

**SEN. ERNESTO CORDERO ARROYO
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
H. COMISIÓN PERMANENTE
PRESENTE**

Quien suscribe, Angélica de la Peña Gómez, Senadora de la República a la LXIII Legislatura e integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 55, Fracción II del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos por lo que respecta al funcionamiento de la Comisión Permanente, someto a la consideración de esta Asamblea la, **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL EN MATERIA DE LOS DIFERENTES USOS DE LA CANNABIS**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Antecedentes históricos en México

Los antecedentes del cannabis en América se remontan al siglo XVI, donde se introdujo como fuente de fibra en Chile en 1545 y en Perú nueve años después. Los colonizadores ingleses también comprendieron su importancia, pues fue introducido en Canadá en 1606 y en Virginia en el año de 1611¹. Fue durante la Conquista cuando el cáñamo llegó a nuestro territorio, traído por Pedro Cuadrado, uno de los conquistadores que integraban la expedición de Pánfilo de Narváez. Fue Cuadrado quien comenzó el cultivo de esta planta.

¹ Los datos históricos son tomados del texto *Foro para la Regulación de la cannabis en México*. H. Cámara de Diputados. Abril de 2009. LX Legislatura.

El historiador Silvio Zavala afirma que fue el propio Hernán Cortés quien recomendó la siembra y el cultivo del cáñamo. Fray Juan de Zumárraga era entusiasta de la cannabis: de acuerdo con Fray Juan de Torquemada. Zumárraga, aproximadamente en 1531 “puso diligencia en plantar frutos de Castilla, cáñamo y lino”, como una de las medidas encaminadas a lograr una economía próspera que permitiera, a los españoles que vinieran a radicar en estas tierras, adaptarse felizmente.

De ahí que la primera de las leyes directamente relacionadas con el cáñamo se expidiera en Ponferrada, España el 13 de junio de 1545; en ella se mandata a todos los virreyes y gobernadores que se apliquen a hacer sembrar y beneficiar lino y cáñamo y que se fomentara su cultivo entre los indígenas.

La inquisición fue la primera instancia en nuestro país que sancionó el uso no industrial del cáñamo. La prohibición se centró en ciertas plantas, entre ellas el peyote, el ololiuqui y los llamados pipilzintles o niño venerable. Este último fue el nombre que emplearon los indígenas para designar al cáñamo en los rituales en los que se ingería por sus efectos psicoactivos.

Esta prohibición se expresa en una orden expedida por el arzobispo Lorenzana que señala: “...la prohibición de las plantas fue reiterada por edicto de fe el 11 de febrero de 1769 que señalaba como delitos entre otros, el ejecutar curaciones supersticiosas, valiéndose de medios en lo natural inconducentes para la sanidad o abusando de pipiltzintzintles, peyote...o de otras hierbas”.

Sin embargo, en 1777 comenzó una de las campañas económicas de mayor envergadura en la historia de la Nueva España: se buscó implantar el cultivo del cáñamo con toda la fuerza de la Corona. Como parte de los proyectos económicos de los Borbones, se decidió dar seguimiento a aquella Ley de 1545: se emitieron una serie de reales órdenes al Virrey de la Nueva España para que se diera a la tarea de sembrar lino y cáñamo.

Entre las diversas medidas adoptadas, se enviaron expertos en la siembra y proceso de ambas especies con la finalidad de que dieran a conocer la técnica adecuada de cultivo y obtención de fibra. La Corona manifestó tanto interés en esta empresa que llegó a enviar un grupo de labradores españoles para que difundieran las técnicas de cultivo, incluso modificó su línea política al otorgar un permiso para que se instalara en el virreinato una Real Fábrica de Lonas y Lonetas. Con la idea de facilitar todavía más estos cultivos, también se ordenó el reparto de tierras ociosas fueran privadas o propiedad de la Corona –conocidas como realengas- entre los indígenas, lo cual se estipuló en los artículos 61 y 62 de la Real Ordenanza de Intendentes; al parecer es el único caso en el cual, durante el periodo de dominio español una disposición amenazara a los propietarios de tierras de que las mismas, podían ser confiscadas y repartidas entre los indios por causa de utilidad pública.

Cabe señalar que el uso del cáñamo que sobrevivió a la Independencia no fue el textil, sino el ritual y el medicinal; ya para entonces, la curandería y las prácticas con plantas dejaron de ser perseguidas por motivos religiosos, sin embargo, en su lugar; la práctica médica que se produce en esta conciencia contemporánea, asumirá esa persecución, aunque durante todo el siglo XIX, fueron el antecedente del Código Penal de 1871, conocido como el Código de Martínez de Castro, en el que por primera vez se sancionan los delitos contra la salud. Para este momento la planta ostentaba ya el nombre que la haría famosa en todo el mundo y que se asocia inevitablemente a este uso: Marihuana.

Ya para el movimiento armado de 1910-1920, la marihuana formó parte de los ambientes cotidianos. Habrá que ver el ciento de referencias hemerográficas, memorias, canciones, novelas, anécdotas y hasta documentos internos de los cuarteles y partes militares que dan testimonio.

Un control más férreo del consumo de enervantes comienza en 1908, cuando por iniciativa del Ejecutivo se reforma la fracción XXI del artículo 73 de la Constitución de 1857, con lo que “el Congreso de la Unión está facultado para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, emigración e inmigración y salubridad general en toda la República”. Esto implicó la supremacía del poder federal para legislar en materia de salubridad, una atribución que era de las entidades federativas. A partir de ahí paulatinamente se fue construyendo un discurso que apelaba a la medicina, a la salud pública y a las leyes que se requerían para perseguir tanto el consumo como a la venta y producción de enervantes que sustituyó las antiguas actitudes aisladas por lo regular invocaban a la moralidad, la lucha contra el vicio, lo que constituyó un intento más férreo de erradicar a los “morfinómanos” y a los “mariguanos”.

Al respecto es importante destacar que una de las razones esgrimidas para tomar este tipo de medidas contra el consumo, era la percepción institucionalizada de que “degeneran la raza”. Es este un concepto proveniente de finales del siglo XXI que encierra una serie de nociones que abarcan desde la salud pública como vigilante y “fortificadora de la raza” hasta elementos de carácter clasista, al identificar a los estratos más bajos de la sociedad como los más susceptibles de caer en la degeneración.

Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional, el control sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas data de principios del siglo XX. Preocupados por la alta tasa de consumo de opio en aquel momento y por las consecuencias del consumo en la salud, varios países se reunieron por primera vez para discutir el problema de las drogas en la Comisión del Opio de Shanghai, en 1909².

² <http://www.unodc.org>

Hasta aquella época, el opio se vendía principalmente por los ingleses como pago de productos, tomando el lugar de la plata, que ya era escasa en el comercio desde 1880. El opio era comprado, en general, en la India y vendido a China, llegando a representar una sexta parte de los recursos externos de Inglaterra. A partir de este comercio se creó una epidemia y las consecuencias perjudiciales para la salud de las personas comenzó a ser evidente: en 1906, alrededor de un cuarto de la población adulta masculina china estaba dependiente del opio - lo que significó la mayor epidemia de abuso de drogas enfrentado por un país en la historia.

De la Comisión de Shanghai, los controles comenzaron a hacerse más estrictos, especialmente después de la primera guerra mundial, bajo la coordinación de la Liga de las Naciones. El resultado fue una reducción del 70% en la producción de opio en 100 años, mientras que la población mundial se ha cuadruplicado en el mismo período. Si no fuera por este esfuerzo de control, y si el aumento del consumo de opio apenas siguiera el crecimiento natural de la población, hoy en día el consumo podría ser hasta 13 veces mayor que la registrada a valores corrientes.

Desde las primeras estrategias de control, a raíz de la diversificación de las drogas y el aumento de la capacidad de síntesis de narcóticos y sustancias psicotrópicas, ya en el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas, los países firmaron las tres convenciones en materia de drogas que hoy componen el marco legal para todos los países signatarios.

Las tres convenciones de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas son complementarias. La principal propuesta de las dos primeras es la sistematización de medidas de control internacional para asegurar la disponibilidad de drogas y sustancias psicotrópicas para fines médicos y científicos, para impedir su distribución por medios ilícitos. También se incluyen medidas de carácter general sobre el tráfico y el abuso de drogas.

a) Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972).

Esta convención tiene como objetivo combatir el uso indebido de drogas mediante una acción internacional coordinada. Hay dos formas de intervención y control que trabajan en conjunto: la primera es limitar la posesión, el uso, el intercambio, la distribución, la importación, la exportación, la fabricación y la producción de drogas exclusivamente para fines médicos y científicos. La segunda es la lucha contra el tráfico de drogas mediante la cooperación internacional para disuadir y desalentar a los traficantes de drogas.

b) Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971

Esta convención establece un sistema de fiscalización internacional de sustancias psicotrópicas, y es una reacción a la expansión y a la diversificación del espectro del uso indebido de drogas. La convención también ha establecido su control sobre las diversas formas de drogas sintéticas de acuerdo, por una parte, al potencial de crear dependencia, y en segundo lugar, al poder terapéutico.

c) Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988

Esta convención establece medidas integrales contra el narcotráfico, incluidos los métodos contra el blanqueo de capitales y el fortalecimiento del control de precursores químicos. También proporciona información para la cooperación internacional a través, por ejemplo, de la extradición de los traficantes de drogas, su transporte y procedimientos de transferencia.

Es mediante estos instrumentos a través de los cuales se construyó el paradigma prohibicionista, es decir, el de la fiscalización de determinadas sustancias, que eran los que se denominaban como drogas, de los que se prohibía su cultivo, comercialización y consumo. La definición del concepto unificado y estigmatizante de droga, hegemónico hasta ahora, se origina alrededor de 1900 en los Estados Unidos con el inicio del control del opio en Filipinas según las pautas de lo que será dicho paradigma prohibicionista, así como también durante los años de la Primera Gran Guerra en Europa. Estas pautas se basan mediante un esquema proteccionista a partir de criterios morales basados en el puritanismo, el clasismo y el etnocentrismo. La expansión del prohibicionismo, dadas las dificultades con que se encontraba, va a la par con las transformaciones discursivas más superficiales de sus argumentos principales, tal como puede observarse a través de los principales convenios y/o conferencias internacionales que van desde La Haya en 1912, hasta Nueva York en 1998. Así pues, “la droga”, y todo el mundo que la rodea pasa a ser considerada como un delito: cultivo, distribución, compra-venta, propaganda, consumo. Los actores e instituciones sociales legitimados para intervenir serán entonces, de acuerdo con este enfoque jurídico y represivo de la cuestión, los policías, los jueces, las cárceles, y los correspondientes burócratas de las agencias –nacionales e internacionales- de control de drogas. La inclusión en el ámbito penal de muy distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etcétera) relacionadas con lo que a partir de esta situación se definirá como “droga” supone la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación de una categoría, la del “adicto” en su versión anglosajona, o del “drogadicto”, en la europea, que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha. Se trata de la creación de una imagen cultural que forma parte del proceso de criminalización de algunas drogas, imagen que, en distintas situaciones históricas concretas de, sobre todo, el último tercio del siglo XX, ha contribuido a aquella ampliación del consenso alrededor del poder a la que nos hemos referido antes³.

³Oriol Romani, *Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?*. Universitat Rovira i Virgili-IEA, IGIA. En

Uno de los efectos más negativos de las políticas prohibicionistas es el aumento alarmante de la violencia en países como México, Honduras y Guatemala. En general, los mercados ilegales son muy frágiles, dado que se basan en relaciones de confianza entre sus participantes y carecen de reglas institucionalizadas para solucionar los conflictos. Eso hace que las disputas internas se resuelvan por medios violentos, a lo que se suma además la violencia generada por las políticas de represión como la de guerra contra las drogas, que constantemente quitan mano de obra y rompen las redes de confianza establecidas. Así, durante la administración de Felipe Calderón, alrededor de 70.000 personas fueron asesinadas en México y más de 26 mil han sido reportadas como desaparecidas.

México ha formado parte desde el comienzo de la comunidad de Estados que se sometieron a este marco jurídico internacional, sin embargo, este sistema y las políticas públicas adoptadas en su entorno han sido un fracaso rotundo y evidente, que ha causado muchísimos más daños a la salud, a la seguridad a la paz social que los que quiso corregir.

Todavía en el año de 1998, la comunidad internacional mostró una aparente unanimidad al ratificar el enfoque prohibicionista sobre el control de drogas en la Sesión Especial de 1998 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS, por sus siglas en inglés). No hay que olvidar que la declaración de la UNGASS de 1988 fue, *un mundo libre de drogas sí podemos lograrlo*. Pero lo cierto es que 18 años después, podemos observar que su objetivo fundamental no se logró, por el contrario, los resultados son verdaderamente catastróficos y evidentemente ya no es sostenible por los daños, por el impacto social, por los daños a la paz y por los daños a la salud que ha generado la política prohibicionista aplicada en México.

La aplicación excesivamente represiva del régimen prohibicionista mundial ha provocado un gran sufrimiento humano, truncando la vida de muchas familias e imponiendo a los condenados penas desproporcionadas en unas condiciones penitenciarias a menudo terribles. También ha sobrecargado el sistema judicial y la capacidad de las prisiones, y ha absorbido una cantidad enorme de recursos que se podrían haber destinado a tratamientos más eficaces.

De acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el combate internacional contra las drogas que se ha desplegado en los últimos 50 años ha tenido un enorme impacto en el funcionamiento de los sistemas de seguridad en América Latina: Pese a los altos niveles de violencia que este combate adquirió en algunas zonas y a sus graves consecuencias, durante muchos años no se le analizó desde una perspectiva de derechos humanos, ni en los ámbitos locales ni en los internacionales. Lejos de dar una batalla eficaz contra las problemáticas asociadas a las drogas y el narcotráfico, el modelo prohibicionista ha ampliado las brechas sociales, las inequidades económicas, las diferencias políticas y las asimetrías internacionales. Este régimen internacional ha mantenido una lógica represiva y orientada a la reducción de la oferta en el medio siglo transcurrido desde la sanción de la primera Convención sobre estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961. Al presionar sobre las áreas de producción o de tránsito sólo se las ha trasladado –junto con la violencia, la desestabilización y el crimen- a otras zonas, afectando de esta manera a más y más comunidades. Al mismo tiempo, muchas de estas nuevas áreas han experimentado un aumento en el consumo de drogas y por tanto se han sobrecargado sus sistemas de salud.

El cambio de paradigma la resolución de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)

El 4 de noviembre de 2015, la Primera Sala de la SCJN, al resolver un juicio de amparo en revisión 237/2014, otorgó la protección de la Justicia Federal a cuatro ciudadanos integrantes de la Sociedad Mexicana para el Consumo Responsable y Tolerante. Dicha resolución les permitirá el cultivo, procesamiento y autoconsumo de la cannabis con fines recreativos, pero sin la autorización para su comercialización, ni el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Se trata de una resolución histórica para los derechos y las libertades en nuestro país.

Los ciudadanos recurrentes argumentaron la indebida fundamentación y motivación de un Juez de Distrito respecto a la restricción de los derechos fundamentales a la identidad personal, propia imagen, libre desarrollo de la personalidad, autodeterminación y libertad individual, todos en relación con el principio de dignidad humana, así como del derecho a la disposición de la salud, argumentando que el Estado no puede socavar o suprimir las acciones que realice cualquier individuo para individualizarse dentro de la sociedad, a menos de que exista un interés superior que lo justifique, pues el individuo tiene derecho a elegir de forma libre y autónoma su proyecto de vida y la manera en que logrará los objetivos que considere relevantes; en otras palabras, el Estado no puede imponer modelos y estándares de vida a los ciudadanos, ni intervenir en asuntos propios de la esfera personal y privada de éstos.

Al respecto, en la demanda de amparo los quejosos sostuvieron que pretendían que se les concediera una autorización sanitaria para “consumir marihuana regularmente, de forma personal y con fines meramente lúdicos”, de tal manera que reclamaron que se les reconocieran “los derechos correlativos al autoconsumo de la marihuana, tales como la siembra, cultivo, cosecha, preparación, acondicionamiento, posesión, transporte en cualquier forma, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con el consumo lúdico y personal de la marihuana”, en el entendido de que su petición excluía expresamente “los actos de comercio, tales como la distribución, enajenación y transferencia de la misma”.

En atención a lo anterior, los quejosos sostuvieron que, mediante el consumo de marihuana las personas proyectan sus preferencias y rasgos que la diferencian y singularizan del resto de la sociedad. Así, la prohibición del consumo de marihuana resulta inconstitucional, pues implica la supresión de conductas que confieren al individuo una diferencia específica de acuerdo a su singularidad, restricción que no se encuentra justificada ya que la imposición de un estándar único de vida saludable no es admisible en un estado liberal, que basa su existencia en el reconocimiento de la singularidad e independencia humana.

Además, señalaron que la elección de consumir marihuana es una decisión estrictamente personal, pues el individuo es quien padece el cambio de percepción, ánimo y estado de conciencia, afrontando las consecuencias de su decisión, sin que ello perturbe o afecte al resto de la sociedad. Por tanto, a través de estas medidas prohibicionistas, el Estado asume que el individuo no tiene capacidad racional para disponer de su cuerpo, mente y persona.

También argumentaron que la política prohibicionista resulta inconstitucional al vulnerar el derecho a la salud en su aspecto negativo, entendido como la facultad o potestad de disponer de la salud personal, inclusive para no gozar de buena salud. Así, señalaron que el Estado no puede interferir en la libertad de los individuos para controlar su salud y su cuerpo, es decir, no puede interferir en la libertad inherente al derecho a la salud para disponer de la salud propia.

En este sentido, los quejosos sostuvieron que la prohibición para consumir marihuana se basa en un prejuicio sustentado en valoraciones morales y no en estudios científicos, revelando que el Estado no ha actuado con neutralidad ética. Además, advirtieron que el Estado ha tomado una postura paternalista que trata a los ciudadanos como si no fuesen seres lo suficientemente racionales para tomar sus propias decisiones, lo cual podría llegar al extremo de prohibir sustancias como el tabaco, el alcohol, el azúcar, la grasa o la cafeína.

Así las cosas, los quejosos concluyeron que el régimen prohibicionista constituye una restricción a sus derechos que no resulta acorde con los requisitos impuestos por el test de proporcionalidad, en tanto que no cuenta con una finalidad legítima, pues la imposición de un estándar único de vida saludable no es admisible para un Estado liberal que basa su existencia en el reconocimiento de la singularidad e independencia humana; no es instrumental para prevenir riesgos a la salud ni combatir adicciones, pues no se ha demostrado que la despenalización del autoconsumo aumentaría la demanda, mientras que sí se encuentra demostrado que la prohibición no la ha disminuido; y finalmente, no es proporcional, en tanto que existen medidas menos restrictivas para proteger la salud, además de que los perjuicios que genera la prohibición son mayores respecto de los beneficios que ha traído. Finalmente, los quejosos también alegaron que el Estado se excedió en sus facultades para legislar en materia de salubridad general y determinación de los delitos al penalizar el autoconsumo de marihuana, transgrediendo la finalidad objetiva del derecho penal y la libertad individual y corporal de las personas, principios establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Al entrar al estudio de fondo, la Primera Sala realizó un análisis respecto al marco regulatorio sobre el control de estupefacientes y psicotrópicos previstos en la Ley General de Salud, entendiéndolas como un “sistema de prohibiciones administrativas” que forma parte del marco regulatorio previsto en la Ley General de Salud sobre el control de estupefacientes y psicotrópicos, el cual constituye un obstáculo jurídico para poder realizar lícitamente todas las acciones necesarias para poder estar en posibilidad de llevar a cabo el autoconsumo de marihuana (siembra, cultivo, cosecha, preparación, acondicionamiento, posesión, transporte, etcétera).

Al respecto señalo:

“Por un lado, los últimos párrafos de los artículos 235 y 247 establecen que la autorización para la realización de actos relacionados con estupefacientes o sustancias psicotrópicas se encuentra supeditada a que éstos exclusivamente tengan fines “médicos y/o científicos”, sin incluir la posibilidad de que la marihuana pueda ser utilizada con fines “lúdicos o recreativos”. Y por otro lado, los numerales 237 y 245, en relación con el artículo 248, establecen una prohibición expresa mediante la que se impide de forma tajante que la Secretaría de Salud expida las autorizaciones correspondientes que solicitaron los quejosos en relación con la marihuana para poder ejercer su derecho al libre desarrollo de la personalidad”.

Por tanto al emitir su resolución la Primera Sala de la SCJN concluyo lo siguiente:

1. Que el marco regulatorio para el control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas previstos en la Ley General de Salud, constituyen un obstáculo jurídico que impide a las personas ejercer el derecho a decidir qué tipo actividades recreativas o lúdicas desean realizar, al tiempo que también impide llevar a cabo lícitamente todas las acciones o actividades necesarias para poder materializar esa elección a través del autoconsumo de la marihuana.

2. Que el “sistema de prohibiciones administrativas” configurado por los artículos impugnados de la Ley General de Salud es altamente suprainclusivo, ya que la medida impugnada es más extensa de lo necesario, pues prohíbe el consumo de marihuana en cualquier situación, alcanzando conductas o supuestos que no inciden en la consecución de los fines que persiguió el legislador, lo que se traduce en una intervención en el derecho en cuestión en un grado mayor. En consecuencia, puede decirse que las regulaciones alternativas resultan más benignas para el derecho al libre desarrollo de la personalidad; por tanto, constituye una medida innecesaria.

3. Que la prohibición del consumo personal de marihuana con fines lúdicos es inconstitucional e innecesaria, al existir medios alternativos igualmente idóneos que afectan en un menor grado el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sino que además es desproporcionada en estricto sentido, toda vez que genera una protección mínima a la salud y orden público frente a la intensa intervención al derecho de las personas a decidir qué actividades lúdicas desean realizar.

4. Por tanto resultan inconstitucionales los artículos 235, 237, 245, 247 y 248, todos de la Ley General de Salud, en las porciones que establecen una prohibición para que la Secretaría de Salud emita autorizaciones para la realización de los actos relacionados con el consumo personal con fines recreativos (sembrar, cultivar, cosechar, preparar, poseer, transportar), en relación únicamente y exclusivamente con el estupefaciente “cannabis” (sativa, índica y americana o mariguana, su resina, preparados y semillas) y el psicotrópico “THC” (tetrahidrocannabinol, los siguientes isómeros: $\Delta 6a$ (10a), $\Delta 6a$ (7), $\Delta 7$, $\Delta 8$, $\Delta 9$, $\Delta 10$, $\Delta 9$ (11) y sus variantes estereoquímicas), en conjunto conocidos como “marihuana”, declaratoria de inconstitucionalidad que no supone en ningún caso autorización para realizar actos de comercio, suministro o cualquier otro que se refiera a la enajenación y/o distribución de las sustancias antes aludidas.

Nuestra propuesta.

Partiendo desde la perspectiva que en un Estado Social y Democrático de Derecho y tal como lo señala Rodolfo Vázquez. “no sólo no es posible argumentar con consistencia a favor de penalizar la posesión de drogas para consumo personal, sino que por una mínima coherencia el Estado debe regular las condiciones que hagan posible el acceso a las mismas”⁴. Por otra parte, desde una perspectiva liberal no es objetivo legítimo de un sistema normativo promover planes de vida virtuosos, porque ello entra en conflicto con la capacidad de cada individuo de elegir libre y racionalmente los planes de vida que mejor le convengan de acuerdo con sus preferencias. Sin embargo, desde que en México se desató la llamada guerra contra las drogas, la lucha contra el narcotráfico ha generado más de 70 mil asesinatos, así como importantes afectaciones a la integridad, la libertad y la seguridad de millones de personas. Desde finales del 2006, se reforzó el empleo de la fuerza letal y se incrementó de manera significativa la participación de las Fuerzas Armadas en la política de seguridad.

Por otra parte la guerra global a las drogas ha fracasado, así lo indica desde el año 2011 el Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas en el que se afirma que “con consecuencias devastadoras para individuos y sociedades alrededor del mundo. Cincuenta años después del inicio de la Convención Única de Estupefacientes, y cuarenta años después que el Presidente Nixon lanzara la guerra a las drogas del gobierno norteamericano, se necesitan urgentes reformas fundamentales en las políticas de control de drogas nacionales y mundiales”⁵.

⁴ Vázquez Rodolfo. *Entre la Libertad y la igualdad. Introducción a la Filosofía del Derecho*. Primera Edición mexicana 2010. Editorial Trotta, p140.

⁵ Comisión Global de Políticas de Droga. Junio de 2011. <http://www.druglawreform.info/>

Destaca de este informe que a pesar de los inmensos recursos destinados a la criminalización y a medidas represivas orientadas a los productores, traficantes y consumidores de drogas ilegales, han fracasado en reducir eficazmente la oferta o el consumo. Las aparentes victorias en eliminar una fuente o una organización de tráfico son negadas casi instantáneamente por la emergencia de otras fuentes y traficantes. Los esfuerzos represivos dirigidos a los consumidores impiden las medidas de salud pública para reducir el VIH/SIDA, las muertes por sobredosis, y otras consecuencias perjudiciales del uso de drogas. Los gastos gubernamentales en infructuosas estrategias de reducción de la oferta y en encarcelamiento reemplazan a las inversiones más costo-efectivas y basadas en la evidencia orientadas a la reducción de la demanda y de los daños.

Dentro de las recomendaciones de este Informe se destaca que es importante terminar con la criminalización, la marginalización y la estigmatización de las personas que usan drogas pero que no hacen ningún daño a otros. Desafiar los conceptos erróneos comunes acerca de los mercados de drogas, el uso de drogas y la dependencia de drogas en lugar de reforzarlos. De ahí la importancia de alentar a los gobiernos a que experimenten con modelos de regulación legal de las drogas a fin de socavar el poder del crimen organizado y para salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos. Esta recomendación se enfoca especialmente al cannabis, pero señalan también que se puede aplicar a otros ensayos de descriminalización y regulación legal que puedan conseguir estos objetivos y proveer modelos para otros.

Coincidiendo con estos planteamientos y con la finalidad de encauzar la resolución de la Primera Sala de la SCJN, la propuesta que ponemos a la consideración de esta Soberanía va encaminada a las siguientes reformas legislativas.

1. Hacer compatible la Ley General de Salud con las disposiciones declaradas inconstitucionales por la SCJN.

La Primera Sala de la SCJN al resolver el amparo en revisión 237/2014 declaró inconstitucional el último párrafo de cada uno los artículos 235 y 247 de la Ley General de Salud en el entendido de que ahí se establece una acotación -sólo fines médicos y científicos- que ocasionan una afectación muy intensa al derecho al libre desarrollo de la personalidad en comparación el grado mínimo de protección a la salud y al orden público que se alcanza con dicha media. A pesar de que la SCJN reconoce que el legislador puede limitar el ejercicio de actividades que supongan afectaciones a los derechos que protege nuestra Constitución, en el caso de la restricción al libre desarrollo de la personalidad, la SCJN no encontró que tales afectaciones fueran de una gravedad tal que ameriten una prohibición absoluta a su consumo de cannabis.

En efecto, actualmente de conformidad con los artículos 235 y 247, así como con el artículo 44 del Reglamento de Insumos para la Salud, cualquier persona que pretenda sembrar, cultivar, elaborar, preparar, acondicionar, adquirir, poseer, comerciar, transportar, prescribir médicamente, suministrar, emplear, usar, consumir y, en general, realizar cualquier acto relacionado con las sustancias listadas en los artículos 234 y 245 de la Ley General de Salud, o con cualquier producto que los contenga, deberá contar con una autorización de la Secretaría de Salud y solamente podrá realizar dichas acciones si las mismas tienen fines médicos y/o científicos, con lo cual se establece una prohibición expresa mediante la cual se impide de forma tajante que la Secretaría de Salud expida las autorizaciones correspondientes que pudiera solicitar cualquier persona en relación con la marihuana para poder ejercer su derecho al libre desarrollo de la personalidad, en ese sentido propinemos la derogación de estos artículos.

En ese sentido se hace necesario hacer un ajuste al artículo 237, con la finalidad de eliminar del listado de sustancias de este artículo a la cannabis sativa, índica y americana o marihuana, con la finalidad de que se permita su siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso o consumo lúdico de la misma.

En ese sentido se está en las condiciones de ir acotando la cadena y tal y como se propone en esta iniciativa ir previendo los casos que permitan sentar las bases para expedir una eventual normatividad que regule tanto los clubes para fines lúdicos, como las autorizaciones para su siembra y cultivo.

2. Reubicar el Tetrahidrocanabidol para permitir su uso médico y su investigación.

A raíz del creciente interés científico por la cannabis, sus efectos terapéuticos se están estudiando una vez más, esta vez utilizando métodos científicos más precisos. Hay estudios en distintas fases sobre los efectos terapéuticos de D 9-THC para diversas afecciones: epilepsia, insomnio, vómitos, espasmos, dolor, glaucoma, asma, inapetencia, síndrome de Tourette, y otros. Entre las indicaciones terapéuticas de D 9-THC ya hay algunas que se consideran probadas: antiemético, estimulante del apetito, analgésico, y en los síntomas de la esclerosis múltiple (25). Otros cannabinoides son también objeto de investigación, tales como el canabidiol (CDB), del que hay evidencias de efectos terapéuticos en la epilepsia, insomnio, ansiedad, inflamaciones, daño cerebral (como un neuroprotector), psicosis y otros (26-27)⁶.

Los cannabinoides se han utilizado con múltiples indicaciones, incluyendo el tratamiento de las náuseas y el vómito, la anorexia, el dolor, alteraciones del movimiento, epilepsia, glaucoma, espasticidad muscular, asma, insomnio y como inmunosupresores. Por el momento, las aplicaciones clínicas más prometedoras parecen ser el alivio de las náuseas y la estimulación del apetito. En relación con el efecto inmunosupresor, se ha propuesto que los cannabinoides pudieran ofrecer una alternativa terapéutica (quizá la única) en los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Recientemente se ha reportado que análogos sintéticos de los cannabinoides reducen la inflamación cerebral y previenen el deterioro mental en estos pacientes. Por otra parte, se ha demostrado que los receptores CB1 y CB2 están significativamente disminuidos en la microglía (tejido con funciones

⁶ Antonio Waldo Zuardi. *Historia del uso medicinal del cannabis: una revisión*. Revista Brasileira de Psiquiatria

inmunológicas en el sistema nervioso central) del cerebro de pacientes con Alzheimer, lo que podría ser uno de los factores que promueven un proceso inflamatorio en el sistema nervioso de estos pacientes. Experimentos en ratas en que se ha inyectado la proteína amiloide (típica de las placas amiloides de los pacientes con Alzheimer), demuestran que la administración de cannabinoides previene la activación del tejido inmunológico (microglía) en el SNC con la consecuente reducción en los procesos inflamatorios y en el deterioro en la ejecución de tareas de discriminación. Por otra parte, se ha descrito también un importante potencial antineoplásico de los cannabinoides, hecho que ha creado otro foco de interés por estos fármacos. Estos resultados han determinado que los cannabinoides aparezcan hoy como uno de los campos de investigación con mayor potencial de expansión a futuro.

Actualmente el Tetrahidrocanabidol se ubica en la fracción I del artículo 245 de la Ley General de Salud, es decir dentro de aquellas sustancias que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser considerada de uso indebido o abuso, constituye un problema especialmente grave para la salud pública. En ese sentido proponemos su reubicación a la fracción IV de dicho artículo con la finalidad de ubicarla en aquellas sustancias que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, con la finalidad de facilitar el desarrollo de la investigación científica.

3. Reformar disposiciones que criminalizan a las y los consumidores

La mayoría de los estudios sobre el consumo de drogas se han realizado desde una perspectiva de salud y han analizado la drogadicción como una enfermedad crónica, su progresión, recaídas, así como la eficacia de los tratamientos de rehabilitación hospitalaria o de consulta externa. La drogadicción es considerada principalmente como un problema de salud pública estrechamente vinculado a un problema de seguridad. De tal manera, en relación con el consumo de drogas, los gobiernos han diseñado políticas en el ámbito de la salud pública y de la seguridad. Es escasa o nula, sin embargo, la atención a las personas usuarias de drogas como sujetos de derechos.

Al contrario, la actitud misma de funcionarios de instituciones públicas, como de la población en general, tiende a estigmatizarlas y a segregarlas.

El estigma hacia este grupo consiste en la asunción general de estereotipos físicos, morales y sociales negativos que definen a las personas adictas a las drogas independientemente de sus características personales y particulares. En este sentido, el estigma reduce las posibilidades de desarrollo personal de las y los miembros de un grupo, al categorizarlos bajo atributos negativos como suciedad, delincuencia, peligrosidad, etcétera, y negarles por lo tanto la posibilidad de interactuar con otros grupos o individuos, de ejercer sus derechos e insertarse en las instituciones.

La discriminación es una consecuencia misma del establecimiento de estereotipos negativos sobre un grupo social. Al percibir a otra persona como inferior o incluso como una amenaza, se le da un trato despectivo en las instituciones. Las personas que pertenecen a grupos discriminados se ven así marginadas de oportunidades sociales y de posibilidades de realización personal. Las conductas discriminatorias no son resultado de elecciones o preferencias personales; son generadas primordialmente por estructuras institucionales, culturales y políticas.

Por ejemplo, la discriminación contra las personas usuarias no depende principalmente del desagrado que algunos podrían sentir hacia su apariencia u olor, sino de un sistema que propicia políticas casi exclusivamente punitivas hacia este sector. En general, el proceso discriminatorio parte de una relación asimétrica entre grupos sociales, es decir de una relación de poder.

La aversión pública hacia las personas que consumen drogas o son dependientes de las drogas es alimentada – o al menos reproducida y amplificada – por informes inexactos u ofensivos propalados por los medios de comunicación.

Aunque ahora se considera inaceptable (y con justa razón) describir como “loco” o “lunático” a alguien que sufre de una enfermedad mental, aún subsisten términos estigmatizantes equivalentes en las descripciones que hacen los medios sobre las personas que consumen drogas.

Términos como “drogadicto”, o “limpio/sucio” (para describir a los consumidores de drogas), se emplean por lo general como sinónimos de desviación social. El efecto de estos términos es el de deshumanizar a las personas a quienes se aplican, implicando que el consumo de drogas es el rasgo que define su personalidad. Los consumidores dependientes de drogas son una de las pocas poblaciones a quienes los comentaristas de los medios aún pueden insultar y denigrar con un alto grado de impunidad.

En esa tesitura, en el paradigma prohibicionista actual sólo hay dos opciones; o se es delincuente o se es enfermo. Como señala el filósofo Luigi Amara es que “quizás el aspecto que más ha contribuido a que la prohibición de la marihuana se mantenga por encima de una evaluación medianamente objetiva de sus resultados, tiene que ver con que detrás de ella hay una presión moral que enturbia de raíz las discusiones y que hasta la fecha ha entorpecido cualquier avance en la evaluación de la política prohibicionista y de sus individuos”⁷. Por tanto para él, es necesario comenzar con este sesgo moral todavía demasiado presente y situarnos al margen de este tabú que lastra el pensamiento y que ha sido recogido y entronizado en los acuerdos internacionales y por tanto, “el consumo de cannabis se desarrolla en un ambiente de falta de información verídica sobre sus efectos, en medio de toda clase de estigmas hipócritas y un combate policiaco militar que en principio no puede surtir efecto por la sencilla razón de que la demanda no da visos de terminar. Hay una necesidad humana de ebriedad, de exploración, de autoconocimiento, de diversión y si se quiere de escape de la rutina, que si ha existido a lo largo de la historia, no está claro porqué habría de detenerse por simple decreto”.

⁷ Luigi Amara. *El derecho a la Ebriedad* en Foro para la Regulación de la cannabis en México. H. Cámara de Diputados. Abril de 2009. LX Legislatura

Tal estigmatización se ve agravada cuando las y los consumidores pertenecen a las clases sociales con menos recursos económicos, ya que su situación de vulnerabilidad se transforma en un obstáculo mayor para el acceso a los sistemas sanitarios de salud, a la educación sanitaria sobre o el uso de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente estas personas ingresan a un sistema penal y penitenciario para ser revictimizadas precisamente a su situación de vulnerabilidad, como así también las más perjudicadas por la ausencia real de oportunidades que les permitan el acceso al consumo sin mayores riesgos a la salud que los que la droga misma detenta. Es decir, la mayoría de esta personas en condiciones de pobreza son excluidas, estigmatizadas, señaladas, apartadas, criminalizadas y segregadas de nuestro sistema prohibicionista de “tolerancia cero” son las personas de más bajos recursos económicos, configurándose de tal forma una situación de discriminación múltiple.

Desde otro ángulo, a esta criminalización de las y los consumidores se suman disposiciones y prácticas culturales que tienden a considerarlas enfermas; que conllevan una clara actitud paternalista que las encasilla como víctimas incapaces de gobernarse a sí mismas y de tomar ninguna decisión razonable; y que, argumentando su condición, las hacen merecedoras de un tratamiento forzoso por ejercer, en último grado, algo que no les está prohibido.

En ese sentido proponemos sustituir aquellos conceptos que son discriminatorios o estigmatizantes en la Ley General de salud, se propone sustituir en toda la ley término de farmacodependencia por el del consumo, o en su caso consumo problemático.

Asimismo resulta importante establecer el concepto de sustancia psicoactiva, dado que de acuerdo al Glosario de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud, “son las sustancias que, cuando se ingiere, afecta los procesos mentales como por ejemplo la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales o ilegales, de interés para la política de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje común, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”. En ese sentido se modifica la denominación del capítulo IV actualmente intitulado “del Programa contra la Farmacodependencia, por el “De los programas contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

En ese sentido se establece un programa especializado de tratamiento únicamente para personas en situación de consumo problemático y se precisa que será la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, las que se coordinarán para la ejecución del Programa Contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

4. Un Programa Nacional de Prevención y Tratamiento Especializado para Adolescentes.

Partiendo del principio del interés superior de la niñez, el cual implica la obligación para todas las autoridades en la toma de decisiones y actuaciones, en el ámbito de sus competencias, a promover, respetar, proteger y garantizar prioritariamente sus derechos humanos, cualquier política pública debe basarse en un enfoque de derechos humanos con perspectiva generacional a fin de evitar consecuencias negativas no intencionales y velar sobre todo por la integridad de las y los adolescentes.

De ahí que necesariamente se debe establecer un Programa Nacional Especializado de Prevención para Adolescentes en el que las autoridades tanto Federales como de las entidades federativas se involucren en el mismo.

En dicho programa es necesario establecer:

a) Una cobertura universal de prevención sobre el consumo de sustancias psicoactivas, y

b) Un acceso universal de prevención a servicios de tratamiento.

Como con cualquier droga, sea legal o ilegal, de uso médico o no, los efectos negativos pueden ser mayores durante el desarrollo, en la infancia y la adolescencia, por lo que debe regularse cuidadosamente en estas edades el acceso a cualquier droga.

Lo anterior es congruente con la Convención de los Derechos de la Niñez la cual establece en su artículo 33 que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias”.

Al respecto es necesario enfatizar los efectos neurocognitivos que ocasiona el uso de la marihuana en la salud de niñas, niños y adolescentes durante diversas etapas. Para el Doctor Mauricio Hernández Ávila del Instituto Nacional de Salud Pública⁸, estos efectos consisten:

⁸ *Proteger la Salud de los Ciudadanos es una obligación del Estado. ¿Por qué no querría cualquier sociedad organizarse de manera que se maximice la salud de sus poblaciones?* Doctor Mauricio Hernández Ávila. Audiencias públicas para las Alternativas de regularización de la marihuana. Senado de la República en <http://www.senado.gob.mx/marihuana/>

En etapa prenatal. *In utero*. Datos en primates no humanos demuestran que el THC cruza rápidamente la barrera placenta y se concentra en el cerebro e hígado del feto.

18 meses. Aumenta comportamiento agresivo y se observan déficits de la atención

3 a 6 años. Disminución de la capacidad verbal, de percepción y vigilancia, del razonamiento verbal, visual, y cuantitativo, y de la memoria a corto plazo. Asimismo aumenta la hiperactividad e impulsividad y aparece el déficit de atención.

9 a 10 años. Disminución de la capacidad verbal, ejecutiva, de percepción, de lectura y problemas de ortografía. Aumento de hiperactividad e impulsividad, aparece déficit de atención y síntomas de depresión y ansiedad

14 a 16 años. Disminución de capacidad cognitiva-visual, de velocidad de procesamiento de información y de coordinación motora, bajo desempeño académico, aumenta el riesgo de participar en actividades de delincuencia.

17 a 22 años. Disminución de funciones ejecutivas de memoria viso-espacial. Aumenta el riesgo del consumo de drogas, legales e ilegales.

Asimismo los efectos de la cannabis sobre la salud de los adolescentes en diversos estudios son:

En estudios transversales. El consumo de marihuana se asocia con disminución de memoria y habilidad verbal, problemas de atención. Asimismo, produce alteraciones del proceso de neuromaduración.

En estudios longitudinales. Disminución en las medidas de inteligencia entre los que tienen adicción, aunque los déficits están más relacionados a uso reciente y no a daño permanente por el consumo. También reportan comportamiento amotivacional, ausentismo escolar y desempeño escolar bajo. En menores de 14 años se asocia menores tasas de graduación escolar y calificaciones bajas al ingreso a la universidad.

En estudios en gemelos. Reportan diferencias significativas en el vocabulario para los que usaron marihuana, sin dosis respuesta y el efecto disminuye al controlar por la carga genética. Los autores sugieren que la predisposición a uso existía antes. Los efectos sobre escolaridad se asocian a desempeño bajo (causalidad reversa).

5. Se establecen los lineamientos generales para la implementación de los Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica.

La Ley General de Salud al vincular a las dependencias y entidades de la administración pública en materia de rehabilitación respecto a los farmacodependientes, tanto federales como locales, es que se sugiere incorporar un artículo que remita al consumidor problemático a los Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica, en el entendido de que éstos pueden quedar establecidos y desarrollados ya sea en la Ley Nacional de Ejecución Penal pendiente de aprobarse por el Congreso de la Unión, o bien mediante las respectivas reformas en la Ley de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias.

Estos Mecanismos, también conocidos como tribunales de tratamiento de drogas son un modelo en el que la recuperación del individuo está siendo directamente supervisada por un magistrado. Para ello, el juez se sirve del apoyo de un equipo de fiscales, abogados defensores, oficiales de seguimiento y de policía, profesionales del área de la salud y trabajadores sociales, que ayudan a la rehabilitación y reintegración del individuo en la comunidad.

El abuso de drogas tiene consecuencias directas a lo largo y ancho de nuestro país, impactando además de la persona que las consume, a las familias, al entorno laboral, y la seguridad ciudadana. En los últimos años, y como parte de la búsqueda por soluciones eficaces, los sistemas de justicia de algunos países están teniendo éxito con un nuevo enfoque que centra su atención en la rehabilitación de infractores dependientes de drogas mediante la alternativa al encarcelamiento, con supervisión judicial

Si bien no todas las personas que usan o abusan del consumo de alguna sustancia psicoactiva, cometen algún tipo de delito, una importante proporción de las personas que los cometen son consumidores de alguna sustancia, de ahí que el uso de drogas entre la población que comete delitos, es muy superior a la población general. Por tanto es importante contar con instituciones para atender a aquellas personas que cometieron delitos para mantener y financiar su dependencia a las drogas, o bajo la influencia de las mismas, pero que no necesariamente hayan cometido delitos denominados contra la salud o aquellos relativos que merecen prisión preventiva oficiosa.

Una de estas instituciones son los llamados Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica o también conocidos como Tribunales de Tratamiento de Adicciones, Corte de Drogas o tribunales de tratamiento de drogas y que son un modelo en el que la recuperación del individuo está siendo directamente supervisada por un magistrado y personal especializado. Para ello, el juez se sirve del apoyo de un equipo de fiscales, abogados defensores, oficiales de seguimiento y de policía, profesionales del área de la salud y trabajadores sociales, que ayudan a la rehabilitación y reintegración del individuo en su comunidad. A través de un mayor énfasis en la supervisión judicial, una mejor coordinación de recursos, y la celeridad del procedimiento judicial, se busca interrumpir el ciclo de comportamiento delictivo, del uso de alcohol y otras drogas, y del encarcelamiento.

La aplicación de este nuevo modelo y los detalles sobre cómo se han aplicado estos mecanismos y procedimientos varían de una jurisdicción a otra, y de país en país, sin embargo los fines fundamentales son:

- a) Reducción en el índice de delitos
- b) Disminución en la recaída del consumo de drogas
- c) Menor población penitenciaria
- d) Eficiencia en el uso de los recursos: relación costo-beneficio
- e) Recuperación del individuo en la sociedad.

Actualmente, en Estados Unidos hay más de 2,800 cortes de drogas y se han extendido a países como Australia, Nueva Zelanda, Noruega, Inglaterra, Escocia e Irlanda. En América Latina, región en donde existe un grave problema de encarcelamiento masivo de personas por delitos de drogas, también se han expandido, en gran medida, gracias al impulso de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

En el caso de México, el antecedente inmediato se da en el 2009 en Guadalupe en el estado de Nuevo León, mediante un programa piloto bajo el nombre de Tribunal para el Tratamiento de Adicciones (TTA). Durante 2014, el programa se extendió a otros cuatro estados de la República: Morelos, Estado de México, Chihuahua y Durango.

El programa de TTA en México ha tenido como objetivo utilizar nuevos mecanismos para resolver conflictos penales, reducir el consumo de drogas y disminuir la reincidencia delictiva. Únicamente está dirigido a personas que por primera cometieron un delito no grave, siempre y cuando exista un vínculo entre el consumo problemático de drogas y la comisión del delito, y se cuente con la participación voluntaria de la persona procesada.

El procedimiento siempre debe ser bajo la modalidad de juicio oral y debe contemplar un plan de reparación del daño. Además, funcionarios del gobierno federal encargados de promover el modelo han reiterado que el programa, a diferencia del modelo original de cortes de drogas de EE.UU., no se enfocaría en los simples usuarios de drogas, sino en las personas que hayan cometido un delito bajo la influencia de sustancias o con el fin de adquirirlas.

Consideramos que esta propuesta representa una opción a la sobrepoblación penitenciaria y a la criminalización de las y los consumidores ya que de acuerdo al Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistemas Penitenciarios Estatales que publicó INEGI de 2014, de las 35 mil personas internadas por delitos de fuero federal, 22 mil fueron por delitos contra la salud, es decir dos de cada tres; y el gobierno gasta 8 mil 200 millones de pesos para mantener los centros de reinserción social con un costo promedio por interno de 1,400 pesos diarios, es decir 41 mil pesos al mes por cada persona que se encuentra recluida por estos delitos.

Un dato adicional lo es que más de 100 mil jóvenes tienen abierto proceso por delitos contra la salud, 60 mil lo son por consumo o posesión de marihuana; 15 mil portaban una cantidad menor a 200 pesos de cannabis.

6. Permiso para el cultivo del cannabis.

Se propone que respecto del cultivo, procesamiento, distribución transporte y venta al mayoreo de cannabis, sea la autoridad federal quien emita la normatividad correspondiente y defina las zonas donde se permitirá el cultivo de la misma.

Es importante aplicar en gran medida los mismos principios y políticas a las personas involucradas en los segmentos inferiores de los mercados ilegales de drogas, tales como campesinos, correos, y pequeños vendedores. Muchos de ellos han sido víctimas de violencia e intimidación o son dependientes de drogas. Arrestar y encarcelar decenas de millones de estas personas en las recientes décadas ha llenado las prisiones y destruido vidas y familias, sin por ello reducir la disponibilidad de drogas ilegales o el poder de las organizaciones criminales. Pareciera no haber límite al número de personas que se vinculan con esas actividades para mejorar sus vidas, proveer a sus familias, o para escapar de la pobreza. Tenemos muchos campesinos en México que están cultivando, que tienen generaciones de conocimiento sobre el cultivo de cannabis y eso es algo que no debemos perder, es algo que México tiene un valor agregado en que es un país productor, pero un país que podría producir también para otros mercados y es algo que deberíamos debatir y discutir.

En ese sentido proponemos que tratándose de cannabis sativa, índica y americana o marihuana, su resina, su aceite, semillas y productos derivados para uso terapéutico, sea la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación las autoridades encargadas de designar las zonas y parcelas de terreno donde se permita su cultivo, así como expedir las licencias correspondientes para la fabricación y distribución de productos médicos a los consumidores.

En ese sentido el Estado asume el control del proceso completo de producción, distribución y puntos de venta y modalidades de consumo, por tanto deberá adquirir la totalidad de las cosechas por conducto de un solo intermediario y por tanto le corresponde al Estado almacenar existencias que no se encuentren en poder de fabricantes de productos medicinales derivado de la cannabis.

Datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público señalan que en el año 2013 se recaudó en México por el impuesto especial sobre producción y servicios (IEPS) a cervezas, bebidas alcohólicas y tabacos labrados un total de 64 mil 179 millones de pesos, lo que representa el 4.2% de toda la recaudación federal no petrolera. (SHCP).

La Organización de las Naciones Unidas estima que en la Ciudad de México, para 2012 existían 75 mil usuarios de marihuana entre las edades de 12 a 65 años. El valor de este mercado, sólo en la Ciudad de México, es de 28 millones de dólares anuales, 560 millones de pesos que no se están fiscalizando.

7. Clubes de Consumo Recreativo

Un Estado que despenaliza la posesión personal y el uso del cannabis para fines recreativos debe prever políticas de tolerancia para su consumo de bajo volumen. En ese sentido es que proponemos la creación de los Clubes de Consumo Recreativo. Se trata de que estos clubes se les permita operar bajo estrictas condiciones para el otorgamiento de sus respectivas licencias que incluyen restricciones de edad para el acceso, el número de socios, la prohibición de la venta de otras sustancias psicoactivas y prohibiciones en la publicidad.

Esta experiencia encuentra en el derecho comparado buenas prácticas que permiten al Estado establecer ciertos controles y contar con información comprobable y verificable que hoy se encuentra en manos del crimen organizado.

Nuestra propuesta va encaminada a que sea la Secretaría de Salud la autoridad encargada de autorizar el registro y funcionamiento de estos clubes, los cuales proponemos que se integren con un mínimo de veinte y un máximos de cincuenta socios, en los espacios y lugares que señale la legislación correspondiente.

Las personas menores de 21 años no podrán acceder a los clubes de consumo recreativo y queda prohibida toda de publicidad en materia de los clubes consumo recreativo por cualquier medio.

Asimismo se prohíbe a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto de cannabis en los espacios 100% libres de humo, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior así como cualquier espacio donde concurren personas menores de 18 años de edad

Hay que recordar que en 1976, la ley holandesa del opio, que regula las drogas psicotrópicas, tuvo un cambio profundo al establecer una diferencia entre drogas de riesgo inaceptable o “drogas duras” como la heroína, el éxtasis, la cocaína, el opio, las anfetaminas y el LSD, y “drogas blandas”, como el cannabis (hierba y resina), los hongos alucinógenos y las sedativas (valium o seresta). Diferencia basada en el grado en que la droga cambia la personalidad del consumidor; los daños de salud que causa; y los costos que genera a la sociedad.

Aunque la producción, el tráfico, la venta y la posesión de cualquier droga es un acto punible, el gobierno holandés considera el consumo del cannabis y otras drogas blandas menos perjudicial para la salud y la sociedad. A partir de esta diferencia se estableció una política de tolerancia que valora la posesión y el uso de máximo cinco gramos de drogas blandas y máximo medio gramo de drogas duras como un delito menor que no se persigue.

De esta manera, el gobierno logró separar el mercado de drogas blandas del de drogas duras. El ejemplo más claro de esa política son los llamados *coffee shops*, en donde están permitidos la venta y el consumo de máximo cinco gramos de cannabis por persona. La idea es que los consumidores no tengan contacto con los vendedores ilegales, porque se supone que eso aumentaría la posibilidad de entrar en contacto con las drogas duras. Los *coffee shops* son una solución pragmática mediante la que el gobierno busca reducir el daño causado por el consumo.

Consideramos que de seguir manteniendo una prohibición a la producción y comercialización de la cannabis, estaremos en primer lugar seguir manteniendo a las y los jóvenes de este país a un mercado ilegal, criminal y sin controles.

8. Modificaciones a la tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato.

El Doctor Rafael Camacho Solís ha propuesto en muchos foros que en tratándose de las sustancias de marihuana y cocaína es necesario modificar la Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato establecida en el artículo 479 de la Ley General de Salud es necesario sustituir proponer reformas para que en estas dos sustancias se establezcan criterios antropométricos con la finalidad de evitar la discreción que se da en las dosis mínimas.

Así tenemos que para el caso de Cannabis Sativa, Indica o Mariguana se propone sustituir los cinco gramos que actualmente contiene dicha tabla, por la medida antropométrica de la cantidad que quepa en la cuenca de ambas manos del poseedor y en tratándose de cocaína en lugar de los 50 miligramos por lo que contenga un sobre con los dobleces de un papel hasta de una pulgada del falange con la uña del dedo pulgar.

Esto permitirá evitar como actualmente sucede que por encima de esas cantidades así sea un miligramo se tenga por acreditada –sin más elementos- el delito de narcomenudeo. En ese momento, los consumidores que rebasan por mínimo más de la cantidad prevista en la tabla, se les somete a un proceso penal y a un sistema carcelario injusto e impune, ya que para policías, ministerios públicos y jueces no es necesario evaluar las circunstancias de la posesión, ni las evidencias concretas, aunque éstas existan y sugieran que la posesión era con fines de consumo.

El resultado de este uso de umbrales para fijar montos máximos de portación para consumo, por encima de los cuales se presume el delito de posesión con fines de comercio, es no sólo la criminalización de consumidores sino también la violación del derecho de presunción de inocencia de estas personas. En otros casos, la legislación exige elementos adicionales para sentenciar a una persona por posesión (establecer intencionalidad de venta o distribución). Sin embargo, aún en este escenario, el usuario queda bajo la esfera de las instituciones penales, siendo materia de policías y fiscales y no de instituciones de salud como se afirma discursivamente⁹.

El uso de sanciones de cárcel implica importantes costos para las personas que son detenidas y encarceladas. Significa no sólo la privación de la libertad sino la vulneración de otros derechos básicos como el derecho a la salud, la limitación al derecho al libre desarrollo de la personalidad, al derecho a la libertad de conciencia, al derecho a la libertad de expresión y una carga para los familiares de las mismas. Implica además, importantes costos para sus dependientes, familias y comunidades que son empobrecidas por el encarcelamiento de su familiar.

9. Catálogo de derechos para las personas consumidoras.

A pesar de que existe la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, cuyo objeto es establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, es decir, regula la calidad de los servicios que se brindan en prevención y tratamiento de las adicciones. Lo cierto es que no existe un catálogo mínimo de derechos para las personas consumidoras, como tampoco lo hay para aquellas que tienen un consumo problemático y que requieren de los servicios y centros públicos y privados relacionados con la atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

⁹ Catalina Pérez Correa, Alejandro Corda y Luciana Boiteux. *La regulación de la posesión y la criminalización de los consumidores de drogas en América Latina*. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho 2015.

El resultado de esto es que persiste una visión discriminatoria y equivocada de los consumidores al ser consideradas como “adictos” o delincuentes, cuya representación social no corresponde con la realidad, sino más bien se trata de una percepción estereotipada y estigmatizante, con lo cual se establece un límite para el ejercicio pleno para el disfrute de los derechos humanos de las y los consumidores de sustancias psicoactivas, así como para el mejoramiento de su calidad de vida.

“Frente a un contexto adverso, marcado por procesos de estigmatización y criminalización arraigados en la sociedad, resulta imprescindible situar la reflexión sobre el uso de drogas desde la perspectiva de los derechos humanos, reafirmando en primer lugar y como premisa de cualquier estudio o intervención que las personas usuarias de drogas son sujetos plenos de derecho y, por lo tanto, titulares de todas las prerrogativas que conforman el *corpus iuris* de derechos y libertades consagrados por el derecho internacional de los derechos humanos”. Esto significa, desde la perspectiva de los derechos humanos, que todas las personas usuarias de drogas son titulares y se encuentran facultadas para ejercer la amplia gama de derechos humanos reconocidos por el Estado; es decir, todos aquellos derechos que corresponden universalmente a las personas. Asimismo, una serie de garantías jurídicas las protegen contra acciones y omisiones, primordialmente de los agentes del Estado, que interfieren con sus libertades fundamentales, sus derechos y la dignidad humana”¹⁰.

¹⁰ Informe Especial Drogas y derechos humanos en la Ciudad de México 2012-2013. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, p 35.

Por tanto, el reconocimiento de las personas usuarias de drogas como sujetos plenos de derechos es imprescindible. En ese sentido proponemos establecer en la Ley General de Salud un piso mínimo de derechos tanto para las personas usuarias como para las personas con consumo problemático y que requieran de la atención de los servicios y centros públicos o privados para el acceso a los programas de prevención o de atención al consumo. Este listado mínimo es la base para reconocer la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar; esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas para otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad, es decir, derechos plenamente exigibles. Por tanto, cualquier violación a los derechos humanos de las personas usuarias compromete la responsabilidad del Estado, y éstas se encuentran efectivamente facultadas – tanto en el ámbito nacional como en el internacional–para exigir al Estado que asuma dicho compromiso.

En mérito de lo expuesto y fundado sometemos a esta alta Soberanía la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL EN MATERIA DE LOS DIFERENTES USOS DE LA CANNABIS.

ARTÍCULO PRIMERO. **Se reforma** la fracción XXI del artículo 3; la fracción III del artículo 112; la denominación del Capítulo IV; las fracciones I y III del artículo 191; el artículo 192; las fracciones I, III, VIII y IX del artículo 192, el artículo 192 ter; 192 quater; la fracción III del artículo 192 sextus; el primer párrafo del artículo 237; la fracción I del artículo 245; las fracciones II, III y VIII del artículo 473, el artículo 479; **se deroga** el artículo 193 bis; el último párrafo del artículo 235; el último párrafo del artículo 247; **se adiciona** el artículo 191 bis; el artículo 191 ter, la fracción XI del artículo 192 bis; un segundo párrafo con las fracciones I,II, III, IV y V; el artículo 236 bis; un último párrafo al artículo 237; la fracción IV del artículo 245, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I a XX ...

XXI. La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra **su consumo problemático**;

XXI a XXVIII...

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I y II ...

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, activación física para la salud, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención **del consumo problemático de sustancias psicoactivas**, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades.

CAPITULO IV

De los Programas contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución **del Programa Contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas**, a través de las siguientes acciones:

I. La prevención **del consumo de sustancias psicoactivas** y, en su caso, la rehabilitación de los **consumidores**;

II. ...

III. La educación e instrucción a **las familias** y a la comunidad sobre la forma de reconocer **las situaciones de un consumo problemático** y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

...

Artículo 191 bis. De manera enunciativa, más no limitativa, son derechos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas:

I. Derecho a la salud;

II. De no discriminación;

II. Presunción de inocencia;

III. Respeto a la dignidad humana;

IV: Protección del Libre Desarrollo de la Personalidad;

V. Protección a la identidad y datos personales;

Artículo 191 ter. Los usuarios de los servicios y centros públicos y privados relacionados con la atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas tienen los derechos siguientes:

I. A la información y acceso a sobre los servicios a los que la persona se pueda adherir considerando en cada momento, los requisitos y exigencias que plantea su tratamiento;

II.- A la confidencialidad;

III.- A recibir un tratamiento integral adecuado desde un centro autorizado;

IV.- A la voluntariedad para iniciar y acabar un tratamiento, salvo los casos en que éste sea obligatorio por orden de autoridad competente;

V.- A la información completa y comprensible sobre el proceso de tratamiento que sigue, así como a recibir informe por escrito sobre su situación y el tratamiento que ha seguido o está siguiendo;

VI.- A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales;

VII.- Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que se les pueda discriminar por ninguna causa; y

VIII.- Los demás que establezca la presente ley.

Artículo 192.- La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional **especializado para el tratamiento de personas en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas**, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.

Este programa establecerá los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control **del consumo problemático de sustancias psicoactivas**.

Las campañas de información y sensibilización que reciba la población deberán estar basadas en estudios científicos y alertar de manera adecuada sobre los efectos y daños físicos y psicológicos **del consumo problemático de sustancias psicoactivas**.

De conformidad con los términos establecidos por el programa nacional para la prevención y tratamiento de **personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas**, los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de:

I. Promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo **problemático de sustancias psicoactivas**; y

II. Proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las personas que consuman **sustancias psicoactivas**.

Artículo 192 bis.- Para los efectos del programa nacional se entiende por:

I. **Persona con consumo problemático:** Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;

II. ...

III. **Consumidor en recuperación:** Toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación **del consumo problemático**;

IV a VII...

VIII. Investigación en materia de **consumo problemático:** Tiene por objeto determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo; construyendo las bases científicas para la construcción de políticas públicas y los tratamientos adecuados para los diversos tipos y niveles de adicción; respetando los derechos humanos y su integridad,

IX. Suspensión: Proceso mediante el cual **la persona en situación de consumo problemático** participa en la superación de su dependencia con el apoyo del entorno comunitario en la identificación y solución de problemas comunes que provocaron **el consumo**; y

XI. **Reducción de daños. Las políticas públicas y programas progresivos, orientados a evitar o disminuir situaciones de riesgo, a mejorar o limitar las condiciones de uso responsable a fin de reducir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.**

Artículo 192 Ter.-La Secretaría de Salud en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas elaborará un Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento Contra las Adicciones Especializado para Adolescentes, para su debida atención integral sobre la base del respeto de sus derechos humanos.

Dicho Programa establecerá una cobertura universal de prevención sobre el consumo de sustancias psicoactivas y acceso universal de prevención a servicios de tratamiento con el objeto de reintegrarles de manera saludable su entorno familiar o social.

La Secretaría de Salud en coordinación con dependencias y entidades del sector salud deberán desarrollar campañas de educación para prevención de adicciones, con base en esquemas novedosos y creativos de comunicación que permitan la producción y difusión de mensajes de alto impacto social, con el fin de reforzar los conocimientos de daños y riesgos que conlleva el consumo problemático.

La Secretaría de Educación Pública deberá coordinarse con las instituciones de salud para que en las escuelas del Sistema Educativo Nacional se proporcionen por lo menos dos cursos al año para alumnos y padres de familias sobre la prevención del abuso de sustancias psicoactivas, en los que deberá participar expertos en el tema certificados por el Consejo Nacional Contra las Adicciones.

La Secretaria de Educación Pública deberá incluir en los Libros de Texto la información científica más amplia referente a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la reducción de riesgos y los efectos que propician su consumo.

Artículo 192 Quáter.- Para el tratamiento de las personas con consumo problemático, las dependencias y entidades de la administración de justicia de manera conjunta con las autoridades en materia de salubridad general, tanto federales como locales, deberán crear **Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica**, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión de la persona con consumo problemático en los términos que señale la legislación respectiva.

Artículo 192 Sextus.- El proceso de superación del consumo problemático por conducto de los **Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica**, debe:

I a II ...

III. Reconocer a las comunidades terapéuticas, para la rehabilitación del consumo problemático de las personas que consumen sustancias psicoactivas, en la que sin necesidad de internamiento, se pueda hacer posible la reinserción social, a través del apoyo mutuo, y

IV. ...

Artículo 193 Bis.- Se deroga

Artículo 235.- 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:

I a VI ...

Se deroga

Artículo 236.- Para el comercio o tráfico de estupefacientes en el interior del territorio nacional, la Secretaría de Salud fijará los requisitos que deberán satisfacerse y expedirá permisos especiales de adquisición o de traspaso.

Tratándose de cannabis sativa, índica y americana o marihuana, su resina, su aceite, semillas y productos derivados para uso terapéutico, la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación deberán:

I. Designar las zonas y parcelas de terreno donde se permita su cultivo.

II. Expedir las licencias para su cultivo, así como la fabricación y distribución de productos médicos a los consumidores:

III. Adquirir la totalidad de las cosechas por conducto de un solo intermediario;

IV. Almacenar existencias que no se encuentren en poder de fabricantes de productos medicinales derivado de la cannabis; y

V. Las demás que establezcan las leyes y reglamentos en la materia.

Artículo 236 Bis. La Secretaría de Salud será la autoridad encargada de autorizar el registro y funcionamiento de los clubes de consumo recreativo, los cuales estarán integrados con un mínimo de veinte y un máximo de cincuenta socios, en los términos que señale la legislación correspondiente.

Las personas menores de 21 años de edad no podrán acceder a los clubes de consumo recreativo para el consumo de cannabis.

Queda prohibida toda de publicidad en materia de los clubes consumo recreativo por cualquier medio.

Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto de cannabis en los espacios 100% libres de humo, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior y cualquier espacio donde concurren personas menores de 18 años de edad.

Artículo 237.- Queda prohibido en el territorio nacional, todo acto de los mencionados en el Artículo 235 de esta Ley, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, **(se elimina 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.

...

La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, suministro, empleo, uso, consumo de cannabis se permitirá en los términos previstos en la presente Ley y demás disposiciones que al efecto se expidan.

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

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

Denominación Común Internacional	Otras Denominaciones Comunes o Vulgares	Denominación Química
---	--	---------------------------------

De CATINONA

NO TIENE

(-)- α -aminopropiofenona.

MEFEDRONA	4-METILMETCATITONA	2-methylamino-1ptolypropan-1-one
NO TIENE	DET	n,n-dietiltriptamina
NO TIENE	DMA	dl-2,5-dimetoxi- α -metilfeniletilamina.
NO TIENE	DMHP	3-(1,2-dimetilhetil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6H dibenzo (b,d) pirano.
NO TIENE	DMT	n,n-dimetiltriptamina.
BROLAMFETAMINA	DOB	2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina.
NO TIENE	DOET	d1-2,5-dimetoxi-4-etil- α -metilfeniletilamina.
(+)-LISERGIDA	LSD, LSD-25	(+)-n,n-dietilisergamida-(dietilamida del ácido d-lisérgico).
NO TIENE	MDA	3,4-metilenodioxianfetamina.
TENANFETAMINA	MDMA	dl-3,4-metilendioxi-n,-dimetilfeniletilamina.
NO TIENE	MESCALINA (PEYOTE; LO- PHOPHORA WILLIAMS II ANHALONIUM WILLIAMS II;	3,4,5-trimetoxifenetilamina.

ANHALONIUM LEWIN

II.

NO TIENE	MMDA.	dl-5-metoxi-3,4-metilendioxi- α -metilfeniletilamina.
NO TIENE	PARAHEXILO	3-hexil-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6h-dibenzo [b,d] pirano.
ETICICLIDINA	PCE	n-etil-1-fenilciclohexilamina.
ROLICICLIDINA	PHP, PCPY	1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina.
NO TIENE	PMA	4-metoxi- α -metilfenile-tilamina.
NO TIENE	PSILOCINA, PSILOTSINA	3-(2-dimetilaminoetil) -4-hidroxi-indol.
PSILOCIBINA	HONGOS ALUCINANTES DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, STOPHARIA CUBENSIS Y CONOCYBE, Y SUS	fosfato dihidrogenado de 3-(2-dimetil-aminoetil)-indol-4-ilo.

PRINCIPIOS
ACTIVOS.

NO TIENE	STP, DOM	2-amino-1-(2,5 dimetoxi-4-metil) fenilpropano.
TENOCICLIDINA	TCP	1-[1-(2-tienil) ciclohexil]-piperi-dina.
SE ELIMINA	THC	Tetrahidrocannabinol, los siguientes isómeros: Δ6a (10a), Δ6a (7), Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ9 (11) y sus variantes estereoquímicas.
CANABINOIDES	K2	
SINTÉTICOS		
NO TIENE	TMA	dl-3,4,5-trimetoxi--metilfeniletilamina.
PIPERAZINA TFMPP	NO TIENE	1,3- trifluoromethylphenylpiperazina
PIPERONAL O HELIOTROPINA		
ISOSAFROL		
SAFROL		
CIANURO DE BENCILO		

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

II a III ...

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

GABOB (ACIDO GAMMA AMINO BETA HIDROXIBUTIRICO)

ALOBARBITAL

AMITRIPTILINA

APROBARBITAL

BARBITAL

BENZOFETAMINA

BENZQUINAMINA

BIPERIDENO

BUSPIRONA

BUTABARBITAL

BUTALBITAL

BUTAPERAZINA

BUTETAL

BUTRIPTILINA

CAFEINA

CARBAMAZEPINA
CARBIDOPA
CARBROMAL
CLORIMIPRAMINA CLORHIDRATO
CLOROMEZANONA
CLOROPROMAZINA
CLORPROTIXENO
DEANOL
DESIPRAMINA
ECTILUREA
ETINAMATO
FENELCINA
FENFLURAMINA
FENOBARBITAL
FLUFENAZINA
FLUMAZENIL
HALOPERIDOL
HEXOBARBITAL
HIDROXICINA
IMIPRAMINA
ISOCARBOXAZIDA

LEFETAMINA
LEVODOPA
LITIO-CARBONATO
MAPROTILINA
MAZINDOL
MEPAZINA
METILFENOBARBITAL
METILPARAFINOL
METIPRILONA
NALOXONA
NOR-PSEUDOEFEDRINA (+) CATINA
NORTRIPTILINA
PARALDEHIDO
PENFLURIDOL
PENTOTAL SODICO
PERFENAZINA
PIPRADROL
PROMAZINA
PROPILHEXEDRINA
SERTRALINA
SULPIRIDE

TETRABENAZINA

TETRAHIDROCANNABINOL, los siguientes isómeros: Δ 6a (10a), Δ 6a (7), Δ 7, Δ 8, Δ 9, Δ 10, Δ 9 (11) y sus variantes estereoquímicas.

TIALBARBITAL

TIOPENTAL

TIOPROPERAZINA

TIORIDAZINA

TRAMADOL

TRAZODONE

TRAZOLIDONA

TRIFLUOPERAZINA

VALPROICO (ACIDO)

VINILBITAL.

Y sus sales, precursores y derivados químicos.

V ...

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

I a VI...

Se deroga

Artículo 473. Para los efectos de este capítulo se entenderá por:

I ...

II. **Consumo problemático:** El uso de sustancias psicoactivas que provocan problemas a las personas en su salud biológica, psicológica, emocional o social en la funcionalidad con su familia, escuela, trabajo, la comunidad, donde vive, en su economía o con la Ley, que incluye cualquier uso por persona menor de 18 años de edad, la intoxicación aguda, el uso nocivo, el abuso, así como dependencia o adicción.

III. **Persona con consumo problemático:** Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;

IV a VII ...

VIII. Tabla: **la de Cantidades Máximas de Posesión** prevista en el artículo 479 de esta Ley.

Artículo 478.- El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien (**se elimina: sea farmacodependiente o consumidor y**) posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia.

...

Artículo 479.- Para los efectos de este capítulo se entiende que el narcótico está destinado para su **posesión**, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente:

Tabla de Orientación de Cantidades Máximas de Poseción		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Mariguana	La que cabe en la cuenca de ambas manos del poseedor.	
Cocaína	Lo que contenga un sobre con los dobleces de un papel hasta la medida de una pulgada del falange con la uña del dedo pulgar.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxianfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se reforman los numerales 3 y 17 del artículo 24; el último párrafo del artículo 67; el artículo 193; el artículo 197; y se el artículo 198 del Código Penal Federal, para quedar como sigue:

Artículo 24.- Las penas y medidas de seguridad son:

1 a 2 ...

3.- Internamiento o tratamiento en libertad de inimputables **o la voluntad de someterse a la jurisdicción de un Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica** quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir **sustancias psicoactivas y derivado de ello cometan delitos.**

4 a 16...

17.- Medidas **de protección para personas menores de 18 años.**

18 a 19 ...

...

Artículo 67.- En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

...

En caso de que **la persona imputada tenga un consumo problemático que lo lleve a cometer conductas tipificadas como delitos por el hábito o la necesidad de consumir sustancias psicoactivas**, el juez ordenará también **su valoración para someterse a la jurisdicción de un Mecanismos Alternos de Justicia Terapéutica en los términos de la legislación correspondiente.**

Artículo 193.- Se consideran **sustancias psicoactivas los** estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de

Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con **las sustancias psicoactivas, entendiéndose por éstas** 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.

...

Las sustancias psicoactivas empleadas en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

...

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere **persona menor de 18 años de edad o** incapaz de comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es **persona menor de 18 años de edad**, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de **sustancias psicoactivas** señaladas en el artículo 193, **con excepción del médico legalmente autorizado para ello**

Artículo 198.- Se deroga

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Para los efectos del artículo 193 ter, la Secretaría de Salud contará con un plazo de 180 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para emitir las disposiciones que resulten aplicables.

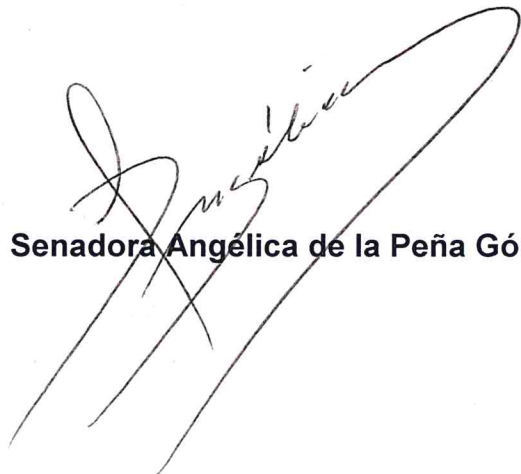
TERCERO. El Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaria de Salud y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación contará con un año a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para expedir los lineamientos para designar las zonas, terrenos y permisos para el cultivo previstas en el presente Decreto.

CUARTO. El Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaria de Salud contará con un año a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para expedir La normatividad para la instalación y el funcionamiento de los Clubes de Consumo Recreativo.

QUINTO. Los gobiernos Federal, de las entidades federativas y de los municipios, desarrollarán de manera coordinada, las políticas públicas previstas en el presente Decreto a partir de los recursos presupuestarios disponibles, para lograr de manera progresiva, el cumplimiento del mismo.

Dado en el Salón de Sesiones de la Comisión Permanente, a los 08 días del mes de agosto de 2018

Suscribe



Senadora Angélica de la Peña Gómez