondos financieros en el tratamiento de enfermos con males respiratorios.

Además de una grave pérdida en su capacidad de producción y desarrollo económico, por la muerte prematura o enfermedad de los fumadores, en su mayoría adultos, así como un incremento en los daños en el medio ambiente.

El Banco Mundial (BM) calcula que tan sólo en los países ricos, donde el consumo de tabaco es menor, los gobiernos destinan entre un 6.0 y un 15 por ciento de su gasto total en salud para tratar enfermedades relacionadas al tabaquismo.

“Un claro ejemplo de los daños que ocasiona el tabaquismo en la economía de los países en desarrollo es Egipto, que en 2003 gastó unos 545 millones de dólares en costos médicos derivados y provocados por la adicción al cigarro.

En China, el mayor productor y consumidor de tabaco a nivel mundial, con más de 300 millones de fumadores activos, estos gastos aumentan hasta los 6.5 mil millones de dólares al año.

En Bangladesh, donde la pobreza es extrema, 10.5 millones de personas con problemas de desnutrición podrían alimentarse de manera adecuada, al menos dos terceras partes del dinero que la población gasta en cigarrillos se podría emplear para la compra de alimentos.

Un estudio difundido este lunes por la OMS reveló que la gente más pobre y con menos estudios es la que más fuma en el mundo y es quien sufre, por tanto, las enfermedades derivadas por el consumo de cigarrillos.

Además del cáncer pulmonar, en la faringe, laringe, esófago, páncreas y riñón, el consumo de cigarrillos ocasiona serios daños a la vejiga y senos nasales, enfermedades coronarias, aneurisma aórtico, y padecimientos cerebro vasculares y periférico vasculares.

Pese a los esfuerzos gubernamentales y las campañas contra el consumo de tabaco, cada 6.5 segundos una persona muere en el mundo por el tabaquismo y muchas se enferman o sufren discapacidades debido a esa adicción.<sup>31</sup>

En un intento por reducir los niveles de mortandad mundial por el tabaquismo, la OMS lanzó la Convención Marco para el Control del Tabaco (CMCT) que establece las normas de un Estado para combatir el tabaquismo, además de los estándares de alza de precios e impuestos.

Hasta ahora, la normatividad ha sido firmada por 118 países, aunque sólo ratificada por 17, entre ellos Noruega, que se convertirá en el segundo país del mundo, seguido de Irlanda, en prohibir fumar en bares y restaurantes.

En coincidencia con el Día Mundial sin Fumar, el gobierno noruego pondrá en vigor a partir del primer minuto del 1 de junio una ley que pretende proteger a los meseros, cantineros, cocineros y [personal](#) del tabaquismo pasivo.

---

<sup>31</sup> GARCIA LIMON Carmen; op.cit. p46.

Los fumadores mueren entre 13 y 14 años antes que los no fumadores, según especialistas estadounidenses, aunque las personas que están cerca de los consumidores (pasivos) sufren también graves daños, debido a las toxinas del humo de un cigarro que son inhalados.

A pesar de las advertencias sobre los daños irreversibles del tabaquismo, la OMS estima que en el 2024 se duplicará la cifra de personas que morirán a causa del tabaco, que en la actualidad es de unos 4.9 millones.

### 3.4 C A F È

La leyenda sobre el descubrimiento del café proviene de Arabia: Kaldi el pastor observó que después de haber comido las cerezas del cafeto, sus cabras retozaban con más brío que de costumbre, parecían más activas, más contentas. Kaldi también probó los frutos de la planta e inmediatamente lo embargó la euforia, se puso a bailar y aquella noche durmió menos que de costumbre. Kaldi compartió su hallazgo con uno de sus vecinos, un ferviente seguidor del Corán. Éste obtuvo los mismos resultados y recibió de Mahoma el secreto para preparar café a partir de los granos secos de la fruta.

El café se originó en el África aproximadamente en 575 D.C. Los granos se utilizaban como moneda y se consumían como alimento. Ya en el siglo XI, los árabes preparaban bebidas a base de café. Y en 1519, los conquistadores del Nuevo Mundo fueron invitados, por el Emperador azteca Moctezuma a probar una bebida a base de chocolate.

El café es un grano producido por un arbusto proveniente de Etiopía, conocido como cafeto el nombre de este arbusto deriva de la designación Coffea, aplicada por el botánico francés Antonie DeJussieu en el año 1732 a este género de árboles rubiáceos tropicales cuya semilla se utiliza para preparar la popular infusión. Entre más de treinta especies que componen el género, la de mayor importancia económica es Arábica, dueña de una calidad comercial superior; dentro de ella se destacan a su vez las variedades Arábica común, Arábica corriente (las más demandadas), Moka y Burbon. Otras especies de este género son Canéphora, cuyas semillas poseen un mayor contenido de cafeína, y la Libérica.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> <http://www.pipaclub.com.ar/cafe.htm>.

“El ingrediente activo del café, es la cafeína, la cual fue aislada en 1820 y es el principal alcaloide de la *Coffea o cafeto* planta típica del café y del *Cacahuatl* o cacao de cuyos granos se elabora el chocolate, es un alcaloide de color blancuzco que al entrar en contacto con los ácidos producidos por el organismo genera sales, esta reacción es la misma producida por otros alcaloides como la morfina y cocaína. Los alcaloides actúan a diferentes niveles sobre el sistema nervioso central.

Con respecto al té suele haber una confusión porque en 1827, al ser aislado su principio activo, recibió el nombre de teína. Años más tarde un análisis molecular permitió descubrir que la teína era en realidad cafeína. Este alcaloide también se encuentra presente en el mate argentino y en la nuez de kola usada para preparar las bebidas de cola. Las primeras gaseosas con cafeína se crearon alrededor de 1880.”<sup>33</sup>

- “En el mundo se consumen 2,500 millones de tazas de café al día.
- Contenido de cafeína en una taza de café de grano: 120 mg.
- Contenido de cafeína en una taza de café instantáneo: 85 mg.
- Contenido de cafeína en una taza de café instantáneo descafeinado: 4 mg.
- En promedio, los mexicanos tan sólo bebemos 700 gramos anuales, menos de una taza diaria”.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> <http://www.mind-surf.net/drogas/cafeina.htm>

<sup>34</sup> Fuentes "Aroma", suplemento del periódico *Reforma*, diciembre de 2001 *Cuadernos de Nutrición* vol. 13, no. 3,

### **3.4.1 Grado de adicción**

Ya anteriormente en la presente investigación se ha hablado de las diferencias entre adicción y hábito. Existen controvertidos puntos de vista sobre si el café produce o no adicción, hay así quienes hablan de hábito, otros mas de una adicción física menor, otros más incluso refieren el síndrome de abstinencia, el cual ya hemos referido sólo se presenta cuando en los casos de adicción física se interrumpen bruscamente las dosis una sustancia a la que se es adicto o dependiente.

El consumo frecuente de café lleva consigo una adaptación a la cafeína, lo que explica que personas habituadas a tomar café sufran diversos síntomas cuando no ingieren su dosis habitual de cafeína, alcanzando incluso un síndrome de abstinencia que se muestra con signos como cansancio, irritabilidad nerviosa, incapacidad para concentrarse, ansiedad, dolor de cabeza... También explica que las personas acostumbradas a tomar café cada noche no tengan ningún problema para conciliar el sueño. Algunos individuos extremadamente sensibles pueden experimentar efectos leves, aunque temporales, como por ejemplo, dolores de cabeza, ansiedad e irritabilidad cuando alteran su consumo diario de manera rápida y sustancial.

Los expertos médicos coinciden en afirmar que cualquier trastorno causado por la suspensión repentina del consumo de la cafeína puede evitarse disminuyendo progresivamente su consumo a lo largo de varios días.<sup>35</sup>

En conclusión se puede decir que en la mayoría de los organismos que habitúan beber café, a la larga se desarrolla un dependencia física y psíquica menor, pues ¿que son al final de cuentas los hábitos sino dependencias psíquicas?.

---

<sup>35</sup> <http://www.alimentacionsana.com.ar/informaciones/novedades/cafeina2.htm>

### **3.4.2 Daño a la salud**

Para entender lo referente a este apartado es necesario saber cómo actúa el café dentro del organismo, más concretamente su ingrediente activo: la cafeína, la cual es un alcaloide blanco obtenido del café, del té y otros vegetales. Como alcaloide tiene la capacidad de actuar a distintos niveles sobre el sistema nervioso. Es una sustancia que penetra fácilmente en todas las células del organismo, especialmente en las neuronas (células del sistema nervioso). Su acción más importante es la de estimular la transmisión de los impulsos nerviosos entre las neuronas. La cafeína no se acumula en el organismo puesto que se elimina con la orina entre 3 y 6 horas después de haber sido ingerida.

Una de las acciones de estas sustancias estimulantes presentes en todas las infusiones, es la de excitar las contracciones de las fibras musculares lisas.

Además se la considera irritante natural de las mucosas, por lo que como consecuencia, no son indicadas para las patologías digestivas. Para evitar esos inconvenientes, se la reemplaza por sustitutos como el café descafeinado, la malta y los cereales tostados.

La cafeína se consume en múltiples alimentos y bebidas. En usos terapéuticos puede administrarse en forma oral o en inyección intravenosa. Es un estimulante del sistema nervioso central que actúa después de 5 minutos de su ingestión aumentando la actividad cerebral y reduciendo la vigilia. Un consumo crónico excesivo podría derivar en trastornos del sueño como insomnio crónico, pero esto es solamente en casos extremos, en los que se acostumbra tomar más de siete tazas diarias.

Consumir entre 75 y 150 mg. de cafeína eleva la temperatura, el ritmo respiratorio y el nivel de ácido gástrico en el estómago. Cantidades más altas en el torrente sanguíneo pueden producir ansiedad, irritabilidad, insomnio, sudoración, taquicardia y hasta diarrea.

La cafeína aumenta la secreción de ácido clorhídrico y de pepsina en el estómago, por lo que el café y otras bebidas que la contienen no están indicadas en caso de problemas digestivos como gastritis o úlcera péptica. Este efecto no se debe sólo a la cafeína, sino también a otras sustancias que forman parte de la esencia del café, por lo que en estos casos el café descafeinado está igualmente desaconsejado.

La cafeína es una sustancia estimulante que produce un aumento ligero y transitorio de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, efecto que desaparece en un breve periodo de tiempo, por lo que las personas con hipertensión arterial o enfermedades del corazón podrían consumir café con moderación, pero siempre con asesoramiento médico.

La cafeína no se acumula en el organismo, se degrada en el hígado y se elimina por la orina entre 3 y 6 horas después de haber sido ingerida, por lo que tiene un leve efecto diurético, lo que hace que grandes dosis de cafeína puedan provocar deshidratación. Uno de los pocos casos en que se desaconseja totalmente el consumo del café es en los pacientes que sufren de epilepsia. Más que aumentar el riesgo de ataque, la cafeína induce al insomnio, y las personas con epilepsia nunca deben encontrarse en un estado de falta de sueño.

El uso prolongado de más 650 mg diarios de cafeína, equivalentes a ocho o nueve tazas de café al día pueden ocasionar:

1. - Úlceras gástricas;
2. - Incremento en el nivel del colesterol;
3. - Insomnio crónico;
4. - En mujeres embarazadas puede retardar el parto;
5. - Afecta la elasticidad de la arteria aorta y vasos sanguíneos;
6. - Aumenta presión sanguínea; y
7. - Ansiedad y depresión permanentes.

Este tipo de consumo también parece estar asociado con disfunciones cardíacas y la aparición de ciertos tipos de cáncer asociados a los alquitranes del café.

Las intoxicaciones fatales con cafeína son raras. Grandes dosis, especialmente cuando son consumidas por sujetos no habituados o sensibles, pueden producir dolores de cabeza, taquicardia, convulsiones y eventualmente delirios. Una crisis cercana a la dosis letal debe considerarse como urgencia médica ya que tiene manifestaciones similares a las de un diabético privado de insulina que ocasionan altos niveles de azúcar en la sangre.



### **3.4.3 Uso terapéutico**

La cafeína se vende bajo diversas marcas comerciales (Cafiaspirina®, Saridón®) recomendada para contrarrestar la fatiga, para tratar la migraña y algunos otros tipos de cefalea. En conjunción con analgésicos hace que éstos trabajen mejor. Por su capacidad para estimular la respiración también es recomendada en el tratamiento de la apnea en los recién nacidos y como antídoto para la depresión respiratoria en sobredosis de heroína y otros psicoactivos opiáceos.

Una taza de café puede contener entre 60 y 110 mg de cafeína, una taza de té entre 10 y 90 mg, una de chocolate entre 5 y 40 mg y las bebidas de cola 35 mg. Una barra de chocolate de 50 gramos tiene entre 10 y 60 mg de cafeína. Las píldoras de uso terapéutico contienen entre 30 y 65 mg, mientras que en el mercado negro suelen circular las llamadas “pastas para mantenerse despierto” que llegan a tener entre 100 y 200 mg. La dosis letal de cafeína es de 5,000 mg, el equivalente a 40 tazas cargadas de café consumidas en un periodo excesivamente corto de tiempo.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1 Esbozo de una cultura de drogas**

“*Pharmakón*: remedio y veneno”<sup>1</sup>, no hay mejor palabra para demostrar la dualidad de la droga, la cual fue denominada así por los antiguos griegos.

Las drogas han sido utilizadas desde la existencia de las más remotas civilizaciones, ya con fines médicos subsanando el dolor físico y mental, religiosos, bélicos, recreativos o más actualmente como un medio de evasión del mundo cotidiano.

Las cinco culturas llamadas universales; la griega en Europa; China o *Catay* en Asia, mexicas, mayas e incas en América, egipcia en África e hindú en la India, todas ellas por igual emplearon las distintas drogas a su alcance; se sabe por ejemplo que asirios, griegos, egipcios, romanos y árabes usaron algunas drogas con fines médicos, así como para la magia o iniciación de misterios religiosos, de forma similar las culturas mesoamericanas utilizaron en México el peyote, en Perú las hojas de coca eran masticadas por los incas, principalmente como energético en el combate de la fatiga, costumbre vigente en nuestros días.

Durante el resplandor de la antigua Grecia, Hipócrates uno de los médicos más destacados de la época, expandió su conocimiento acerca de las más de doscientas cincuenta drogas que había estudiado hacia lo que sería el Imperio Romano.

Otro vestigio proviene de una tablilla de origen sumerio, con una antigüedad de cuatro mil años describe la elaboración de drogas medicinales a partir de sal, salitre, casia, corteza de sauce, asafétida, tomillo, semillas y raíces, sin embargo

---

<sup>1</sup> BERDONCES José Luis: “*Gran enciclopedia de plantas medicinales*”; sin edición; Editorial TIKAL; Barcelona, España 1999; p.5.

los galenos de aquella época, por no conocer exactamente las propiedades y consecuencias de estos preparados terminaban cegando a los pacientes.

Lo mismo sucedía con los egipcios, cuyos aciertos terapéuticos no eran del todo eficientes. Los babilonios ocuparon por primera vez la belladona o hierba de Eurasia contra espasmos de tos, y los chinos descubrieron que la anemia se curaba con hígado y hierro.

“A pesar de la elaboración de herbolarios, no fue si no a través del médico griego Dioscarido que se brinda los que es considerado como el primer tratado formal de farmacología, instrumento por el cual llegó a Arabia y subsecuentemente a la Edad Media, el saber de las drogas.

Ya antes los romanos habían profundizado en el legado de Hipócrates, aumentando considerablemente el número de drogas medicinales, este conocimiento llegó a Oriente<sup>2</sup>, convirtiendo así a los musulmanes en auténticos eruditos, y a Bagdad en la meca mundial de la farmacéutica y medicina a nivel mundial.

Fue así, con un enorme acervo de recetas que el conocimiento de oriente arribó al mundo occidental, donde se sistematizó la farmacéutica, aparecieron entonces las boticas en donde la gente encontró un lugar para curar, o en su defecto aliviar sus padecimientos.

Los alquimistas árabes siguieron descubriendo y fabricando algunas drogas como el alcohol destilado y diversos extractos vegetales, los cuales siguieron proliferando hasta el siglo XVII junto con ingredientes tan antiguos y singulares como las perlas machacadas, los dientes de lobos pulverizados y las momias molidas.

---

<sup>2</sup> ESCOHOTADO Antonio; *“Historia general de las drogas”*; segunda edición; Editorial Espasa Calpe; 1998, p. 19.

Debido al estrecho lazo que aún existía en la Edad Media entre medicina y religión, floreció el uso de drogas con fines médicos y religiosos.

Ya con el advenimiento del Renacimiento se comenzó a hablar de la existencia de farmacias, que se equiparon con las primeras inquietudes de progreso científico, contando con máquinas destiladoras y alambiques, convirtiéndose así en los primeros laboratorios de química.

Bajo la supervisión de gremios importantes los farmacéuticos de la época se especializaron en la producción de drogas galénicas y químicas.

Es innegable que el hombre ha vivido con una cultura de drogas a través de su historia, aún hoy día los *rublos* considerados primitivos practican el uso de alguna droga, por ejemplo los aborígenes australianos--considerados como uno de los pueblos más primitivos del mundo moderno-- mastican la planta pituri debido a los efectos narcóticos de la misma.

#### **4.1.1 Drogas prehispánicas**

“Las culturas mesoamericanas consumieron distintas plantas alucinógenas como el ololiuqui, chocolatl, leononacatl, peyote, quetzalxochiatl, incluso partes de algunos animales como el pico de periquitos, sapos y espinas de pescado, pulque, este último mayormente con fines religiosos por lo que su uso estaba restringido a sacerdotes y chamanes, sin embargo también eran utilizadas durante festejos y en el campo medicinal”.<sup>3</sup> Sin embargo con la conquista llegó también la destrucción parcial de las sociedades mesoamericanas, sus ritos y costumbres, pues dado que éstas culturas eran vistas como herejes, era deber de la Corona Española y de la Iglesia Católica evangelizar a los americanos, por lo que prohibieron el consumo

---

<sup>3</sup> HOFFMAN Albert y EVANS SCHUTES Richard; “*Plantas de los dioses*”; sin edición; Editorial Fondo de Cultura Económica; México 1995; p. 20.

de plantas alucinógenas, pues las consideraban *instrumentos diabólicos* y un obstáculo para alcanzar la conversión religiosa.

Ya antes de la llegada de los españoles al continente americano, en el viejo continente el consumo de marihuana fue considerado una herejía por el Papa Inocencio VII, y como a los españoles no les atraía el efecto de esta droga no hubo protesta alguna, pues eran más aficionados al alcohol y tabaco.

Desafortunadamente son escasos por no decir nulos los testimonios acerca de la variedad de drogas prehispánicas y de las que son conocidas se desconoce el fin y efecto por el cual se ocupaban, ya que gran información de éstas drogas fue destruida durante la conquista.

“A pesar de eso se sabe por ejemplo que los yaquis en el norte de México consumían un hongo de color negrusco que de acuerdo a los testimonios de los españoles les provocaba alucinaciones consistentes principalmente en serpientes e insectos alrededor de su cuerpo, por lo que era común verles presas del miedo y desesperación arrojándose a precipicios”.<sup>4</sup>

#### ***4.1.2 De la conquista a la independencia***

A pesar de la prohibición hecha por la Corona Española referente al consumo de plantas alucinógenas en general, y de la marihuana en particular, ésta última fue introducida en América. Se cree que este hecho fue logrado por el conquistador Pedro Cuadrado de Alcalá del Río.

Una vez introducidas las semillas en América, fue Sebastián Ramírez de Fuen Leal, presidente en ese entonces de la Segunda Audiencia Gobernadora, quien ordenó sembrar las primeras semillas, iniciativa que fue apoyada por Fray Juan de

---

<sup>4</sup> HOFFMAN Albert *et.al.*; *op.cit.*, p.20.

Zumarraga ya que el objetivo era impulsar la agricultura mediante la siembra y explotación del cáñamo, por lo que difundieron su cultivo por todas las intendencias e incluso incentivaban a los aborígenes dedicados a ésta tarea, por lo que trajeron a labradores españoles con el fin de instruir a los nativos sobre el cultivo del cáñamo.

A pesar de la prohibición papal a la marihuana y debido a la necesidad de materia prima para el área textil, la siembra, cultivo, consumo de cáñamo y de sus derivados fue legal en las Colonias españolas durante trescientos años, fueron los nativos quienes comenzaron a fumar dicha hierba.

Posteriormente la utilidad del cáñamo fue ampliada a la medicina, dato que constata el jesuita Juan de Esteynefer en su edición del "*Floriego medicinal de todas las enfermedades*" en mil setecientos doce.

Durante esa época los principales problemas de salud eran el alcoholismo y epidemias de enfermedades venéreas, traídas al continente americano por los españoles, y difundidas principalmente a través de las prostitutas, principalmente la gonorrea, mal que fue combatido con semillas de cáñamo remojadas en horchata, desafortunadamente no se describe su preparación y tampoco se conoce la efectividad de este remedio, sin embargo si es conocido que las mujeres masticaban las semillas de marihuana durante la lactancia para reducir la producción de leche.

Es necesario aclarar que el cultivo de marihuana pudo ser posible legalmente en América porque a los españoles les interesaba el uso textil de la planta, no las propiedades de droga de la misma.

Fue en el noroeste de la entonces Colonia española, en la zona que hoy conocemos como Sinaloa, Sonora y Baja California donde florecieron los cultivos de marihuana, y es en ésta misma zona donde doscientos años después

aparecieron y se consolidaron las principales mafias mexicanas y posteriormente los cárteles del narcotráfico. Criollos y nativos no tardaron mucho en encontrar gusto por los efectos de la marihuana, por lo que el consumo de dicha droga fue inmediatamente asociado a las clases bajas y a los criminales, claro que éstas clases bajas eran el conjunto de marginados o excluidos social, política y económicamente de la Nueva España, así que en las conductas antisociales--no criminales--del sector marginado la mayoría encontró el camino para forjar una contracultura reaccionaria ante la injusticia que aún hoy día define algunos rasgos de la cultura urbana.

La Independencia llegó y con ella la catarsis que acompaña a toda insurrección, impregnada de un afanoso espíritu de renovación el siglo XIX, es en opinión de Justo Sierra un siglo enteramente francés, desde las ideas políticas republicanas y la difusión de la fotografía, hasta el gusto gastronómico, arquitectónico y literario.

Para mil ochocientos sesenta México era una emulación de la sociedad francesa, es entonces que Charles Baudelaire--uno de los poetas malditos--publica "*Los paraísos artificiales*", obra que exalta el consumo de drogas artificiales con fines estéticos y literarios.

Este nuevo uso de las drogas fue exportado por Francia a todo el mundo, pero en México provocó toda una epidemia baudelariana con la costumbre de fumar opio u otras drogas, hecho que influyó en los poetas románticos de la segunda generación.

Hacia mil ochocientos setenta y seis el cáñamo es rebautizado en México con un nombre más popular: *marihuana*, según una versión a causa de las curanderas que utilizaban esta planta con fines médicos y que casi siempre resultaban llamarse María o Juana.

Al igual que durante la conquista, el consumo de marihuana en esta época el consumo de marihuana estaba ligado a miembros de clases bajas ahora constituida por obreros, artesanos, trabajadores de limpia, soldados rasos, reos, custodios y criminales.

El consumo de opio, polvos de merck, morfina y coca estaba destinado para la aristocracia, artistas e inmigrantes chinos.

#### **4.2 PORFIRIATO: Una tolerancia a las drogas**

Como ya se señaló, la mayor parte del siglo XIX México estuvo impregnado de un aire francés, razón por la cual el lema del porfirato fue “orden y progreso” debido a que durante este periodo existió un afán por que México dejara de ser un país atrasado y que imitase a los países europeos como el modelo ideal de sociedad, es por ésta razón que durante de la dictadura de Díaz hubo una tolerancia política y legal e incluso cierto grado de aceptación hacia drogas como los polvos de merck, opio y marihuana, pues en ese entonces los hábitos de los consumidores consuetudinarios de las drogas mencionadas constituía una molestia, no una amenaza contra la sociedad.

Sin embargo a finales del siglo XIX nació un burdo afán intolerante hacia las drogas, el consumo de marihuana entonces comenzó a causar gran disgusto a la aristocracia, al igual que el consumo de opio que había sido permitido abiertamente por el gobierno, dado que eran costumbres del pueblo mexicano y chino.

Una vez terminadas las vías ferroviarias los chinos dejaron de ser necesarios y su costumbre resultó disgustante, así el consumo de opio se asoció al juego y prostitución, a su vez dichas actividades fueron relacionadas a los chinos, aunque se trató de erradicar estos vicios y males sociales adoptando la política de control de drogas de la Convención Internacional del Opio de 1912, ya era muy tarde.



La Revolución había llegado y con ella la catarsis de valores y costumbres inherente a todo movimiento revolucionario, sin embargo el gusto por las drogas había echado profundas raíces en el sector popular mexicano por lo que ésta costumbre fue conservada.

#### **4.2 Revolución, drogas y folklore**

La vecindad geográfica con Estados Unidos, el país con mayor interés en prohibir el consumo de drogas desde principios del siglo XX, tales como el opio, sus derivados y la cocaína, así como la creación de la Ley Harrison, aprobada en mil novecientos catorce, fueron factores determinantes para el nacimiento de un campo de actividades ilícitas que en México habían sido un negocio legal, aunque sometido a cierto tipo de controles administrativos y sanitarios.

“En los albores de este siglo, la marihuana no pareció elevarse más allá de las pulcatas, la soldadesca y el mundo penitenciario, hasta que la afición a la marihuana del presidente y general Victoriano Huerta se evidenció en diversos corridos populares. La marihuana era entonces la droga de mayor consumo popular en México. Las pulquerías que tanto abundaban en el centro de la República y sobre todo en la capital eran para ir a tomar y “vacilar” o darse las tres”.<sup>5</sup>

Eran los años de la revolución (1910-1917) en México, no obstante el gobierno de Venustiano Carranza (1915-1920), siguiendo el criterio de la Ley de Opio de 1912 y de la Ley Volstead (1914), atendiendo a los intereses del gobierno estadounidense emitió en 1916 unas disposiciones encaminadas a la prohibición del tráfico de Opio, pues la mayor parte del contrabando de ésta droga de México al país vecino del norte pasaba principalmente por dos localidades fronterizas del Distrito de Norte de Baja California, también conocido como DNBC: estos lugares eran Mexicali y Tijuana.

---

<sup>5</sup> PEREZ MONFORT Ricardo: Yerba, goma y polvo: Editorial Era, México, 1998, p. 15.

Por otra parte el opio proveniente del lejano oriente, que en un principio tenía como fin abastecer a los inmigrantes chinos contratados en México para la construcción de vías ferroviarias, entraba a México por varios puertos del pacífico como Salina Cruz, Acapulco, Mazatlán y Ensenada, este último localizado a pocos kilómetros de la frontera californiana.

Esa medida prohibicionista propuesta por el gobierno de Carranza, iba dirigida contra los intereses del jefe político y comandante militar del DNBC; el coronel Esteban Cantú, enemigo político de Carranza y quien según las autoridades aduanales de los Estados Unidos controlaba el tráfico de opio en aquella zona.

En ese periodo revolucionario la provincia, el México rural era puro pero atrasado, cierto es que era el origen de la nacionalidad, pero había que civilizarlo.

La ciudad en cambio era el cosmopolitismo plagado de vicios, pero sede de los poderes que sancionaban y legitimaban los códigos imperantes de la civilización moderna, y ahí las sustancias alteradoras de la razón estaban asociadas con la decadencia, con *“la degeneración de la raza humana”*. Por ello en el Congreso Constituyente de Querétaro de 1917 el médico J. M. Rodríguez al proponer la creación de un Consejo de Salubridad General, esgrimió como segundo fundamento el siguiente:

*“Como la degeneración de la raza mexicana es un hecho demostrado los datos estadísticos sacados principalmente de la ciudad de México [...] es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir ésta enfermedad de la raza provenida principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etcétera, sean dictadas con tal energía que contrarresten de una manera efectiva y eficaz, el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas para la salud”*.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> **Congreso Constituyente 1916-1917**; *“Diario de debates”*; tomo II; edición facsimilar; INERHM; México Distrito Federal, Archivo General de la Nación, archivo de la Secretaría de Salud y Asistencia; Fondo Salubridad Publica; Fondo de Servicio Jurídico, caja 2, expediente 2; página 198.

No es necesario decir que tal medida resultó contraproducente, toda vez que no solucionó el supuesto problema de salubridad, sino que dio nacimiento a un problema mayor y más grave aún; el narcotráfico un problema de seguridad social, que con el tiempo sería un problema de seguridad nacional.

Al establecer una regulación legal para el caso del alcohol y una prohibición para el caso del opio, cocaína y marihuana, provocó que aquellos dedicados al comercio antes legal de estas sustancias, actuaran fuera del arco legal para abastecer a un mercado nacional que entre sus costumbres tenía profundamente arraigado el consumo de estas sustancias.

Poco tiempo después, durante el gobierno de Madero se emprendieron campañas en contra de lo que se identificó como *“el alarmante incremento de la intoxicación por inyecciones”*, principalmente por sustancias que sin más podían adquirirse en cualquier botica.

Por otra parte en el Distrito Norte de Baja California, en mil novecientos diecisiete el coronel Cantú dispuso medidas similares a las tomadas por Carranza en contra del tráfico de opio, pero el mismo se encargaba de violarlas al revender a través de terceras personas el opio decomisado a los traficantes. El control político y militar de Cantú en la tierra que gobernaba impidió que grupos ajenos a sus intereses pudieran entrar al negocio. Los traficantes de esa época sabían que sin la protección política tenían pocas posibilidades de éxito y supervivencia.

Hacia Julio de mil novecientos diecinueve ya se anunciaba que el Consejo de Salubridad preparaba las medidas para atacar *“el vicio de la intoxicación más o menos artística, más o menos vulgar, que está alcanzando entre nosotros un incremento grandísimo, sobre todo entre la juventud de clase media que ha tomado como un snobismo de moda fumar opio, marihuana, inyectarse heroína, cocaína y otras sustancias sucedáneas al opio”*. Sin embargo las medidas tardarían en concretarse en acciones definidas y mucho más en surtir el efecto

deseado por el gobierno, ya que el pueblo mexicano en todos sus estratos sin excepción se negaba a dejar el consumo de marihuana tal como refiere el testimonio del director penitenciario el cual es el siguiente:

*“Solicito al gobernador del Distrito Federal que cuanto antes sea relevada la escolta por estar formada por soldados nada escrupulosos de su deber. Estos soldados se dedican a vender marihuana, alcohol, morfina, coca y demás drogas vaciladoras a los reclusos. Además en vez de vigila, protegen a los reos cuando se fugan”<sup>7</sup>.*

#### **4.4 Post-revolución: Comienza la prohibición**

La Ley Volstead entró en vigor en los Estados Unidos de Norteamérica seis años después de su aprobación en mil novecientos catorce. En esta misma fecha 1920, en México se aprobaron leyes federales para prohibir el cultivo y comercio de marihuana.

En esas fechas los cultivos de marihuana se concertaron en los estados de Sonora, Sinaloa, Chihuahua y Durango, zonas en las que actualmente se siguen concentrando algunos de los principales cultivos de esta droga.

Ante la prohibición de la marihuana en mil novecientos veinte surgió la oposición del sector artístico, por lo que en un burdo intento pugnaron por la legalización del consumo de marihuana, los principales promotores de tal propuesta fueron Fermín Revueltas y Diego Rivera.

En mil novecientos veintitrés Álvaro Obregón, quien era adicto a la morfina a causa del dolor que le provocaba la amputación de su miembro, hipócritamente lanzó un decreto determinante que prohibía la importación de las llamadas drogas heroicas: opio, extracto de opio, cocaína y sus sales, heroína sus sales y

---

<sup>7</sup> PEREZ MONFORT Ricardo; *“Yerba, goma y polvo”*, *op.cit.* p.18.

derivados, especificando como “delito de contrabando” el comercio de dichas sustancias.

Sin embargo poco efecto tuvieron estas disposiciones, pues la situación social en relación al consumo de drogas en general, y particularmente en lo concerniente al consumo de marihuana continuó igual hasta mil novecientos veinticinco, el testimonio de un periodista acerca del caso es el siguiente:

*“Las notas documentales que obran en mi carnet acusan adeptos de Doña Juanita entre los funcionarios públicos, actores, autores teatrales y cinematográficos, actrices y segundos tiples, músicos y pintores, intelectuales, rentistas, periodistas y damas de alta sociedad, señoritas y galancetes de la misma parasitaria clase. Y así mismo entre papeleros y boleros, chóferes, tahúres, mecapapeleros, magdalenas y chulos de los salones México y Smirna, y entre soldados y gendarme, a todos vence la marihuana que da la ciencia del Ramayana”.*<sup>8</sup>

Los fumaderos de opio de la ciudad de México eran lugares bien conocidos por los viandantes urbanos. Hubo incluso una propuesta durante el régimen maderista de un grupo de chinos ubicados en la calle de Dolores que ofreció pagar contribuciones por más de un millón de pesos si se les permitía monopolizar la importación del chandoo u opio para fumar.

La propuesta no progresó pero demostró que existía cierta indulgencia hacia las costumbres que todavía parecían no poner en riesgo a la comunidad capitalina.

---

<sup>8</sup> PEREZ MONFORT Ricardo; “Yerba, goma y polvo”, *op.cit.* p. 19

#### **4.4.1 Los padres del narcotráfico**

A pesar de las medidas legales realizadas por Obregón para erradicar el tráfico y comercialización de drogas enervantes, la situación de facto no cambió. En boticas, expendios callejeros, hospitales, en las mismas cárceles, no se diga en cabaret, prostíbulos y cafeterías la circulación de estas sustancias seguía su curso sin mayores accidentes, lo que fue peor: los fumaderos de opio continuaban públicamente abiertos y ya no recurrían a ellos exclusivamente los inmigrantes chinos, sino también la población nacional. La situación siguió igual hasta 1925, pese a que México ya había iniciado dos años antes las pláticas que darían lugar a los tratados de Bucarelli. Mil novecientos veinticinco fue un año prolífero en acuerdos y decretos en contra de la importación y circulación de drogas enervantes.

#### **4.4.2 Plutarco Elías Calles**

Al asumir la presidencia de la República en 1925, Plutarco Elías Calles estaba dispuesto a cambiar la situación que de facto continuaba en México en relación a las drogas pese a las medidas legales.

En ese mismo año derogó el decreto prohibicionista que Obregón había emitido en 1923, para substituirlo por otro en el que se establecía que el Departamento de Salubridad Pública sería el indicado para dar los permisos de importación de opio, morfina, cocaína y adormideras en sus múltiples formas a quien lo solicitase, claro previa aprobación de este mismo órgano, quedando *“estrictamente prohibida la importación de opio preparado para fumar, de marihuana en cualquiera de sus formas y de heroína, sus sales y derivados”*.

El decreto otorgó al Departamento de Salubridad Pública y a la Secretaría de Hacienda una amplia capacidad para revisar sus preceptos y reglamentar en materia de drogas, y así los hicieron en repetidas ocasiones durante ese año,

testimonio de ellos son los acuerdos sobre el remate de narcóticos ingresados al país ilícitamente, pero sobre todo la creación de una policía sanitaria para impedir legalmente el comercio ilícito de drogas: la temporada de caza estaba abierta.

En el norte del país inicio una persecución xenofóbica en contra de la comunidad china que, si bien no fue impulsada por Calles, sí fue tolerada. En el centro del país los fumaderos de opio fueron cerrados, los inmigrantes chinos llegados al país durante el porfiriato era ahora asociada al juego, prostitución y narcotráfico, y obviamente perseguida por la policía sanitaria, la que se adjudico actividades únicas y exclusivas de la Procuraduría General de la República.

Ese hecho planteó más de un problema en la jerarquía e invasión de esferas de poder, que no fue resuelto sino hasta mil novecientos treinta y cinco: ¿Cómo ver a aquellos relacionados con las drogas?, los consumidores ¿eran enfermos susceptibles de ser sometidos a un tratamiento de rehabilitación? o ¿delincuentes comunes que como tales debían ser reclusos en un centro penitenciario y no en un hospital?; los vendedores ¿eran comerciantes cuya actividad debía ser regulada? O ¿eran narcotraficantes?; la policía sanitaria ¿tenía facultad legítima para consignar y más aún prácticamente juzgar y sentenciar a quienes ella identificaba como transgresores de las leyes antinarcóticos?, sus facultades ¿correspondían a simples inspectores de boticas y expendios de drogas? O ¿a guardianes de la ley y perseguidores del delito?.

Como se mencionó esta situación duró diez años, mientras tanto hubo tropiezos y desatinos de la policía sanitaria, pues de treinta y cinco expedientes escogidos al azar entre 1925 y 1928, doce resultaron cesados de sus puestos por estar ligados a "individuos sin escrúpulos"; también a mediados de 1930 al comandante de la policía sanitaria; "Raúl Camargo quien ocupó el cargo desde 1927, se le comprobaron tal cantidad de delitos relacionados con el tráfico de opio y heroína en diversas localidades de México que no hubo manera de sostenerlo

en el cargo ya que los informes de sus actividades lo señalaban como el máximo sostenedor del vicio en la República”<sup>9</sup>.

A partir de entonces el afán persecutorio empezó a cobrar múltiples víctimas, los primeros fueron los integrantes del sector chino sin distinción alguna por ser conocida su costumbre de fumar opio, le siguieron los boticarios, y a estos los yerberos y falsificadores de sustancias. Tal situación llevó a estos grupos a inventar toda clase de maniobras para producir, traficar, vender y consumir la droga en pequeña escala, el narcomenudeo surge entonces. La semilla del narcotráfico había sido sembrada y pronto sus frutos cosechados, más de esto último se encargaría Lázaro Cárdenas.

#### **4.4.3 Lázaro Cárdenas**

En el nuevo contexto jurídico, político y social de México respecto de las drogas, la relación entre el campo del tráfico de drogas y el poder político, era de supeditación del primero al segundo. Desde un inicio los traficantes fueron excluidos de la participación política ya directa o indirecta, y por otra parte tampoco buscaron intervenir debido a lo reducido de la demanda de drogas, hecho que limitaba su capacidad de acumulación económica y por lo tanto de poder.

En aquel entonces se producía y trabajaba básicamente para la exportación, ya el negocio más rentable estaba al otro lado de la frontera, situación que no ha cambiado en la actualidad pese al incremento del consumo de drogas en la República Mexicana.

Desde aquel entonces la prioridad del gobierno estadounidense no era descubrir los nexos entre los funcionarios gubernamentales y los traficantes, sino llevar a prisión a estos últimos, y en el proceso convencer al presidente en cargo, mas no al gobierno de México para que este aprobara o modificara leyes contra

---

<sup>9</sup> KAPLAN Marcos *op.cit.*, p. 23.



las drogas y penalidades similares a las de los Estados Unidos, así como la realización de campañas para la destrucción de cultivos ilícitos, que eran financiadas por el gobierno del vecino del norte, la primera de ellas fue en 1938.

El informe de destrucción de narcóticos relativo a los años 1938 y 1939 contabilizó más de cuatrocientos setenta y seis paquetes confiscados en boticas, redadas y acciones policiales, como consecuencia de ello las autoridades policíacas tomaron medidas represivas en contra de los consumidores de marihuana y opio.

Esta situación puso en aprietos a los toxicómanos, es decir a aquellos que veían empañada su calidad de vida por una enfermedad, cuyo tratamiento era a base de alguna droga, pasaron así de ser enfermos a delincuentes, pues a pesar de que en ese entonces ya existía un reglamento federal de toxicomanías y un hospital dedicado al tratamiento de dichas enfermedades tratando de separar enfermos de delincuentes, el afán persecutorio siguió ganando terreno y sin mayores distinciones toda relación con las drogas fue vista como “delito contra la salud”.

Para mil novecientos treinta y nueve el Código Penal ya contaba con un capítulo dedicado a los delitos contra la salud, entre los cuales por vez primera se crea un tipo penal para el tráfico, producción, siembra, transportación, venta y proselitismo de drogas enervantes y psicotrópicas. Esta tipificación es la actual de nuestro Código Penal Federal.

Es oportuno mencionar que hasta la fecha se han presentado dos iniciativas de Ley, una de ellas durante 2004 buscaba legalizar el uso médico de la marihuana, y la segunda y última de ellas durante el 2006, iniciativa presentada por el Partido Acción Nacional que busca despenalizar el consumo de marihuana, así como establecer las cantidades que pueden ser portadas por los usuarios de esta droga.

Tan solo un año después de esta primera prohibición formal a toda actividad relacionada en general con las drogas y para nuestro caso particular con la marihuana, en Badiraguato, Sinaloa, se intensificó el cultivo de amapola con motivo de la Segunda Guerra Mundial, con el único objetivo de abastecer de heroína a los percusores de esta política antidrogas que fue adoptada en México: los Estados Unidos Americanos.

El cultivo de amapola fue permitido por nuestras autoridades federales, que fijaban un tributo a los productores campesinos que se dedicaban a esta actividad principalmente en el norte del país.

#### **4.5 Badiraguato: 1965**

A lo largo de la historia bélica de los Estados Unidos de América, su gobierno ha adoptado diferentes posturas frente a determinadas drogas como la heroína, morfina, opio y marihuana, de igual manera ha recurrido a diferentes países para abastecer estas necesidades de su milicia, esto con el fin de disminuir tanto el dolor físico como mental de los activos de su ejercito en el frente de guerra.

Así durante la Primera Guerra Mundial recurrió a laboratorios europeos para ser abastecido de morfina, el gobierno estadounidense adoptó entonces una política tolerante hacia esta droga, sin embargo esta postura lleo a su fin una vez concluida la guerra.

En la Segunda Guerra Mundial la historia se repitió, pero ahora el gobierno de los Estados Unidos no buscaba la morfina sino la materia prima: el opio.

Debido al conflicto armado que se desarrollaba en Europa, el llamado *triangulo de oro* se desarticuló como mera consecuencia de dicho conflicto. Los traficantes turcos y asiáticos ya no estaban más en posibilidades de abastecer a sus

distribuidores de Marsella, quienes a su vez no pueden proveer a sus clientes europeos y norteamericanos.

Ese hecho conjugado con la necesidad del gobierno estadounidense por satisfacer las demandas de drogas en el frente bélico lo orillaron a buscar una nueva fuente proveedora, encontró así el lugar ideal en la sierra de Sinaloa, concretamente en un lugar llamado Badiraguato, localidad en donde ya “se concentraba desde 1920 los mayores cultivos de amapola y marihuana”<sup>10</sup>.

La relación oferta-demanda entre México y Estados Unidos de Norteamérica constituyó una oportunidad que consolidó a los narcotraficantes mexicanos de opio y marihuana como los principales abastecedores de drogas del mercado de Estados Unidos, y una esperanza para el campesino de mejorar su calidad de vida, cambiando sus viejos cultivos por uno más rentable: el de amapola, ya que durante el lapso que duró la Segunda Guerra Mundial el gobierno mexicano permitió la siembra y cosecha de amapola para la exportación, adoptó así una postura más que tolerante hacia esta droga atendiendo igual que anteriormente lo había hecho con la prohibición a los intereses del gobierno de los Estados Unidos.

Desdichadamente nuestro país vecino del norte no calculó las consecuencias de su política intervencionista en materia de drogas hacia su interior ni para con México, ya que una vez terminada la guerra la gran depresión económica aún continuaba, sus soldados, de los cuales la mayoría tenía una baja educación por provenir de un bajo estrato social, regresaron adictos al opio fumado y a la morfina, desempleados, buscaron la forma de procurarse la droga manteniendo así la demanda que los productores mexicanos se encargaron de satisfacer.

Posteriormente llegó la década de los sesenta, con ella la guerra de Vietnam y el movimiento de contracultura hippie. El gobierno norteamericano necesita nuevamente drogas, y debido al su rotundo fracaso al intentar que sus agricultores

---

<sup>10</sup> LORET DE MOLA Carlos *op.cit.* p. 85.

sembraran las drogas recurre nuevamente a México, esta vez en busca de marihuana, nuevamente Badiraguato es el lugar idóneo, se consolida este finalmente como el principal proveedor de aquel que ya se perfilaba como el mayor mercado de drogas, esta vez ya no solamente debido al uso bélico, sino también por el nuevo uso recreativo que los jóvenes hippies encontraron en la marihuana.

En ésta década de los sesenta se da un *boom* en el consumo de drogas en los Estados Unidos, por una parte existen psiquiatras que con permiso del gobierno de ese país utilizan el LSD en pequeñas dosis y bajo estricta supervisión como tratamiento alternativo contra el alcoholismo, está también la milicia, en su mayoría adicta a la morfina, pero consumidores también de opio y marihuana, y si esto no fuera suficiente, en 1965 estalla el movimiento de contracultura hippie y con él llega el consumo de drogas, principalmente entre los jóvenes universitarios, quienes desarrollan gran gusto por la marihuana, convirtiendo ésta droga en la de mayor consumo en los Estados Unidos.

“La guerra de Vietnam se prolongó hasta 1974, la situación del consumo de drogas de los Estados Unidos estaba ya desde entonces fuera del control del gobierno de dicho país, y por otra parte en México las mafias de traficantes comenzaban a vislumbrar su evolución a los cárteles”.<sup>11</sup>

Ya desde antes, durante el trienio de Nixon se había tratado de controlar el flujo, no la demanda de droga de México al país vecino del norte, se pone así en práctica la “Operación Intercepción”, que sería el primero de muchos intentos por erradicar el problema de tráfico de drogas hacia Estados Unidos.

Por otra parte en México el consumo interno fue creciendo y dejó de ser tan solo un país de tránsito de drogas, ya que la población juvenil mexicana comenzó a utilizar las drogas a una escala masiva, siendo la de mayor consumo la

---

<sup>11</sup> LORET DE MOLA Carlos, *op.cit.* p.75

marihuana. Este fenómeno alarmó tanto al gobierno como a la población civil, quienes no tardarían en unir esfuerzos para afrontar este problema, anunciando el surgimiento de organismos no gubernamentales y asociaciones civiles cuyo fin fue combatir el fenómeno de la drogadicción, de los cuales hablaré a continuación.

#### **4.6 1981: Vive sin drogas**

A finales de la década de los sesenta hubo una globalización mundial en el consumo y producción de drogas entre la población juvenil. Como respuesta a este alarmante auge en el consumo de drogas, primero el gobierno mexicano y tiempo después la sociedad, crea instituciones, centros y asociaciones civiles destinadas en un principio al combate del consumo de drogas, creando así un ambiente represivo.

El campo de acción de estos organismos e instituciones, se enfocó en sus inicios exclusivamente en la juventud, por considerar a estos como un grupo vulnerable, así comenzó una serie de campañas y programas antidrogas impregnados de una gran intolerancia y desinformación acerca del tema, creando todo un tabú acerca de las drogas.

Debido al fracaso de las instituciones gubernamentales fue necesario que éstas reestructuraran sus objetivos, y así la prevención substituyó a la prohibición. Se buscó entonces evitar el primer contacto, y así los infantes y adolescentes fueron concebidos también como grupos vulnerables.

Fue también debido a la ineficacia de las instituciones gubernamentales encargadas del combate al consumo que en 1969 un grupo de comunicadoras encabezadas por Kena Moreno, fundó un centro de atención para jóvenes drogadictos, sin embargo fue hasta el 2 de Marzo de 1970 que dicho centro comienza a prestar sus servicios bajo la denominación *Centro de Trabajo Juvenil*,

ubicado en ese entonces en la delegación Coyoacán, ahí se iniciaron labores de tratamiento de la farmacodependencia.

Fue hasta 1973 que se constituyeron formalmente los *Centros de Integración Juvenil A.C.* Un año antes, en 1972 la Secretaría de Salud conformó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución donde se desarrollaron las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el uso y abuso de sustancias adictivas en México.

En el periodo comprendido de 1976 a 1979, los Centros de Integración Juvenil impulsaron la coordinación nacional y binacional para el intercambio de información científica y teórico-práctica, coordinando con la Secretaría de Salud campañas a nivel nacional para el control de adicciones.

Desde el origen del aumento en el consumo de drogas a la fecha, han surgido diversos grupos, asociaciones civiles e instituciones gubernamentales con diferentes objetivos en cuanto al consumo de drogas y combate de adicciones se refiere, sin embargo sus objetivos se pueden resumir de la siguiente manera:

1. - Reducción de la edad del primer contacto;
2. - Disminución del consumo de drogas legales e ilegales y sustancias adictivas; y
3. - Prevención, tratamiento y rehabilitación en el consumo de drogas

En el caso de México estas sociedades e instituciones comenzaron a trabajar conjuntamente a inicios de la década de los ochenta a pesar que ya existían desde principios de los años setenta, y tal vez este hecho se deba a que precisamente en los ochenta México ostentaba el 90% de la producción mundial de marihuana, abasteciendo el 80% de la demanda de esta droga en los Estados Unidos. Es también durante la década de los ochenta que los jóvenes mexicanos que ya consumían marihuana, empezaron a consumir las drogas que llegaban al

país para ser enviadas a los Estados Unidos. Cabe mencionar que en ese entonces y aún ahora la droga más común de inicio y la de más consumo entre los jóvenes a nivel mundial es la marihuana.

Otro factor que influyó en la coordinación a nivel nacional de los organismos ya mencionados fue la prevalencia en el consumo de drogas en los jóvenes mexicanos.

Durante la década de los ochenta se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) creado por decreto presidencial en 1986, el cual actualmente es coordinado por la Secretaría de Salud con participación de organizaciones privadas y sociales cuyo actuar está directamente vinculado al campo de las adicciones.

El objetivo de la Secretaría de Salud en un inicio fue establecer un marco normativo, así como lograr la congruente integración de los esfuerzos de los distintos sectores a través de los programas nacionales contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia.

Es también a partir de 1986 que se comenzó a establecer los servicios estatales de salud y los consejos estatales contra las adicciones.

#### ***4.6.1 Ley General de Salud***

Si bien es cierto que a finales de la década de los sesenta se dio un crecimiento mundial en el consumo de drogas entre los jóvenes, en México no fue sino hasta 1984 que este incremento en el consumo adquirió un tinte alarmante en verdad, pues si bien es cierto que ya desde finales de los setenta se observó dicho aumento, para 1984 se incrementó la prevalencia en el consumo de drogas entre jóvenes y niños, siendo ya en esta época los de mayor consumo los volátiles o inhalables, marihuana y cocaína.

Esta tendencia se ha mantenido en lo referente al consumo inicial, no en lo correspondiente a la prevalencia del consumo, en la que ha habido una alza, ya que según el Instituto Renace a la Vida, de acuerdo a las estadísticas obtenidas mediante el Consejo Estatal contra las Adicciones de Monterrey, México ocupa el sexto lugar a nivel mundial en el consumo de cocaína y el octavo en cuanto a marihuana se refiere.

Es importante resaltar que en el continente americano de polo a polo la droga de mayor es la cocaína, y a nivel mundial el 81% de los países reportan su consumo, por otra parte el 96% de los países reportan consumo de marihuana.

A mediados de la década de los ochenta que el entonces Presidente de la República Mexicana Miguel de la Madrid eleva a grado Constitucional el derecho a la salud, esto en cumplimiento de una de sus promesas de la campaña presidencial y tal vez también por la grave situación de alcoholismo, entre otras tantas razones.

Fue también durante 1984 que se crea la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo cuarto Constitucional.

Es necesario comprender el contexto social en el que se encontraba el país al momento en que se consagra el derecho a la salud en nuestra Carta Magna, y como consecuencia el surgimiento de la Ley General de Salud. Cuando dicha ley fue creada, en México ya existían distintas organizaciones gubernamentales y asociaciones civiles encaminadas principalmente al tratamiento de la salud mental y al combate de las adicciones llámese alcoholismo, fármacodependencia o tabaquismo.



No fue sino hasta después de la Ley General de Salud que se puede hablar de formalmente de un Sistema Nacional de Salud, pues en ella se reguló el actuar del gobierno en el campo salubridad, para asegurar mediante el establecimiento de requisitos un mínimo de calidad indispensable en los servicios e intervenciones de salud indispensable para al menos mantener la calidad de vida de la población.

En el caso de México, el sector salud al menos en el marco teórico ha puesto especial cuidado de la salud mental y en el área de las adicciones, principalmente en las causadas por alcohol, tabaco y drogas, en ese orden.

Considerando que el uso, abuso y dependencia de dichas sustancias “*constituye un grave problema de salud pública*” e incluso se ha creado normatividad especializada en el área de adicciones como lo es NORM-028-SSA2-1999, en la que a pesar de resaltarse la mayor gravedad del alcoholismo y tabaquismo, se enfoca casi exclusivamente al combate del consumo de psicotrópicos y estupefacientes.

¿Por qué si en el marco teórico son prioridades el combate a las adicciones causadas por el alcohol, tabaco y drogas, y repito en ese orden de jerarquía, se permite el libre comercio de alcohol y tabaco prohibiendo las drogas?.

#### **4.6.2.- Certificación Norteamericana**

La vigilancia e investigación de los Estados Unidos sobre México en relación al comercio de opio data por lo menos de 1911. Después de la creación de la Ley Harrison de 1914, esta actividad de vigilancia continuó incrementándose, embajadas, consulados y los llamados agentes antinarcóticos estadounidenses recopilaban dentro del territorio mexicano información relevante sobre el tráfico de drogas; zonas de cultivo, nombres de traficantes y de los políticos y policías que los protegían.

Esa información era enviada a Washington a los departamentos de estado y del tesoro, la intención era hacer que el presidente mexicano y por ende el gobierno, aprobara o modificara leyes contra las drogas y penalidades con la finalidad de permitir que las cortes estadounidenses enjuiciaran a los traficantes mexicanos y a sus colaboradores, así como la destrucción de los cultivos ilícitos mediante la realización de campañas, sin embargo no fue sino hasta 1938 en el Estado de Sonora que se realizó la primera de éstas campañas, intervinieron en ella por vez primera elementos del ejercito mexicano.

En ese entonces el Departamento de Salubridad era el órgano responsable de dirigir y coordinar a nivel nacional la política sobre drogas, y como tal tenía autoridad para convocar en su ayuda a las fuerzas armadas. En el inicio éstas campañas fueron financiadas por el gobierno estadounidense a través de sus agentes antidrogas quienes señalaban a sus homólogos mexicanos las zonas de cultivo a destruir, al igual que a policías y militares mexicanos. El razonamiento era simple: el peligro provenía del exterior, la población de Estados Unidos era una víctima de los traficantes mexicanos, y por otra parte costaba menos invertir en la destrucción de plantíos en el país productor que en agentes aduanales a lo largo de la frontera colindante de estos dos países, o en investigación y persecución policíaca en las calles estadounidenses<sup>12</sup>.

Sin embargo todas ésta medidas no impidieron que durante los años setenta, como ya se mencionó, hubiera una alta demanda en el mercado norteamericano, principalmente de marihuana. Hasta esas fechas el problema de consumo de drogas lo había constituido el opio y sus derivados.

Hay quien apunta que la alza en la demanda de marihuana se debió a que la producción de esa droga se disparó hacia fines de los sesenta, y no debido a una causa interna en el consumo de los estadounidenses, esto sin tomar en cuenta que fue el mismo gobierno norteamericano quien en los años cuarenta el gobierno

---

<sup>12</sup> LORET DE MOLA Carlos, *op.cit.*, p. 65.

mexicano a instancias de Estados Unidos permitió un aumento en el cultivo de amapola para satisfacer los requerimientos de opiáceos durante la Segunda Guerra Mundial y de marihuana durante la guerra de Vietnam. Se calculo que al menos entre los años sesenta y setenta México abarcaba el 80% de las importaciones a los Estados Unidos de marihuana.

La historia de la cooperación en la lucha contra las drogas entre México y Estados Unidos se remite a la adhesión de México a la Convención de la Haya, a petición precisamente del gobierno del país vecino del norte, desde entonces el gobierno mexicano ha mantenido su postura de cooperación en esta área. Veamos la otra cara de la moneda, pues México como proveedor de drogas del mercado norteamericano comenzó a desarrollarse a principios de los años veinte, no obstante el problema del narcotráfico dentro de la relación bilateral México-Estados Unidos no fue un tema relevante, recurrente o conflictivo, situación que cambió en los años setenta, cuando el consumo de drogas, principalmente de marihuana y heroína se incrementó en el sector universitario estadounidense y se mantuvo en los veteranos de Vietnam.

A medida que Estados Unidos se perfilaba a nivel mundial como el mayor mercado consumidor de drogas, México se consolidaba como su principal proveedor. Esta situación creó alarma en el gabinete y población estadounidense, por lo cual en “1969 la administración de Nixon diseñó e inició una estrategia unilateral para combatir el problema de narcotráfico en sus fronteras, sin que esto suscitara el mínimo interés por combatir el problema de adicción de su población, esta estrategia fue llamada “Operación Intercepción”, cuyo propósito fue fiscalizar el ingreso de drogas a ese país mediante una revisión exclusiva de los vehículos procedentes de territorio mexicano, hecho que provocó descontento en la población mexicana y fricciones entre los gobiernos de ambos países.

Ante tal situación, tanto el gobierno mexicano como el estadounidense hicieron patente su deseo de substituir la confrontación por la cooperación, así surgió la “Operación Cooperación”, que ante total disposición declarada por el entonces presidente Díaz Ordaz, dio origen a la más exitosa estrategia para combatir el narcotráfico desarrollada por cualquier gobierno mexicano: la “Operación Cóndor”<sup>13</sup>.

Desde inicios de los ochenta y hasta finales de la misma década, las confrontaciones entre Estados Unidos y México, debido al tema del narcotráfico estuvieron enmarcadas dentro de sus diferencias, entre otros aspectos de política internacional sobre el conflicto centroamericano, punto en el que ambos países sostuvieron posiciones casi antagónicas, pues *“mientras México buscaba un proceso de paz con la participación de otros países latinoamericanos como mediadores, lo que se concretaría como el Grupo Contadora”*, Estados Unidos iniciaba una guerra de baja intensidad con clara posición intervencionista. El tema del narcotráfico parecía ser de forma concreta un amplificador detonante de la relación bilateral en otros temas.

Fue en ese contexto que el entonces presidente Ronald Reagan llevó a cabo una campaña contra la “epidemia criminal” que culminó con la aprobación de la “Ley contra el abuso de drogas de 1986”, de la cual se desprende el actual proceso anual de certificación. Mediante dicha Ley Reagan logró apuntalar entre los americanos la idea de que el problema del narcotráfico era en definitiva una amenaza exógena, lo cual justificaría incursiones estadounidenses en Sudamérica.

En el plano de la cooperación bilateral en la lucha contra las drogas, el proceso de certificación anual al que somete Estados Unidos a los principales países productores de drogas, entre ellos México, ha causado más que verdadera cooperación numerosos enfrentamientos entre los gobiernos de los países

---

<sup>13</sup> SMITH Peter, *op.cit.*, pp.75-82

sometidos a este proceso para con Estados Unidos, pues esta es una medida unilateral institucionalizada desde 1986 como un clarísimo medio de presión que ha generado imposiciones onerosas a los países inmersos en dicho instrumento.

En Marzo de 1986 el gobierno norteamericano cerró el 75% de las garitas aduanales de su frontera con México alegando buscar drogas y armas que habían sido introducidas por terroristas libios. Poco después, en Abril de ese mismo año, la embajada estadounidense en México suspendió la expedición de visas hasta el mes de Agosto, alegando nuevamente el temor de actos terroristas.

Desde los antecedentes de la certificación en 1912, hasta lograr su institucionalización en 1986, se han generado distintos instrumentos de cooperación bilateral, fortalecidos estos mediante mecanismos de consulta bilateral como lo son el “Grupo de Contacto de Alto Nivel para el Combate a las Drogas”, y la “Alianza México-Estados Unidos contra las drogas”, creadas en 1996 y 1997 respectivamente.

#### **4.7 1989: “Mariguanato”, ¡mexicanos al grito de siembra!**

A principios del decenio de los setenta, la producción de amapola y marihuana se concentraba en el llamado cuadrilátero de oro, región de la Sierra Madre comprendida entre los límites colindantes de los estados de Durango, Sonora, Chihuahua y Sinaloa. Sin embargo por el auge de la demanda de drogas y por los distintos embates de las campañas de erradicación, los cultivos fueron extendiéndose al sur del país, a estados como Guerrero, Oaxaca y Michoacán. Durante este periodo la producción mexicana de amapola y marihuana se vio estimulada por la guerra en la que se había involucrado Estados Unidos y el combate a la producción de amapola y marihuana en el Medio Oriente.

En 1984, año en que se aprobó la Ley General de Salud, representantes del cártel de Guadalajara y del de Medellín se reunieron en Atlanta para acordar la nueva ruta mexicana para la importación y exportación de drogas del territorio mexicano hacia los Estados Unidos, pues los agentes antinarcóticos de este último país, habiendo estado en territorio mexicana habían recabado información sobre las principales rutas de ingreso y salida de drogas en México.

“La expansión del cultivo y tráfico de psicotrópicos, fue principalmente coordinada por el grupo conocido como el cártel de Guadalajara, encabezado por Miguel Félix Gallardo, cuyos conocidos socios principales, según información proporcionada por los agentes antidrogas estadounidenses, eran Ernesto Fonseca y Rafael Caro Quintero, quienes hasta ese entonces mantenían el control monopólico de la siembra a gran escala y el tráfico de marihuana, que en ese entonces y aún ahora es la droga de mayor consumo a nivel mundial, y durante esa época México fue la potencia mundial productora de marihuana”<sup>14</sup>.

La marihuana de mayor potencia a nivel mundial, es la proveniente de Badiraguato, Sinaloa, lugar en donde debido a la calidad de la tierra, características atmosféricas y climáticas es posible cosechar marihuana en la mitad del tiempo de un ciclo normal, invirtiendo menor fuerza de trabajo, dinero y tiempo, lo que a final de cuentas se traduce en mayores ganancias para los narcotraficantes productores de ésta droga.

Es en Badiraguato donde se han forjado y consolidado los jefes de los principales cárteles mexicanos, como es el caso de los Carrillo Fuentes, Arellano Félix, Amescua Contreras, así como Joaquín Guzmán Loera y Héctor Palma Salazar.

---

<sup>14</sup> DIAZ MULLER Luis *op. Cit.* pp112-117

“Tan solo durante 1995 el tráfico de drogas ilícitas en México se estimó en \$400 mil millones de dólares, ocupando así la cuarta posición en relación a las exportaciones de petróleo y gas con \$420 mil millones de dólares; le siguen alimentos, bebidas y alcohol con \$425 mil millones de dólares; y por último los químicos y farmacéuticos con \$435 mil millones de dólares.

Otro dato que resalta de 1995, es que según estadísticas de Washington los narcos mexicanos gastaron durante ese año poca más de \$6 mil millones de dólares en sobornos”<sup>15</sup>.

Sinaloa constituye hoy por hoy la meca del narcotráfico mexicano, y Badiraguato su mezquita.

#### ***4.8 México 2004; un grito en el Congreso***

En el mes de Mayo del año 2004 la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMATED), presentó ante la cámara de diputados del Congreso de la Unión una propuesta para autorizar a las farmacias la venta de narcóticos con fines terapéuticos en el tratamiento contra el dolor, precisando además que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y clínicas privadas, pues el ochenta por ciento de las personas que acuden a los servicios de salud tienen como principal síntoma el dolor.

Recordemos que actualmente la Ley General de Salud constituye el marco legal que enumera y clasifica a los narcóticos, recordemos también que actualmente la marihuana es considerada como un narcótico de la clase estupefaciente por dicho ordenamiento legal. Esta propuesta era apoyada e impulsada por las Comisiones de Salud de la Cámara de diputados y senadores.

---

<sup>15</sup> Revista CONOZCA MAS: Editorial Televisa, tomo 159, México Abril 2003, p. 43.

Ya anteriormente durante el 2003, el ahora desaparecido partido político México Posible presentaba dentro de sus propuestas la legalización de la marihuana, no sólo con fines médicos sino también como un medio para combatir la drogadicción en México.

Esto implicaba claro está la modificación de diferentes cuerpos normativos como la Ley General de Salud, el Código Penal Federal, el Código Fiscal de la Federación, e incluso la Ley Federal del Trabajo, de la misma forma implicaría la creación de un cuerpo normativo especializado en la materia, y por consecuencia la creación de una nueva política en materia de drogas.

También fue en Mayo del año 2004 que Miguel Moreno Brizuela presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República en una entrevista realizada por el periódico *Reforma*, indicó que: “...también se cuenta con una iniciativa para legalizar la mariguana destinada a usos terapéuticos, pues hasta el momento su manipulación médica merece una pena de 10 años de cárcel”<sup>16</sup>.

Actualmente nuestro marco legal respecto de la marihuana no ha sufrido modificación alguna. La violencia en México ha crecido alarmantemente en los últimos tres años, con la llegada masiva de miembros de pandillas de Centroamérica como lo son los *mara salvatrucha*, las constantes peleas en distintos puntos de la República Mexicana durante el ultimo año, llevadas a cabo entre los diferentes cárteles por territorio dónde vender su mercancía, y en las que a menudo se ve involucrada la población civil, los asesinatos de Ciudad Juárez, que no se han resuelto y se siguen cometiendo, la creciente ola de secuestros, tiroteos entre las fuerzas policíacas y narcotraficantes, todo ello ha contribuido enormemente a crear un ambiente y sentimiento de inseguridad generalizado, y en ello tiene mucho que ver el crimen organizado.

---

<sup>16</sup>LARA Alhelí; periódico “*Reforma*”, Sección 2A Nacional; publicado el Lunes 10 de Mayo del 2004; México.



Nuestro Estado no está cumpliendo con una de las principales razones por las que fue creado, es hasta ahora en materia de seguridad corrupto e ineficaz, sus instituciones en este rubro han perdido credibilidad ante la desconfiada y recelosa mirada que la ciudadanía les dirige.

Por otra parte su Némesis va fortaleciéndose por meritos propios y por debilidades de nuestro gobierno, infiltrándose en el cual parasito que no mata al huésped, poniendo títeres, haciendo tratos con servidores públicos de diferentes áreas y niveles.

Ante el evidente fracaso de nuestro Estado es necesario que nuestro gobierno replantee una nueva política para el combate al crimen organizado en general, y en particular a la situación del narcotráfico como problema de seguridad y salud pública, y la pregunta es ¿Cómo?.

Los actuales candidatos a la presidencia de la República comienzan a vislumbrar las dimensiones del monstruo del narcotráfico, y esto tal vez porque el problema de seguridad es uno de los mayores males sociales que la sociedad mexicana ha venido sufriendo en los últimos años, la inseguridad es una constante que esta presente en la trama de la vida diaria de los mexicanos, que los asecha, los persigue, y de una u otra manera los alcanza, y el narcotráfico se ha ido consolidando como uno de los actores principales de dicha historia, mientras desde un rincón nuestro enfermo Leviatán al principio indiferente, después condescendiente y ahora incapaz de encontrar una forma de detenerlo, sólo observa, ignorando que como todo organismo vivo debe adaptarse o perecer, la pregunta tal ves será ¿adaptarse a que?.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** A lo largo de la historia de México, desde la época prehispánica, pasando por la Conquista, Independencia y Revolución hasta la actualidad, el pueblo mexicano ha consumido drogas, sin existir hasta 1917 registro alguno de que este consumo haya constituido en forma alguna un peligro de salud pública, mucho menos de seguridad pública. Por lo que se puede decir que el pueblo y la sociedad mexicana están familiarizadas con el consumo de drogas y han al menos tolerado esta situación, creando así se quiera o no una cultura de drogas.

**SEGUNDA.-** La prohibición constitucional de 1917 al consumo de drogas (entre las que se encuentra la marihuana) resulta por una parte **sin fundamento jurídico** debido a que el *derecho a la salud* no fue elevado a garantía constitucional sino hasta el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado, por lo que el fundamento jurídico de la prohibición constitucional al consumo de drogas no pudo haber sido el *derecho a la salud*- la cual difícilmente resulta mermada por el consumo de marihuana-, dado que esta no era aún un bien jurídico tutelado por el Estado. Por otra parte resulta **mal motivada**, dado que esta prohibición se basa en los resultados de un estudio local realizado únicamente en la ciudad de México, en un pequeño número de individuos no representativo de la población, tampoco se dan a conocer los resultados de dicho estudio, ni la logística, metodologías, criterios ni parámetros bajo la cual dicho estudio fue aplicado, razones por las cuales resultaba insuficiente para demostrar o establecer que la drogadicción era un *problema de salud pública*. Todo acto de autoridad debe ser fundamentado y motivado correctamente, la tarea legislativa es como tal un acto unilateral de la autoridad, y como tal no escapa al deber de cumplir las premisas anteriores.

**TERCERA.-** La marihuana es actualmente la droga de mayor consumo a nivel mundial, más de ochenta y cinco países reportan su consumo. En México consumen marihuana 3.5 millones de la población, de cada cinco consumidores cuatro son varones

**CUARTA.-** Durante la década de los ochenta México detentaba el noventa por ciento de la producción mundial de marihuana y abastecía cerca del ochenta por ciento de la demanda de esta droga en el mercado estadounidense, sirviendo además como un punto de ingreso de otras drogas al territorio norteamericano, constituía así un país de paso. Actualmente México es uno de los principales productores de marihuana a nivel mundial y lamentablemente ha dejado de ser un país de paso para constituirse como un país de consumo en donde los principales *cárteles* han establecido su centro de operaciones.

**QUINTA.-** México ha suscrito distintos instrumentos internacionales en materia de drogas a instancias de los Estados Unidos de Norteamérica, y a instancia de los diferentes gobiernos de dicho país el gobierno mexicano los ha violado con el principal fin de abastecer la demanda de drogas en aquel país, ya sea para la milicia norteamericana tal como sucedió durante la segunda guerra mundial, hasta llega a la guerra de Vietnam, como para su población civil. Así los gobiernos mexicanos han adoptado una política antidrogas dictada por los intereses norteamericanos y sometida desde la década de los ochentas al proceso de certificación en materia de drogas, hecho que vulnera gravemente la soberanía del Estado Mexicano, pues no ha sido libre de autodeterminar su actuar en materia de drogas, ajustando su política en ese rubro a intereses del gobierno norteamericano y no a las necesidades de la población mexicana.

**SEXTA.-** Todo Estado debe cumplir con los fines para los cuales fue creado, de lo contrario el malestar general de la población se incrementará conforme mayor sea el incumplimiento del Estado en sus tareas primordiales acumulándose pudiendo generar insurrecciones y terminar así con la existencia de ese Estado.

**SÉPTIMA.-** El Estado con la prohibición constitucional de 1917 dio origen al narcotráfico como fenómeno social y acto delictivo, el cual debido a las malas decisiones de los distintos gobiernos ha ido creciendo y fortaleciéndose hasta constituir no solamente un problema de seguridad nacional, sino más allá,

consolidándose como un poder alternativo al del gobierno, razón por la cual el Estado Mexicano debe encontrar una nueva forma de combatir este fenómeno, que esté adecuada a la realidad social de nuestro país no a las necesidades de alguno otro como es el caso de la actual e ineficaz política antidrogas y el proceso de certificación norteamericana en materia de drogas.

**OCTAVA.-** Es deber de todo Estado proteger la salud pública, para tal efecto dicta disposiciones legales en contra de aquellas conductas que atenten contra la salud pública, estas suelen comúnmente ser de carácter penal o administrativo. El Estado al emitir estas disposiciones, no debe bajo ningún supuesto o premisa permitir el consumo de sustancias sumamente dañinas y destructivas para la sociedad como el alcohol y tabaco y prohibir otras menos perjudiciales y con usos médicos como la marihuana (pues se crea así una paradoja legal, una aberración que carece de lógica).

**NOVENA.-** De acuerdo a los estudios utilizados en el presente trabajo de investigación y en concordancia con la Organización Mundial de la Salud, el consumo de marihuana no constituye salvo en casos excepcionales daño alguno para la salud del organismo que lo consume, es incluso menos dañino para el organismo y menos destructivo para la sociedad que el consumo de alcohol y tabaco, sustancias cuyo consumo en México es legal a pesar de ser más dañinas y destructivas para los individuos y sociedad.

**DÉCIMA.-** En base a los estudios mostrados en el presente trabajo, se ha demostrado que la marihuana tiene un amplio uso en el campo médico, y constituye un problema menor para salud pública, por lo que la clasificación realizada por la Ley General de Salud en su artículo 245 es errónea al clasificar al Tetrahydrocannabinol (THC) -ingrediente activo de la marihuana- como una sustancia de *“valor terapéutico escaso o nulo y.....constituyen un problema especialmente para la salud pública”*. Pues como se demostró la marihuana es utilizada para reducir el dolor en pacientes terminales, en contra del glaucoma,

como antidepresivo sin crear dependencia o habito, razones por las cuales la marihuana debe ser reclasificada dentro de la Ley General de Salud.

**DÉCIMOPRIMERA.-** En los países europeos donde se ha creado y desarrollado una política de tolerancia a las drogas el consumo de estas sustancias ha disminuido favorablemente al igual que los problemas sufridos por la sociedad derivados de dicho consumo.

**DÉCILOSEGUNDA.-** El Código Penal Federal mexicano permite bajo determinados requisitos la posesión de hasta 249 gramos de marihuana, nuestra Suprema Corte de Justicia ha establecido que la cantidad máxima que puede portar un individuo es lo que pueda consumir en una semana. Estas disposiciones legales solo favorecen el narcomenudeo pues de treinta gramos se pueden fabricar de treinta a cincuenta cigarrillos de marihuana, por otra parte se calcula que un consumidor habitual de marihuana consume hasta tres cigarrillos por día, es decir 21 cigarrillos de marihuana a la semana, por estas razones nuestro código penal debe ser modificado a fin de no permitir el narcomenudeo, para lo cual es necesario reducir la cantidad de marihuana que un individuo puede portar para consumo personal, que deber ser establecida claramente en gramos.

**DÉCIMOTERCERA.-** La “guerra contra las drogas” es un rotundo fracaso. Desde hace treinta años (fecha en que el Presidente Nixon la declaró), ninguno de sus objetivos se ha cumplido: no se ha reducido el consumo y tampoco se ha reducido la producción de drogas, lo que es peor ambos han aumentado a nivel mundial. Los efectos colaterales son quizá peores: los gobiernos—como el mexicano—dedican cada vez mayores recursos al combate contra el narcotráfico, la violencia asociada a bandas del narcotráfico crece—tan solo el año pasado fueron más de 190 ejecuciones—y el poder corruptor de los delincuentes está infectando órganos fundamentales y corroyendo desde el interior nuestro Estado (procuradurías, policías y sectores del mismo ejercito, todos corruptos).

**DÉCIMO CUARTA.-** En esta guerra han ocurrido la mayoría de los males posibles y ninguno de los beneficios. **La actual forma de lucha contra las drogas y narcotráfico es ineficaz**, después de tanto tiempo sigue sin cumplir con el fin para el cual fue creada y desarrollada, por lo que el Estado está obligado a buscar, crear, desarrollar una nueva forma de combate al narcotráfico que dirija los esfuerzos del Estado a capturar, enjuiciar y sancionar a los miembros de los Cárteles mexicanos por un lado, por otro debe proporcionar a la población información veraz y oportuna para que esta cuente con los elementos adecuados para elegir sobre el consumo de drogas. En este sentido se debe desarrollar una política integral de drogas basada sobre todo en la tolerancia, en la información y el derecho a elegir.

**DÉCIMO QUINTA.-** La drogadicción es un problema de salud pública no de seguridad y atendiendo a su naturaleza, como tal debe ser combatido por el derecho administrativo, el narcotráfico es un problema de seguridad pública y como tal debe ser combatido por el derecho penal. Los consumidores son objeto de rehabilitación, los narcotraficantes acreedores de una sanción penal. El consumo de drogas debe ser combatido con información verdadera.

**DÉCIMO SEXTA.-** Los Estados y sociedades modernas deben reconocer una enorme verdad: las drogas han generado un vasto y poderoso mercado (productores, traficantes, intermediarios, vendedores, consumidores, centros de producción, canales de distribución y pago, etcétera). En los hechos se ha constituido un mercado como cualquier otro pero controlado por organizaciones criminales. Lo que debe hacerse no es tratar vanamente de eliminar ese mercado, sino que sean los poderes públicos los que asuman su control. A partir de la legalización se permite a una autoridad legítima y legal imponer condiciones, regulaciones y límites (sanitarios, de cantidad y calidad, de consumo, de venta, distribución, precio, impuesto, etcétera) casi como en cualquier otro negocio en donde se venden y consumen bebidas alcohólicas.

## PROPUESTA

El objetivo primordial del derecho es la solución de problemas sociales mediante preceptos legales adecuados a una realidad, regulando las relaciones entre ciudadanos y Estado. Para que estas normas sean realmente de derecho positivo suponen un proceso en su creación, que parte de un problema particular ya existente o en su defecto parte del principio de prevención.

Estas normas jurídicas sientan las directrices que han de regir el actuar de ciudadanos y Estado, en este orden de ideas se supone que para cada conducta, para cada problema debe existir una norma creada con un fin específico, encaminada a solucionar o regular determinada conducta o problema social, es aquí donde se encuentra el espíritu de una norma, es decir ¿para qué fue creada?, ¿con qué fin?, ¿qué motivó al legislador para su creación?. Las respuestas a estas preguntas han de justificar la existencia de una norma.

Ahora llevemos estas ideas al ámbito del derecho penal, rama que tiene por objetivo tutelar bienes jurídicos de vital importancia para Estado y sociedad, vayamos concretamente a la relación existente entre salud, seguridad y narcotráfico, y cómo este último afecta a aquellos dos.

En la República Mexicana el fenómeno de narcotráfico hoy por hoy constituye más un problema de seguridad que de salud pública, es importante mantener esta perspectiva para la creación de normas eficaces que ayuden por un lado a combatir el narcotráfico como problema de seguridad pública y por otro el del consumo de drogas como un problema menor de salud pública, y me refiero como menor en relación a los problemas que constituyen los fenómenos del alcoholismo y tabaquismo, ambas sustancias sumamente dañinas para el cuerpo humano y altamente destructivas y costosas para la sociedad.

Actualmente la legislación mexicana al menos en principio, trata de erradicar el consumo mediante el combate al narcotráfico, para ello cuenta con dos cuerpos normativos; el Código Penal Federal y la Ley General de Salud. Sin embargo es en este punto, en el del combate al narcotráfico el que el derecho pierde su función preventiva, perdiendo también el Estado su lucha contra el narcotráfico y consumo de drogas, limitándose a sancionar.

Las drogas y su consumo ya con fines recreativos, bélicos, artísticos, religiosos han sido una constante en la historia de la humanidad, el narcotráfico por otro lado es un fenómeno que lleva poco menos de cien años en la historia de la humanidad, es necesario resaltar que el consumo de drogas no es el origen del narcotráfico, pues este nace no del consumo si no de la prohibición legal de aquel hecha por los gobiernos de los Estados en un afán irracional por proteger la salud mediante prohibiciones y campañas de desinformación de las cuales Estado y sociedad son actualmente sus victimas, por haber olvidado algo inherente al ser humano, su libre albedrío, coartando su libertad de elección mediante la desinformación.

Es vital recalcar lo que muchos ya sabemos, entre mayor información se posea mayor es la capacidad de tomar una decisión. Sin embargo este terreno en el contexto del derecho penal, Estado y sociedad adquiere tintes distintos, pues la libertad de decisión y el campo de acción individual se ven restringidos a los parámetros establecidos por el Estado y aceptados por la sociedad, en este orden de ideas y de acuerdo a los principios del derecho penal liberal, la penalización de una conducta requiere que ésta afecte o ponga en grave riesgo un bien jurídicamente protegido tal como la vida, el patrimonio, la integridad física o la seguridad nacional.



En el caso de las drogas no queda muy claro cuál es el bien jurídicamente protegido. En un primer momento se les consideró delitos contra la salud, sin embargo, no está definido cómo es que los elementos que configuran el tipo penal del tráfico de drogas efectivamente ponen en peligro el bien jurídico en cuestión. Por ejemplo, ¿en qué momento la posesión de una sustancia deviene en un trastorno a la salud?.

Cierto es que todas las actividades contenidas en el artículo 193 de nuestro Código Penal Federal, siembra, cosecha, transportación, almacenamiento proselitismo de drogas tienen como fin último el consumo, hecho que si puede devenir en un trastorno de la salud, más ¿no sucede lo mismo con el consumo de alcohol y tabaco?.

Es aquí donde el derecho ha olvidado la libertad de decisión de los ciudadanos, donde ha cambiado su función preventiva por una prohibitiva, donde ha olvidado el derecho a la información de sus gobernados, que se traduce en una obligación para el Estado de proporcionar información no solamente veraz sino también oportuna para dar un mayor número de elementos a sus ciudadanos en la toma de decisiones, concretamente en el consumo de drogas en general y para nuestro particular caso en el consumo o no de marihuana.

Otro punto es que la posesión y consumo de sustancias ilícitas son conductas que por sí mismas no constituyen ni una lesión, ni una puesta en peligro del bien tutelado, es decir que estrictamente en el campo de la salud la posesión de una sustancia ilícita no implica un daño a la salud, ya que para ello sería necesario consumir dicha sustancia, y en este último caso el consumo, estrictamente en el área de la salud no trasciende más allá del organismo del individuo que consume la droga. Este es un tipo penal de los llamados "de autor" en el cual no está en realidad prohibiéndose una acción sino una personalidad.

No se puede evitar comparar con el caso del tabaco y alcohol, ambas sustancias totalmente legales, cuyo consumo es altamente dañino y adictivo en el organismo que consume tales sustancias, y que en el caso del tabaco su consumo trasciende mas allá del sujeto dañando directamente a otros, tal es el caso de cáncer y enfermedades respiratorias de los fumadores pasivos, quienes se ven perjudicados por el consumo de tabaco, o incluso el caso del consumo de alcohol que en forma indirecta afecta la salud de otros, pues tan solo durante el 2003 alrededor del mundo 23 millones de personas resultaron minusválidas como consecuencia de accidentes automovilísticos originados a consecuencia del alcohol, y no mencionemos en el área de seguridad publica cuantas conductas delictivas son realizadas bajo el influjo del alcohol, sin que este sea precisamente el origen de dicha conducta, mas si es un catalizador.

También resultan violados por la legislación antidrogas los principios de racionalidad de la pena (el cual estipula que la sanción equivale al daño causado), de humanidad (que protege los derechos humanos de los infractores) y de idoneidad (que exige se demuestre que la criminalización es un medio útil para el control de un problema social).

El primer principio es violado porque el monto de las sanciones no guarda ninguna relación con el "daño" causado; resulta menos grave la pena por violación o algunos casos de homicidio doloso, que por "delitos contra la salud".

El segundo principio es violado sobre todo en casos de trafico o transporte de enormes cantidades de droga lo cual resulta igual de grave que, la introducción o extracción de pequeñas cantidades lo cual es ciertamente incongruente.

El tercer principio es violado porque se ha demostrado sobradamente la inutilidad de la intervención penal para la resolución de los problemas de producción de drogas que es en si realmente el problema serio, ya que si se utiliza como argumento la farmacodependencia de sustancias prohibidas, ¿ porque no también se ataca puniblemente el alcoholismo y otros problemas relacionados que también afectan la salud?.

Para el desarrollo de una política de drogas es necesaria una adecuada técnica legislativa que facilite la tarea del Estado en este ámbito, para ello es necesario reformar los artículos correspondientes a esta área de nuestro Código Penal Federal y Ley General de salud y crear así una nueva forma de combate al narcotráfico sin descuidar el bien jurídico de la salud, para ello es necesario sentar las bases legales que darán pauta a la creación de esta nueva política de drogas, en el que debe quedar claro que el enemigo a vencer es el narcotraficante no el consumidor, para ello se requiere una regulación en el consumo de drogas no una prohibición así como la publicidad de información veraz, sustentada por estudios y hechos no atendiendo a intereses políticos de los cuales la sociedad es víctima, por ello planteo la siguiente propuesta:

### **CÓDIGO PENAL FEDERAL**

**ARTICULO 195.-** SE IMPONDRÁ DE CINCO A QUINCE AÑOS DE PRISION Y DE CIEN A TRESCIENTOS CINCUENTA DIAS MULTA, AL QUE POSEA ALGUNO DE LOS NARCOTICOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 193, SIN LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE A QUE SE REFIERE LA LEY GENERAL DE SALUD, SIEMPRE Y CUANDO ESA POSESION SEA CON LA FINALIDAD DE REALIZAR ALGUNA DE LAS CONDUCTAS PREVISTAS EN EL ARTICULO 194.

NO SE PROCEDERÁ EN CONTRA DE QUIEN, NO SIENDO FARMACODEPENDIENTE SE LE ENCUENTRE EN POSESION DE ALGUNO DE LOS NARCOTICOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 193, POR UNA SOLA VEZ Y EN CANTIDAD TAL QUE PUEDA PRESUMIRSE QUE ESTA DESTINADA A SU CONSUMO PERSONAL. **NO SE PROCEDERÁ PENALMENTE POR LA SIMPLE POSESION DE MARIHUANA, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:**

- A) Que dicha cantidad no exceda de los treinta gramos.**
- B) El sujeto no sea miembro de una organización delictiva; y**
- C) No existan antecedentes penales en contra del sujeto.**

NO SE PROCEDERÁ POR LA SIMPLE POSESIÓN DE MEDICAMENTOS, PREVISTOS ENTRE LOS NARCOTICOS A LOS QUE SE REFIERE EL ARTICULO 193, CUYA VENTA AL PUBLICO SE ENCUENTRE SUPEDITADA A REQUISITOS ESPECIALES DE ADQUISICION, CUANDO POR SU NATURALEZA Y CANTIDAD DICHOS MEDICAMENTOS SEAN LOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA QUE LOS POSEA O DE OTRAS PERSONAS SUJETAS A LA CUSTODIA O ASISTENCIA DE QUIEN LOS TIENE EN SU PODER.

A lo largo de la presente investigación se ha demostrado que la marihuana es una droga con características pertenecientes al genero de los narcóticos y de la misma forma tiene propiedades pertenecientes a los grupos tanto de estupefacientes y psicotrópicos, sin embargo en nuestra legislación existe una división entre marihuana considerada un estupefaciente y su ingrediente activo el Tethrahydrocanabinnol por otra parte considerado como un psicotrópico, debido a que el THC solo se encuentra contenido en la marihuana y solo es posible extraerlo mediante destilación, debido también a los amplios usos médicos de la marihuana se propone una reclasificación de la marihuana dejándola de considerar como un estupefaciente y reclasificarla como un psicotropico con amplios usos médicos para ello es necesario reformar los siguiente artículos de la Ley General de Salud:

#### **ACTUAL**

**ARTICULO 237.** QUEDA PROHIBIDO EN EL TERRITORIO NACIONAL, TODO ACTO DE LOS MENCIONADOS EN EL ARTICULO 235 DE ESTA LEY, RESPECTO DE LAS SIGUIENTES SUBSTANCIAS Y VEGETALES: OPIO PREPARADO, PARA FUMAR, DIACETILMORFINA O HEROINA, SUS SALES O PREPARADOS, **CANNABIS SATIVA, INDICA Y AMERICANA O MARIHUANA,** PAPAVER SOMNIFERUM O ADORMIDERA, PAPAVER BACTREATUM Y ERYTHROXILON NOVOGRATENSE O COCA, EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, DERIVADOS O PREPARACIONES.

IGUAL PROHIBICION PODRA SER ESTABLECIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD PARA OTRAS SUBSTANCIAS SEÑALADAS EN EL ARTICULO 234 DE ESTA LEY, CUANDO SE CONSIDERE QUE PUEDAN SER SUSTITUIDAS EN SUS USOS TERAPEUTICOS POR OTROS ELEMENTOS QUE, A SU JUICIO, NO ORIGINEN DEPENDENCIA.

#### **REFORMA PROPUESTA**

**ARTICULO 237.** QUEDA PROHIBIDO EN EL TERRITORIO NACIONAL, TODO ACTO DE LOS MENCIONADOS EN EL ARTICULO 235 DE ESTA LEY, RESPECTO DE LAS SIGUIENTES SUBSTANCIAS Y VEGETALES: OPIO PREPARADO, PARA FUMAR, DIACETILMORFINA O HEROINA, SUS SALES O PREPARADOS, PAPAVER SOMNIFERUM O ADORMIDERA, PAPAVER BACTREATUM Y ERYTHROXILON NOVOGRATENSE O COCA, EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, DERIVADOS O PREPARACIONES.

IGUAL PROHIBICION PODRA SER ESTABLECIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD PARA OTRAS SUBSTANCIAS SEÑALADAS EN EL ARTICULO 234 DE ESTA LEY, CUANDO SE CONSIDERE QUE PUEDAN SER SUSTITUIDAS EN SUS USOS TERAPEUTICOS POR OTROS ELEMENTOS QUE, A SU JUICIO, NO ORIGINEN DEPENDENCIA.

### **ACTUAL**

**ARTICULO 245.** EN RELACION CON LAS MEDIDAS DE CONTROL Y VIGILANCIA QUE DEBERAN ADOPTAR LAS AUTORIDADES SANITARIAS, LAS SUBSTANCIAS PSICOTROPICAS SE CLASIFICAN EN CINCO GRUPOS:

**I. LAS QUE TIENEN VALOR TERAPEUTICO ESCASO O NULO Y QUE, POR SER SUSCEPTIBLES DE USO INDEBIDO O ABUSO, CONSTITUYEN UN PROBLEMA ESPECIALMENTE GRAVE PARA LA SALUD PUBLICA, Y SON:**

DENOMINACION OTRAS DENOMINACIONES DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL COMUNES O VULGARES QUIMICA

CATINONA NO TIENE (-) -AMINOPROPIOFENONA

NO TIENE DET N,N-DIETILTRIPTAMINA

NO TIENE DMA DL-2,5-DIMETOXI-METILFENILETILAMINA.

NO TIENE DMHP 3-(1,2-DIMETILHEPTIL)-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 DL-2,5-DIMETOXI-4-ETIL-METILFENILETILAMINA.

(+)-LISERGIDA LSD,LSD-25 (+)-N,N-DIETILISERGAMIDA-(DIETILAMIDA DEL ACIDO D-LISERGICO).

NO TIENE MDA 3,4-METILENODIOXIAN- FETAMINA.

TENANFETAMINA MDMA DL-3,4-METILENDIOXI-N,-DIMETILFENILETILAMINA

NO TIENE MESCALINA (PEYOTE; LO-PHOPHORA WILLIAMS II; ANHALONIUM WILLIAMS II; ANHALONIUM LEWWIN II, 3,4,5-TRIMETOXIFENETILAMINA .

NO TIENE MMDA DL-5-METOXI-3,4-METILENDIOXI-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-FENILCICLOHEXI LAMINA.

ROLICICLIDINA PHP,PCPY 1-(1-FENILCICLOHEXIL) PIRROLIDINA.

NO TIENE PMA 4-METOXI- -METILFENILE- TILAMINA.

NO TIENE PSILOCINA, PSILOTISINA 3-(2-DIMETILAMINOETIL) -4-HIDROXI-INDOL.

PSILOCIBINA HONGOS ALUCINANTES DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, STOPHARIA CUBENSIS Y CONOCYBE, Y SUS PRINCIPIOS ACTIVOS.FOSFATO DIHIDROGENADO DE 3-(2-DIMETIL-AMINOETETIL)-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 ISOMEROS: 6A (10A), 6A (7) 7, 8, 9, 10, 9 (11) Y SUS VARIANTES ESTE-REOQUIMICAS.**

NO TIENE TMA DL-3,4,5-TRIMETOXI-METILFENILETILAMINA.

CUALQUIER OTRO PRODUCTO, DERIVADO O PREPARADO QUE CONTENGA LAS SUSTANCIAS SEÑALADAS EN LA RELACION ANTERIOR Y CUANDO EXPRESAMENTE LO DETERMINE LA SECRETARIA DE SALUD O EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, SUS PRECURSORES QUIMICOS Y EN GENERAL LOS DE NATURALEZA ANALOGA.

Se reforman las fracciones **I y IV** del presente artículo para quedar de la siguiente manera:

#### **REFORMA PROPUESTA**

**ARTICULO 245.** EN RELACION CON LAS MEDIDAS DE CONTROL Y VIGILANCIA QUE DEBERAN ADOPTAR LAS AUTORIDADES SANITARIAS, LAS SUBSTANCIAS PSICOTROPICAS SE CLASIFICAN EN CINCO GRUPOS:

**I. LAS QUE TIENEN VALOR TERAPEUTICO ESCASO O NULO Y QUE, POR SER SUSCEPTIBLES DE USO INDEBIDO O ABUSO, CONSTITUYEN UN PROBLEMA ESPECIALMENTE GRAVE PARA LA SALUD PUBLICA, Y SON:**

DENOMINACION OTRAS DENOMINACIONES DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL COMUNES O VULGARES QUIMICA

CATINONA NO TIENE (-) -AMINOPROPIOFENONA

NO TIENE DET N,N-DIETILTRIPTAMINA

NO TIENE DMA DL-2,5-DIMETOXI-METILFENILETILAMINA.

NO TIENE DMHP 3-(1,2-DIMETILHEPTIL)-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 DL-2,5-DIMETOXI-4-ETIL-METILFENILETILAMINA.

(+)-LISERGIDA LSD,LSD-25 (+)-N,N-DIETILISERGAMIDA-(DIETILAMIDA DEL ACIDO D-LISERGICO).

NO TIENE MDA 3,4-METILENODIOXIAN- FETAMINA.

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-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-FENILCICLOHEXI LAMINA.

ROLICICLIDINA PHP,PCPY 1-(1-FENILCICLOHEXIL) PIRROLIDINA.

NO TIENE PMA 4-METOXI- -METILFENILE- TILAMINA.

NO TIENE PSILOCINA, PSILOTISINA 3-(2-DIMETILAMINOETIL) -4-HIDROXI-INDOL.

PSILOCIBINA HONGOS ALUCINANTES DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, STOPHARIA CUBENSIS Y CONOCYBE, 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 TMA DL-3,4,5-TRIMETOXI-METILFENILETILAMINA.

CUALQUIER OTRO PRODUCTO, DERIVADO O PREPARADO QUE CONTENGA LAS SUSTANCIAS SEÑALADAS EN LA RELACION ANTERIOR Y CUANDO EXPRESAMENTE LO DETERMINE LA SECRETARIA DE SALUD O EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, SUS PRECURSORES QUIMICOS Y EN GENERAL LOS DE NATURALEZA ANÁLOGA.

**IV. LAS QUE TIENEN AMPLIOS USOS TERAPEUTICOS Y CONSTITUYEN UN PROBLEMA MENOR PARA LA SALUD PUBLICA, Y SON:**

GABOB (ACIDO GAMMA AMINO BETA HIDROXIBUTIRICO)

ALOBARBITAL

AMITRIPTILINA

APROBARBITAL

BARBITAL

BENZOFETAMINA

BENZQUINAMINA

BUSPIRONA

BUTABARBITAL

BUTALBITAL

BUTAPERAZINA

BUTETAL

BUTRIPTILINA

CAFEINA

**CANNABIS SATIVA, INDICA, AMERICANA O MARIHUANA.**

CARBAMAZEPINA

CARBIDOPA

CARBROMAL

CLORIMIPRAMINA CLORHIDRATO

CLOROMEZANONA



CLOROPROMAZINA

CLORPROTIXENO

DEANOL

DESIPRAMINA

ECTILUREA

ETINAMATO

FENELCINA

FENFLURAMINA

FENOBARBITAL

FLUFENAZINA

HALOPERIDOL

HEXOBARBITAL

HIDROXICINA

IMIPRAMINA

ISOCARBOXAZIDA

LEFETAMINA

LEVODOPA

LITIO-CARBONATO

MAPROTILINA

MAZINDOL

MEPAZINA

METILFENOBARBITAL

METILPARAFINOL

METIPRILONA

NALOXONA

NOR-PSEUDOEFEEDRINA (+) CATINA

NORTRIPTILINA

PARALDEHIDO

PENFLURIDOL

PENTOTAL SODICO

PERFENAZINA

PIPRADROL

PROMAZINA

PROPILHEXEDRINA

SULPIRIDE

TETRABENAZINA

**TETRAHIDROCANNABINOL**

TIALBARBITAL

TIOOPERAZINA

TIORIDAZINA

TRAMADOL

TRAZODONE

TRIFLUOPERAZINA

VALPROICO (ACIDO)

VINILBITAL.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ASTOLFI GOTELLI, et al; **Toxicomanías**; Editorial Universidad, sin edición, Buenos Aires, Argentina, 1990, 235p.
2. BERDONCES, José Luís **Gran Enciclopedia de plantas medicinales** Tikal ediciones, Barcelona. 1999
3. BERISTAIN Antonio; **La droga**; sin edición, editorial Temis, Bogotá, Colombia, 1996, 185p.
4. BOLETÍN OFICIAL del Estado Holandés, 1994, número 203.
5. DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA; **Encuesta Nacional**, México 1989.
6. CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE; **Encuesta sobre adicciones** realizada y publicada en 2002.
7. CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE; **Informe Anual de Crímenes**; Canadá 2001; 32 páginas..
8. CARDENAS DE OJEDA, Olga; **Toxicomanía y narcotráfico**; Editorial Fondo de Cultura Económica, tercera edición, México, 1998, 198p.
9. CENTER FOR HEALTH STATICS: **Health United States 2003, with Chartbook on Trends in the Health of Americans**; Hyattsville, Estados Unidos de Norteamérica 2003, 145 páginas
10. CENTRO DE ESTUDIOS MEXICANOS EN FARMACODEPENDENCIA; **Cuadernos Científicos** CEMEF; México 2004.
11. CONGRESO CONSTITUYENTE 1916-1917; **"Diario de debates"** tomo II; edición facsimilar, INEHRM, México Distrito Federal, Archivo General de la Nación, Archivo de la Secretaría de Salud y Asistencias; Fondo Salubridad Publica; Fondo de Servicio Jurídico; Caja 2, Expediente 2, 647 paginas.
12. CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS contra el Tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1968.
13. CONVENCIÓN ÚNICA DE LA HAYA sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el protocolo de 1961 sobre estupefacientes.
14. CORTE CONSTITUCIONAL FEDERAL ALEMANA, **Resolución del 9 de Marzo de 1994**.

15. DIAZ MÜLLER Luís; **El imperio de la razón**; sin edición, Editorial UNAM, México, 1994, 182p.
16. DE ROPP ROBERT S.; **Las drogas y la mente**; segunda edición; Editorial Continental; México 1978, 999 páginas.
17. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN; segunda sección; México Distrito Federal; miércoles 6 de enero 2006.
18. ESCOHOTADO, Antonio **Historia General de las Drogas** Espasa Calpe. 2º Edición. 1998, 381p.
19. FIELDING JE, HUSTEN CG, ERIKSEN MP. **Tobacco; health effects and control. In public health and preventive medicine**; New York; McGraw Hill; 1998
20. GARCIA LIMON, Carmen; **Tabaco**; sin edición, editorial Árbol, México 1990, 116p.
21. GARCÍA LIMÓN, Carmen; **Marihuana**; sin edición; Editorial Árbol, sin edición, México, 1990, 105p.
22. GARCIA RAMÍREZ, Efraín; **Drogas: Análisis Jurídico del Delito contra la Salud**; quinta edición; editorial SISTA, México 2002, 436p.
23. GARCIA RAMÍREZ, Sergio; **Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos**; Editorial Trillas, México 1974, 604p.
24. GOMEZ PAVON Pilar; **Delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes**; Editorial Bosch, segunda edición, Madrid, España, 1995,377p.
25. HOFMANN, Albert y EVANS SCHULTES, Richard **Plantas de los Dioses** Fondo de Cultura Económica, México. 1995.
26. HOMS SANS DE LA GARZA Joaquim; **Trastorno Mental Transitorio y Drogas que inciden en la imputabilidad**; Editorial Bosch; España 1996. 530p.
27. KAPLAN Marcos; **El estado latinoamericano y el narcotráfico**; Editorial Porrúa, segunda edición, México 1998, 171p.
28. LARA Alhelí; **Periódico Reforma**; Sección Nacional Segunda, México Distrito Federal, Lunes 10 de Mayo 2004.

29. LORET DE MOLA Carlos: **El negocio**; Editorial Grijalbo; México 1999,201p.
30. MARCO POLO; **Livre dus merveilles**.
31. McGINNIS J. FOEGE WH. **Actual causes of death in the United States, Journal of the American Medical Association**,1993, 270 pàginas.
32. MEDINA MORA Ma. Elena, et.al.; **El combate a las drogas en América Latina**; Sin edición, Editorial Grijalbo; México 2001, 220 páginas
33. MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN DE SALUD: **Estrategia del plan nacional de acción 2005-2009 de lucha contra las drogas y las toxicomanías**; Luxemburgo 2005, 28 páginas.
34. M. CARO Patricia: **Drogas de abuso**; sin edición, Editorial La Rocca; Buenos Aires, Argentina, 1990.
35. NATÒ Alejandro y Rodríguez Q. Gabriela: **Las víctimas de las drogas**; Editorial Universidad, Argentina, 2001, 158 páginas.
36. OBSERVATORIO EUROPEO DE DROGODEPENDENCIAS; Revista del año 2001, 72 páginas.
37. OCKENE IS, MILLER NH., **Cigarette smoking cardiovascular disease and stroke: A statement for healthcare professionals from the American Hearth Association**; Jornada de la Asociación Americana de Salud, 1997, 3280 páginas.
38. PARLAMENTO HOLANDÉS; **Plan Nacional de Acción sobre Drogas y Adicciones 2003**; Holanda 2003, 68 paginas.
39. PARLAMENTO ALEMÁN; **Plan Nacional de Accion sobre Drogas y Adicciones 2003**; Alemania 2003, 86 paginas.
40. PARLAMENTO ALEMÁN: **Betäubungsmittelgesetz, Acta alemana de narcóticos de 1994**; Alemania 1994.
41. PELICER Yves; **La droga**; Editorial Oikos; sin edición, Barcelona, España, 1975,156p.
42. PEREZ MONFORT Ricardo: **Yerba, goma y polvo**; Editorial Era, México, 1998,
43. PERIÓDICO EXCELSIOR; 8 de Junio 1919.

44. PUBLICACIONES NIDA, **Revista:** "La Marihuana";, España 2001, 35 páginas.
45. PURICELLI José Luís; **Estupefacientes y drogadicción**; Editorial Universidad, edición vigésimo novena, Buenos Aires, Argentina, 1996, 302p.
46. QUINTANA GARAY, Alfredo, **et.al.**; **Revista Conozca Más**; Editorial Televisa, Número 159, México Distrito Federal, Abril 2003.
47. REVISTA: Creces, España, Mayo 2000.
48. REVISTA: **New Scientis**, Estados Unidos de Norteamérica, Noviembre 27, 1994.
49. REVISTA NORTEAMERICANA: **HealthDayNews-HispaniCare**; publicación décimo primera; 15 de Noviembre 2004; Estados Unidos de Norteamérica, 65 páginas
50. RUDGLEY, Richard: **Enciclopedia de las Substancias Psicoactivas** Ediciones PAIDÓS Ibérica. Barcelona. 1996, 208p.
51. SECADES VILLA Roberto; **Alcoholismo**; sin edición, editorial Pirámide, Madrid, España, 1995, 158p.
52. SIN AUTOR; **Drogas y Psiquiatría**; sin edición, editorial PPU, Barcelona, España, 1987, 219p.
53. SMITH KLYNE & FRENCH LABORATORY: **International drug abuse manual**; Library of Congress, U.S.A. , 1996, 69p.
54. SMITH Peter; **El combate a las drogas en América latina**; Editorial Fondo de Cultura Económica, tercera edición, México 1995, 456p
55. SOLE Eulalia; **El peso de la droga**; Editorial Flor del viento, segunda edición, Barcelona, España, 1996, 216p.
56. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; **Tobacco use among U.S. racial-ethnic minority groups-african americans, american indians and alaskan natives, asian americans and pacific islanders, and hispanics: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, Febrero 1998.
57. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: **Women and Smoking: A Report of the Surgeon General**; Rocksville, 2001.

58. WEINSWIG Melvin; **Consecuencias del uso y abuso de drogas**; séptima edición, Editorial Siglos, México, 1980, 135p.

### ***LEGISLACIÓN***

**Ley General de Salud**, Editorial Sista, México 2008.

**Código Penal Federal**, Editorial ISEF, México 2008.

### ***DICCIONARIOS***

ESCOBAR Raúl T.; **Diccionario de drogas peligrosas**; sin edición, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, 1999, 135p.