

Inicia Audio del Salón Cozumel.

Presentador: Les pediría a todos los presentes que pudiéramos guardar silencio, en respeto al inicio de la Ponencia Magistral por parte de la doctora Bertha Madras.

La doctora Bertha Madras es profesora en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, con Especialidad en Temas de Psiquiatría y se ha desempeñado en diversas funciones académicas y como Experta Asesora en la Oficina para el Control de las Drogas en la Casa Blanca de los Estados Unidos, posición en la que fue ratificada por unanimidad por el Senado Americano.

Es para mí un honor presentarla como una de las mayores expertas que existen en el mundo, en materia de consumo de drogas y en específico del uso de la marihuana.

Muchísimas gracias.

Dra. Bertha Madras: (Traducción del idioma inglés al español)

Muchas gracias a todos, estoy muy contenta de estar aquí, me disculpo por no ser (ininteligible) y no hablo español y lamentablemente estaré hablando ingles todo el tiempo.

Están frente a un dilema muy importante, así como muchas naciones del mundo (siguiente, siguiente diapositiva por favor, siguiente, siguiente diapositiva por favor, sí, siguiente, sí) y muchas naciones enfrentan este problema ahora mismo, y lo que ha llevado a este problema (siguiente, siguiente, siguiente, siguiente) lo que ha llevado al problema es en muchas maneras causado por los Estados Unidos y de algunas maneras nosotros alentamos el cambio, y de otras maneras impedimos el cambio. El movimiento comenzó en California con una legalización válida (siguiente). Y de California se diseminó hacia otros estados en el país, hay muchos estados, los rojos que se han estado resistiendo al cambio y los verdes son los que han descriminalizado, legalizado o medicado la marihuana (siguiente, siguiente por favor) la controversia de la marihuana es extraña por que las investigaciones científicas indican que la marihuana es dañina para las personas, lo que estamos encontrando es (siguiente, siguiente) es

que muchas personas (siguiente) están votando a favor de la medicalización y la legalización (siguiente por favor, siguiente).

Así que escuchamos las voces de la marihuana y de muchas maneras esto (ininteligible). Si estuviéramos hablando del apio o del brócoli no tendríamos este debate. Este debate está basado en el hecho de que hay un sinnúmero de estudios que demuestran que la marihuana es dañina, especialmente hacia las personas jóvenes (siguiente) así que vamos a hablar (y seguiremos bajando por favor) vamos a hablar rápidamente de la biología de la marihuana, y las consecuencias de usar la marihuana y los opioides, la marihuana y el alcohol, marihuana como un medicamento, vamos a hablar de esto muy rápidamente porque tenemos un límite de tiempo y después veremos algunos de los riesgos de la legalización (siguiente).

“Solo es una planta” es una de las cosas que escuchamos muy a menudo, que las plantas son “productos naturales”, y todo lo demás de la industria farmacéutica de hecho no lo es, pero si sigues bajando por favor, la adelfa es una planta mortal, a la derecha verán fotografías de muchas plantas mortales y hay muchas plantas que de hecho pueden intoxicar el cerebro y el sistema nervioso, por muchas razones simples y eso es porque las plantas tienen que protegerse y una manera de protegerse es interfiriendo con la comunicación del cerebro y el sistema nervioso de insectos y de otros mamíferos que pudieran atacarlas (siguiente, sigue bajando y nos vamos a la siguiente diapositiva por favor).

Esta es solo una lista de las plantas que son tóxicas para los humanos y decir que una planta es “natural” no es en realidad un argumento basado en lo que la evidencia empírica nos indica (me gustaría por favor que no gritaran durante la presentación porque si no nunca podré terminar, si es así podremos hablar después.

Siguiente por favor). Vamos a hablar un poco de la marihuana y la biología del cannabinoide, (siguiente por favor, siguiente), así que el sistema endocannabinoide encontrado a lo largo del cerebro esta presente (si por favor puedes seguir bajando) se encuentra en muchos órganos, se encuentra en el corazón, en el páncreas, en los músculos, intestinos, ovarios, útero, próstata, tejido vascular, se encuentra en las células sanguíneas, células inmunológicas y así sucesivamente. Casi todos los órganos tienen un sistema endocannabinoide y cuando

escuchas que las personas dicen que la marihuana puede curar todo desde problemas digestivos, problemas de sueño, y así sucesivamente, está basado en el hecho que el sistema endocannabinoide es un sistema de señalamiento del cerebro y del resto del cuerpo, tiene una presencia tremenda a lo largo de todo el cuerpo y es un sistema muy antiguo, se encuentra en insectos, se encuentra en invertebrados, se encuentra en muchos tipos de organismos porque es una de las formas más tempranas de comunicación entre las células. (Siguiete por favor). ¿Qué es lo que hace el sistema endocannabinoide en nuestro cerebro? (sigue bajando por favor, a lo largo de toda la diapositiva por favor) están involucradas en cosas involuntarias en términos de olfato, oído, dolor, náusea, apetito, alimentación, ataques involuntarios, placer, memoria, pensamiento, concentración, movimiento, y sueño (siguiete diapositiva por favor).

Los endocannabinoides pueden afectar el estado de ánimo, el estado mental, la adaptación cerebral, el desarrollo cerebral y lo que puedes ver. (Solo sigue bajando por favor) son muy críticos para el desarrollo cerebral, lo que pueden ver es que si retiras el sistema endocannabinoide con trucos genéticos encuentras que el desarrollo cerebral se interrumpe un poco y también involucra (sigue bajando la diapositiva por favor) es la generación de nuevas células cerebrales y protección cerebral.

Ahora, la pregunta es con todas estas funciones, ¿puede la marihuana afectar estos sistemas? ¿Por qué la marihuana es muy similar al sistema endocannabinoide (siguiete)? En el desarrollo del cerebro vemos que el cerebro comienza con una célula y luego se divide y se divide y se divide y forma diferentes tipos de células y comenzamos a conectarlas y la forma en la que están conectadas y la forma en la que están combinadas formamos circuitos (sigue bajando por favor, siguiete). La conexión es una de las características más maravillosas del desarrollo del cerebro, ¿cómo se conectan todos estos circuitos cerebrales? ¿Cómo saben a quién llamar? ¿Cómo saben cuáles números de teléfono guardar? O ¿con quién hablar? O ¿con quién comunicarse?

Y el sistema endocannabinoide (siguiete por favor), el sistema endocannabinoide es crítico en promover el nacimiento de nuevas

células cerebrales, les dicen a las células en qué tipo de células se tienen que convertir, las guían hacia su objetivo, les ayudan a formar conexiones, así que de una sola célula (siguiente por favor), hasta cien billones de células y un trillón de células gliales apoyando, tienes el producto final del cerebro. El sistema endocannabinoide no es el único que es crítico para el desarrollo pero ciertamente contribuye significativamente (siguiente por favor). Así que la química de marihuana tiene una presencia de 750 tipos de químicos diferentes de los que se tenga conocimiento, pienso que pueden elevarse en el futuro porque cada año, cada década tenemos más y más información sobre la planta y el componente más prominente en la marihuana es "THC" es la concentración más alta (siguiente por favor, siguiente y siguiente) hay más o menos 104 cannabinoides hechos en la planta de la marihuana y muchos de ellos, algunos de ellos están llenando el cerebro y el cuerpo del que están hechos por el cerebro y el cuerpo y los químicos hacen también un número de ellos, miles de hecho.

Entonces, como la marihuana afecta al cerebro? (siguiente por favor) el "endomide" es lo que el cerebro hace y modula la comunicación en el cerebro, modula el aprendizaje, el comportamiento, la memoria, el apetito, el placer, el movimiento, el estado de ánimo, el dolor, la planeación, el juicio y también es crítico (sigue bajando por favor), es muy importante para el desarrollo cerebral, así que el "THC" el ingrediente activo puede adherirse a la marihuana, destruir y tomar control de la señal cerebral "endomide", las señales son diferentes a nuestras propias señales porque la estructura es diferente, muy diferente y la estructura química por la cual el cerebro produce, permite a tu cerebro a absorberla en cuanto termine y se deshaga de él y continúe metabolizando, a diferencia del "THC" en la marihuana no puede, no se ajusta a ninguna de las estructuras de las proteínas que son requeridas para deshacerse de la señal rápidamente para que se quede y sea propagada, (hay que continuar, solo hay que pasar todas estas diapositivas a causa del tiempo, siguiente y siguiente). Así que, ¿qué hace el cerebro? La marihuana afecta muchos, muchos componentes del cerebro, afecta la parte del cerebro relacionada con la regulación de las hormonas, el apetito, el sexo y regula los ganglios basales involucrados en el control de movimiento y planeamiento, regula el estriado ventral el cual siente y detecta los incentivos y regula la parte del cerebro que se llama "amígdala" que es muy importante para las emociones, como el miedo y la ansiedad, el tronco cerebral,

para el control del vómito, el dolor, el cerebelo para el movimiento, el hipocampo es crítico, crítico para el aprendizaje y la memoria y el neo córtex para las funciones cerebrales superiores (siguiente diapositiva por favor, siguiente diapositiva por favor, solo continuaremos con la siguiente por favor, siguiente por favor)

La marihuana puede afectar muchos sistemas en el cuerpo por que se parece pero no es idéntico al sistema cannabinoide que el cuerpo y el cerebro producen, puede afectar al cerebro en términos de temperatura, (solo sigue bajando a lo largo de estas por favor) el dolor, el apetito en el cuerpo y puede afectar (por favor sigue bajando a lo largo de ellas), la presión sanguínea, los pulmones... puede afectar el ritmo cardiaco, y también el tracto intestinal, así como también algunos componentes de reproducción (Siguiendo por favor, siguiente diapositiva por favor).

Así que lo más crítico que todos tenemos que considerar es que las personas jóvenes tienen un riesgo más alto de los efectos adversos de la marihuana y la razón es que (muchas gracias, qué milagro), que el cerebro adolescente no está completamente desarrollado y el uso de las drogas durante el desarrollo puede afectar el desarrollo del cerebro el cual empieza con una sola célula y sigue a más de trillones y lo que hemos encontrado si vemos una imagen del cerebro a edades de entre los 5 y los 20 años, vemos que el cerebro crece enormemente durante este periodo de tiempo, y se deshace de conexiones que no necesita, fortalece conexiones que sí necesita, engrandece algunas áreas y aminora otras y también reorganiza las partes del cerebro que son críticas para ciertas funciones.

Si a un adolescente le muestras una imagen emocional la parte del cerebro que analiza con juicio y con buen sentido ni siquiera se enciende, pero la parte que es muy crítica para las emociones sí lo hace. A diferencia de un cerebro adulto que funciona muy diferente, la parte del cerebro que involucra el juicio y el auto control es la que se enciende, así que la primer pregunta que nos tenemos que hacer es: ¿puede la marihuana matar? pues si vemos los receptores cannabinoideos en el tronco cerebral, no existen excepto por una pequeña pieza que está involucrada con el vómito y en el apetito, en el núcleo del tracto solitario, si vemos al sistema de opioides en el tronco cerebral está lleno de receptores opioides y a lo que esto se refiere es

que es muy difícil obtener una sobredosis por marihuana porque la razón es que no hay una parte en el cerebro que controle el ritmo cardiaco y la respiración, aunque, es poco probable pero posible morir por una sobredosis de marihuana yo he visto dos o tres casos patológicos, pero nada comparado con los opioides, pero los accidentes pueden matar por que la marihuana afecta el juicio, la percepción, la coordinación, el manejo; puede causar ataques de pánico extremos y sicosis, así que todas estas cosas tienen que ser consideradas en términos de consecuencias fatales. ¿Cuáles son las consecuencias del uso de la marihuana?

Veámoslo en términos de degradación cognitiva. Lo que eso quiere decir, es que la capacidad mental disminuye bajo la influencia de las drogas y bajo largos periodos de tiempo: Veámoslo en términos de adicción, veámoslo en términos de motivación, veámoslo en términos de psicosis y veámoslo en términos de problemas médicos.

Causan trastornos médicos y problemas siquiátricos, abandono infantil, y otros problemas y lo más importante, cuáles de estas consecuencias son más prominentes en jóvenes que inician durante la adolescencia, eso es lo más crítico, que mientras más joven mejor y no podemos predecir quién es y a quiénes va a afectar.

Así que los efectos inmediatos de intoxicación pueden impedir que trabajes, la memoria, el aprendizaje, impide tu atención, tu habilidad de concentración, de planeación, de organización, de resolver problemas, para tomar decisiones, para percibir cuales son los hechos, controla emociones, comportamiento, pero después de su uso constante, algo le pasa al cerebro, y esta es una célula que contiene el objetivo "THC" en el cerebro, la marihuana, estos son usuarios a largo plazo, lo que se puede ver es que algo ha pasado en la parte que son los receptores se han insertado en las células, se han adentrado, es una reacción no natural de estos receptores y lo que pasa es que el cerebro empieza a adaptarse, así que usuarios frecuentes de la marihuana muestran un hipocampo y una amígdala más pequeños, las cuales son críticos para el aprendizaje, la memoria y las emociones y afecta el hipocampo en términos de aprendizaje, memoria y especialmente durante la adolescencia porque es ahí cuando el cerebro está cambiando y desarrollando, y nuevas células se generan, reduce la actividad y algunas células nerviosas gradualmente se

pierden y el volumen de esta región crítica del cerebro disminuye, se daña la conectividad del hipocampo y mientras más joven, más consumes y más daño se genera, así que impedirás el aprendizaje.

Así que puede afectar al cerebro en términos de impedir el aprendizaje, la memoria, puede afectar el cerebro en términos de impedir el movimiento y puede afectar el cerebro en términos de evitar que tomemos buenas decisiones.

Estos son algunos de los problemas de un estudio que se llevó a cabo en 2012, por Madeline Meier y sus compañeros (y por favor no me demanden, (ininteligible), por ello) que si alguien comienza a usar marihuana a una edad muy temprana y continua, al usarla su C.I. disminuye mucho si continúan usándola frecuentemente hasta la edad de 38 años, tu C.I. disminuye 0.8 puntos y mientras más joven comiences más tarde te detienes o seguirás disminuyendo tu C.I., y aunque te detengas antes en realidad no hay diferencia, así que, ¿qué significa un C.I. de 0.8? Significa que cuando empieces tu vida adulta, el 50% de las personas tendrán un intelecto más alto que el tuyo, la otra mitad tendrá un intelecto menor y una disminución de 0.8 significa que el 70% de la población tendrá un intelecto más alto que el tuyo. ¿Y qué decir del potencial adictivo?

Tenemos un magnífico experto, doctor Alan Budnick quien lo discutirá, así que ciertamente no desperdiciaré su tiempo. La cosa más importante a lo que el doctor Alan hace noción es que actualmente en los Estados Unidos, cerca del 34.5% de las personas que usan marihuana tienen un desorden del cannabis y lo que sabemos es que mientras más joven la empieces a usar más posibilidades tienes de desarrollar el desorden, eres de 5 a 6 veces más propenso a desarrollar una adicción si empiezas a usarla antes de los 15 años, lo mismo sucede con el alcohol, la nicotina y todas las drogas, porque el cerebro no está desarrollado completamente. Esa es una de las explicaciones más razonables. El uso a edad temprana de la marihuana también se asocia con riesgos más elevados de usar otras drogas ilegales, así que mientras más joven seas, más susceptible serás.

En términos de motivación, entre más veces uses o entre más joven comiences, habrá un incremento de personas (ininteligible), desempleadas, y muy pocas personas logran obtener una licenciatura.

Y este es un estudio diferente, entre más joven empieces más usas y estas en mayor riesgo de desarrollar un desorden por cannabis y eres más propenso a utilizar drogas ilegales, a cometer suicidio y con menos probabilidades de terminar la preparatoria y la universidad, con probabilidades de psicosis. Entre más joven empieces a utilizar, mayor será el riesgo de desarrollar problemas de esquizofrenia y la potencia de la marihuana y la frecuencia de su uso incrementan el riesgo de psicosis y en términos de potencia y frecuencia entre más potente sea la marihuana y entre más la uses la esquizofrenia se manifestara a más temprana edad, así que ya hemos mencionado que el "THC" interrumpe el desarrollo cerebral del feto y hemos enfatizado como puede interrumpir el desarrollo fetal. ¿Y que se puede decir de las mujeres que usan marihuana durante el embarazo? 72.9% de las adolescentes embarazadas son admitidas en centros de rehabilitación por el uso de marihuana y lo que tenemos; bueno, aún no tenemos estudios de referencia, pero la información muestra que hay un incremento en la fertilidad de placenta, bajo peso al nacer, temblores, sustos y aumentos en la falta de atención e impulsividad que pueden continuar hasta la adolescencia y adultos jóvenes. Los nexos entre la marihuana y los opioides son muy interesantes.

Jasmine (ininteligible) debió haber estado presente, pero esta genial tormenta de nieve destruyó los planes de viaje de todos, con excepción de algunas almas valientes que la evitaron estando al norte de la tormenta.

Jasmine ha hecho un trabajo magnifico sobre niños en riesgo en términos de adolescencia, el feto en desarrollo y exposición antes del parto. Pero este no es su trabajo, esto es, trabaja desde Australia, ellos han demostrado que con gemelos idénticos si uno de los gemelos comienza a usar marihuana antes de los 17 años tienen un riesgo más alto de contraer una adicción hacia opioides.

Mi plática entera acerca de la marihuana y los opioides podría tomarme alrededor de dos horas por sí misma, pero no tenemos tiempo, así que hay que resumir esto rápidamente, esto es la investigación de Jasmine (ininteligible) que hubiera presentado hoy. Así que hay dos pequeñas ratas estos estudios fueron realizados en estos roedores (estos estudios no se pueden realizar en humanos, no es ético), empiezas a exponer a los roedores al "THC" en su adolescencia y después la retiras, nunca la vuelven a ver, nunca

vuelve a estar en su sistema, se limpia de su sistema y crecen sin él, y se aparean y se reproducen y tienen pequeños bebés, y permites a los bebés que crezcan hasta la adolescencia y luego los expones a la heroína y la aceptan más fácilmente y sus cerebros son diferentes, a diferencia de los bebés cuyos padres nunca utilizaron “THC” durante la adolescencia, así que ¿Cuál es la implicación de esto?, la implicación es que hay cambios epigenéticos, y las células bacterianas se transfieren hasta la siguiente generación, deteniendo el uso de la marihuana mucho antes del embarazo, puede de hecho ser una buena idea, incluso durante el embarazo, los adolescentes que usan y abusan de la heroína , los roedores adolescentes imitan esto, buscan heroína aún más, y la descendencia adulta de los adolescentes expuestos al “THC” mucho antes de la concepción buscan heroína aún más y tienen impedimentos cerebrales y del comportamiento, parece ser epigenético.

Y entonces llegamos a la pregunta de la marihuana o alcohol, escuchamos que la marihuana es más segura que el alcohol, ¿qué nos dice la ciencia? No hay duda de que el daño al cuerpo es más pronunciado en alcohólicos a nuestro leal entender, pero un análisis de toda la literatura ha demostrado que los usuarios de la marihuana reportan peores relaciones con sus padres y maestros, menos educación como un vínculo directo, comparado con los usuarios del alcohol, menos interés en actividades, bajo desempeño en escuela y en el trabajo, y problemas psicológicos más adversos, pero el alcohol es definitivamente peor en términos de enfermedades y problemas sicosociales, en términos de control y de violencia provocada por el alcohol. Pero lo que es interesante, es la proporción de personas en salas de emergencia. Los números son mucho menores con la marihuana que con el alcohol, pero, con base a cuantas personas la usan, los números son mayores en términos de las salas de emergencia y lo que encuentras es que el uso de la marihuana durante los primeros años de la adolescencia hay muchas más personas que no terminaron la preparatoria, no se inscribieron en la universidad, y tampoco consiguieron una licenciatura comparados con los usuarios del alcohol, usuarios frecuentes del alcohol de las mismas edades y después en términos de la “resaca” del alcohol. El alcohol te da resaca, te sientes miserable al día siguiente, pero hay resacas sutiles con la marihuana que nunca se discuten y esos son los efectos

de la marihuana que pueden durar hasta 6 horas a diferencia de una bebida alcohólica que se limpia de tu sistema a las 3 horas.

El efecto (ininteligible), que produce efectos moderados en cosas como manejar, volar un avión, y trabajar en la escuela, duran de 6 a 20 horas, y a veces hasta más de 20 días. Todos los que hacen investigaciones sobre la marihuana para obtener análisis siconeurales esperan por lo menos 30 días para que la marihuana se limpie antes de hacer los estudios; parcialmente porque saben que no están trabajando en una hoja en blanco, porque la marihuana tiene una cola larga y gorda, esta cola gorda permite que se asiente en tejido grueso en el cerebro y en el cuerpo y seguir golpeando los receptores cannabinoideos del cerebro.

Y ahora tenemos marihuana como medicina, esta es una foto de una mujer que murió durante el parto. Esto fue hace 1600 años lo sabemos porque encontraron monedas romanas con la imagen del emperador británico en ellas. Ella tenía 14 años. Su pelvis medía 7 centímetros necesitaba 9 para dar a luz, y junto a ella había cenizas y las cenizas resultaron ser “delta 6 THC” lo que es un metabolismo estable de “THC”, así que claramente ha sido utilizada como medicamento por miles de años y en este caso no fue utilizado para aliviar el dolor.

La teoría es que fue utilizado para intentar promover contracciones y ayudar al bebé, la razón por la cual no fue utilizada para el dolor fue por que las cenizas fueron encontradas junto a su abdomen y no su nariz, de alguna manera ellos creyeron que el humo se infiltraría en su útero. De acuerdo al control de sustancias de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, para que a una sustancia se le llame medicamento, tiene que tener cierta química, evidencia de que es segura, evidencia de efectividad, expertos calificados deben de estar de acuerdo. La evidencia científica debe de ser ampliamente disponible. La química de la marihuana que no está regulada incrementa los niveles de “THC”, estos son cada vez más altos, el último esta entre 16% con implicaciones relacionadas con manejo de adicciones y toxicidad. Las dosis de “THC” y “CBD” y no entraré en toda esa controversia. No se controla la pureza. Depende de muchos factores, microorganismos, agua, temperatura, luz del sol, calidad de la luz, insectos, en un mercado sin regulaciones puedes obtener todas las posibilidades incluyendo este tipo de marihuana que fue utilizada como medicamento. Las pruebas clínicas para cannabis o

el fumar de la marihuana a diferencia de cannabinoides individuales tienen muchas fallas. No entraré en todos los tipos de problemas, excepto decir que los expertos calificados no aceptan la marihuana como un medicamento y la posición del gobierno federal de Estados Unidos es que se mantiene como prioridad porque tiene un potencial alto para el abuso y no hay actualmente un uso médico aceptable. No hay evidencia de seguridad y pues recientemente en California, un juez decidió que esta no era (ininteligible), que este no era el momento, y la marihuana debería mantenerse como prioridad. La legalización de la marihuana y cómo puede afectar, puede afectar el uso excesivo, predominio de adicción, accidentes de tráfico, salud mental, puede afectar el ambiente laboral, todo esto. Si vemos a Colorado, que ha legalizado a la marihuana como medicamento, hubo un incremento del 32% de muertes en accidentes de tráfico en los cuales la marihuana estuvo involucrada, un incremento relacionado con el manejo mientras se está bajo la influencia de la marihuana, incremento en visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones, un incremento a envenenamiento por exposición y 167% en explosiones de laboratorios, Colorado nunca fue el número 1 en términos de usuarios adolescentes ahora es el número uno en el país, las víctimas mortales relacionadas con el tráfico han aumentado, las visitas a salas de emergencias han aumentado, las hospitalizaciones han aumentado, el envenenamiento por exposición ha aumentado y ¿cuáles son las predicciones para México?

Que los síntomas psicóticos empeorarán entre las personas que estén más vulnerables, las funciones cerebrales empeorarán, las funciones sicosociales empeorarán, la intensidad de la esquizofrenia empeorará, la ansiedad; la evidencia es poca, depresión, la evidencia tampoco es suficiente, el cáncer no sabemos, ciertamente no tenemos buena información, las predicciones son que México tendrá más gente adicta, más gente adicta a otras drogas, que sus desempeño académico empeorará, la necesidad del bienestar empeorará, el estilo de vida empeorará, el empleo empeorará, el ambiente laboral empeorará, y lo que tenemos en los Estados Unidos es que es un problema con el ambiente laboral porque no tenemos normas, es muy fácil regular el uso del alcohol porque el alcohol se limpia muy rápidamente del cuerpo. Si tomas la noche anterior, la posibilidad de daños dos días después no es muy alta, pero con la marihuana mientras más la uses, más es el tiempo que se mantiene en el cuerpo y más afectará tu

productividad, así que tenemos un problema y ese problema es poner en una balanza los derechos de las personas por lo que se le llama un bien mayor y sabemos que las políticas públicas para restringir el uso han funcionado tremendamente para restringir el uso de los opioides. En 100 años han bajado del 80 al 90% así que lo que tenemos ahora es... ¿qué tenemos? Tenemos lo que yo llamaría una situación del doctor Fausto, una obra de teatro escrita por Christopher Marlowe hace más de 400 años, el doctor Fausto era brillante. Tenía una licenciatura en leyes, una licenciatura (ininteligible) y una licenciatura en teología. Era absolutamente espectacular y estaba aburrido, aburrido, quería emoción en su vida; así que hizo un pacto con el diablo (esto es lo que narra la obra) que pudiera hacer lo que quisiera, hacer magia, alucinaciones, libertinaje, robo, todo lo que quisiera por 24 años y al final sería llevado por el diablo, esa es la obra, justamente antes de que los 24 años se terminaran, empezó a preocuparse y empezó a arrepentirse por que se dio cuenta que todo este acuerdo y manera negativa de vivir en realidad no valió la pena. Y la verdadera pregunta es: ¿Vale la pena para nosotros arriesgar el futuro de nuestras vidas?

Así que lo que tenemos ahora es gente que dice que quiere acceso completo, es segura, es placentera, no tiene víctimas, es un derecho civil, es solamente una planta, ha sido oficial, el alcohol es peor, no hay adicción, pacientes sufren, el proceso de aprobación de drogas es (ininteligible), es difícil patentar un alternativo barato y de fácil acceso y luego, por otra parte, tenemos personas que dicen que la restrinjan, no es segura, es irresponsable, (ininteligible) el proceso de aprobación de la droga, es un problema de salud pública, impide la función, puede llevar a adicciones, efectos nocivos para la salud, problemas siquiátricos negativos, efectos negativos del comportamiento, efectos negativos del cerebro, los adolescentes están terriblemente en riesgo, y la seguridad pública, la evidencia científica tiene que prevalecer.

Y así cierro con un pensamiento, damas y caballeros, yo no creo que esta sea una guerra contra las drogas, yo creo que es una defensa por parte de nuestro cerebro y nuestras mentes, nuestras mentes que pueden crear filosofía, y obras, y poesía, y iPhones, y música, y cálculos, y medicamentos, y ecuaciones de física brillantes, y cirugía robótica, e impresión en 3D, desmantelar el ADN, y hacer telescopios

para explorar el universo, esta es una defensa de la mente humana, muchas gracias.

Rector Jaime González: Nuevamente, muy buenos días tengan todas y todos ustedes.

Bienvenidos a este Foro Debate Público sobre el Uso de la Marihuana.

Gracias.

Es un privilegio para Quintana Roo, ser sede de este Primer Foro.

Mi nombre es Jaime González, soy rector de la Universidad Tecnológica de la Rivera Maya, en Quintana Roo, y es un privilegio y honor estar con ustedes en este Foro.

Como parte de esta actividad tenemos la participación de amigos rectores de otras universidades, como es el caso de la Universidad Tecnológica de Cancún, el Instituto de Estudios Superiores de Felipe Carrillo Puerto, autoridades educativas y demás entidades de gobierno.

Por supuesto, quiero brevemente nada más nombrar, porque a lo largo de la mecánica y de las reseñas presentaremos en particular a cada uno de los especialistas de esta mesa.

Está con nosotros Alejandro Mohar Betancourt, del Instituto Nacional de Cancerología. Un aplauso para él, por favor.

Francisco Bolívar Zapata, investigador emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México. Bienvenido.

Deni Álvarez de Icaza, psiquiatra en la Procuraduría de Atención a Víctimas de Delitos.

Alan Boudney, del Centro de Investigaciones Psiquiátricas de Belmont. Un aplauso para él.

Rafael Camacho Solís, del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Bienvenido.

María Elena Medina Mora, del Instituto Nacional de Psiquiatría. Bienvenida.

Y Gabriela Rodríguez Mazo, del CINVESTAV. Bienvenida; muchas gracias.

Quiero comentar brevemente cuál es la dinámica que vamos a tener.

En una primera fase cada uno de los expertos tendrá la oportunidad de presentar, en un máximo de 15 minutos, su ponencia.

Posteriormente a la presentación de la ponencia, cada uno de ellos podrá establecer preguntas entre los mismos, sobre la información que vertieron en el panel.

A lo largo de estas participaciones habrá gente de apoyo, por medio de la cual el público podrá establecer preguntas por escrito, que podrá llegar a la mesa de los panelistas, ya sea dirigida a uno de ellos o en lo general.

Es un debate plural, es un debate abierto; no se trata de tener conclusiones a lo largo de él, sino proveer información que enriquezca todo el análisis que habrá en los cinco foros temáticos a lo largo del país.

Como primer punto me permito ceder la palabra y presentar en particular al doctor Alejandro Mohar Betancourt.

Él es Médico Cirujano por la UNAM con Especialidad en Anatomía Patológica en el Instituto Nacional de la Nutrición.

Cuenta con estudios de Maestría y Doctorado en Hipermeología por Harvard School, la Escuela de Salud.

Fue Jefe del Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Cancerología y a partir de 1993 Director de Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología.

Es Nivel Tres del Sistema Nacional de Investigadores; pertenece a varias asociaciones científicas nacionales e internacionales, como la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Ciencias y la Asociación de Alumnos de Harvard.

Demos la bienvenida con un fuerte aplauso a Alejandro Mohar.

Dr. Alejandro Mohar Betancourt: Gracias, señor Rector, por esta amable bienvenida y presentación.

Un punto que no ha dicho es el motivo por el que estoy aquí, en este debate. No vengo a hablar de oncología ni de la quimioterapia ni mucho menos, sino porque a lo largo de mi trabajo como Director de Cancerología, uno de los pendientes históricos que tenía Cancerología y que lamentablemente sigue siendo pendiente en nuestro país es el acceso a ciertos medicamentos controlados, en particular a los denominados narcóticos.

En particular nuestro país históricamente es uno de los países que menor prescripción tiene de morfina.

De manera que durante este proceso como Director de Cancerología lo que promovimos fue el acceso y el uso de la morfina en nuestro país.

Resultado de ello fue que fui convocado a pertenecer a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, que es un Comité de la ONU, que ha sido distinguido México por ello, ya que cuatro mexicanos hemos sido parte de este Comité. Es un Comité que se abre a concurso y afortunadamente México ha tenido un papel preponderante.

Yo entré básicamente con un Programa de Mejor Acceso a la Morfina; sin embargo, es una junta que monitorea, que vigila y que prohíbe el uso de ciertas sustancias.

Entonces lo que intentaré hacer en estos 13 minutos que me quedan, es precisamente señalar por qué en este caso el cannabis y la marihuana están prohibidas, cuál ha sido la historia, cuál es la posición actual de la ONU con relación a países que dan pasos hacia la

legalización y hacer un breve comentario sobre la marihuana medicinal, que ya escuchamos; los efectos de la legalización en el contexto de las Naciones Unidas, del cual México es parte, y algunas conclusiones y propuestas, para que precisamente durante estos minutos con mis colegas tengamos un intercambio de ideas y de algunas posibles avenidas de lo que tiene que hacer México.

Son tres convenciones que establecen las bases del Sistema Internacional del Control de los Estupefacientes.

La primera de ellas fue firmada y señalada en 1961, es la Convención Única, con enmiendas en 1972; en 1971 hubo una Segunda Convención del Control de las Sustancias Psicotrópicas y finalmente en 1988 se firma otra Convención Internacional en contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes, tanto de narcóticos como de psicotrópicos.

¿Cuál es el objetivo de estas tres convenciones, de acuerdo al mandato de las Naciones Unidas?

Es contribuir a la salud y al bienestar de la humanidad, y este objetivo de las convenciones es a través de la prevención para el uso de drogas; el tratamiento de aquellos pacientes o usuarios; la rehabilitación, la educación y, por supuesto, la reinserción social.

La JIFE o esta Junta de Fiscalización, surge como un Comité Internacional de 13 miembros independientes, que tienen el mandato de la ONU se vigilar, asesorar e informar a la comunidad del apego a las convenciones de todos los países, para el control de los estupefacientes, donde los mismos países establecieron las reglas y fueron signatarios de los mismos.

México firmó desde el inicio de estas convenciones ser parte del apego de estas tres convenciones.

Han pasado 55 años desde que se estableció la Primera Convención Única para el Control de los Estupefacientes, por supuesto entre ellos la marihuana.

¿Qué ha sucedido desde entonces?

Hay una permanente cooperación internacional entre países independientes de las distintas ideologías políticas y cultura; el control del desvío de medicamentos narcóticos al mercado ilegal; más del 95 por ciento de los países miembros de la ONU han firmado y cumplido con los lineamientos de las convenciones, por supuesto, incluido México y es por ello parte de este debate que hoy y en el futuro tendremos.

¿Cuál es el origen e historia de la marihuana, usos y costumbres de la misma?

Ya tuvimos un análisis de ello por la doctora Madras, pero se calcula que la marihuana se consume desde el año tres mil antes de Cristo; hay evidencia de semillas y hojas de cannabis junto a un chamán momificado en el noroeste de China y también hay momias de Egipto, de aproximadamente el año 950 antes de Cristo, en donde había evidencia de semillas y hojas de cannabis.

Sin embargo, se considera que el primer control del cannabis se inicia tras la invasión de Napoleón a Egipto. Ahí el emperador prohibió a sus soldados el consumo de marihuana, en 1798, por el temor a que éstos perdieran el espíritu de lucha.

En el año 1800 estableció una pena de reclusión de tres meses a quien violara este mandato. Esta es quizá la Primera Ley Pena sobre el cannabis.

Posterior a ello y dada la continua alta prevalencia de consumo del cannabis en Egipto, el uso y cultivo fue nuevamente prohibido en 1868, cuando el país estaba gobernado por el Sultán de Turquía.

Internacionalmente, finalmente y dirigiendo a lo que hoy tenemos, en el año de 1909 durante la Primera Convención Internacional del Opio, celebrada en China, se solicita el control y prohibición de la marihuana; queda bajo control después de la Convención de Ginebra de 1925, y finalmente en 1945 se propone lo que hoy llamamos una Convención Única, donde Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud contribuyen mayormente a esta Convención y a nuestros lineamientos, señalando al cannabis como una sustancia adictiva y de uso indebido.

Esto quiere decir que hay cuatro grupos que ya se han señalado y todas las sustancias, todos los medicamentos, con este margen de adictiva y uso indebido queda en el grupo uno la marihuana.

También la marihuana es señalada como peligrosa, sujeta a fiscalización, de prohibición internacional y sin valor terapéutico, de ahí que queda en el grupo cuatro, de ahí que es una de las sustancias más controladas, fiscalizadas y prohibidas, de acuerdo a las convenciones internacionales de la ONU, aprobadas y firmadas por más de 185 países miembros de la ONU.

Sin embargo, señalaba la Convención, se autoriza su uso para propósitos de investigación que resulten para uso médico.

Una pequeña nota sobre el origen de este problema legal e ilegal de la marihuana en el país, en este contexto.

Desde 1840 **(Falla de audio de origen)**...retira al doctor Salazar como jefe de narcóticos.

Sin embargo, el gobierno de Lázaro Cárdenas permitió la legalización de ciertas drogas en 1940, en un Decreto que va de febrero a julio, por seis meses, en 1940 y dentro del gobierno de Lázaro de Cárdenas, tres meses antes de retirarse, se retira esta legalización.

¿Hoy qué ha pasado con esta Convención Única que prohíbe la marihuana para uso no medicinal a nivel internacional?

A partir de la década de los setentas varios países no han aceptado plenamente las medidas establecidas por este Convenio Internacional, para el control no médico de la marihuana e iniciaron actividades en violación a dicho Tratado Internacional.

Tal es el caso y ustedes lo conocen, de los Estados Unidos mismos, de Holanda, de España, Portugal y Uruguay, recientemente.

Esto ya se conoce en el ámbito internacional y ha sido señalado por la JIFE de la ONU como deserciones blandas a los tratados

internacionales y no cumplimiento de estos países, con los compromisos internacionales.

El señalamiento de la JIFE define específicamente que la concesión de cannabis para consumo personal no se considera un delito ni se sancionan los actos de consumo personal, así como su transporte y adquisición; a ellos sólo se aplican sanciones administrativas.

Sin embargo, países que permitan legalizar el consumo, cultivo, fabricación, posesión, compra y venta de cannabis para fines que no sean médicos, sin incompatibles y violatorios de los tratados internacionales de la ONU en este tema.

A nivel internacional varios países y organizaciones no gubernamentales han presionado, para que en el marco de estas deserciones blandas, debates y algunas contradicciones como las que suceden en los Estados Unidos, se abra la discusión para definir estrategias de reducción de daño y respeto a los derechos humanos.

Ello incluye una proporción de las sentencias por delitos no violentos asociados a las drogas y, por supuesto, a la abolición de la pena de muerte.

Sin embargo, este diálogo para la adopción de un lenguaje más abierto y progresivo en estos temas, ha sido bloqueado por varios países miembros de las Comisiones y Comités de las Drogas de la ONU.

Inicialmente eran los Estados Unidos quienes se oponían, pero hoy sabemos que su resistencia a esta discusión ha disminuido debido al drástico cambio de políticas legislativas en diversos estados de los Estados Unidos.

Ahora es Rusia quien conduce la oposición a políticas liberales, apoyadas por Japón, China, Irán, Pakistán, Cuba, Sudáfrica y Perú, principalmente.

Es aquí uno de los puntos de intenso debate en preparación a la Reunión de Lungas 2016, en Nueva York, donde se hará una nueva revisión de las políticas.

Una digresión aquí de Lungas, que a ésa se le ha dado enorme publicidad y que hay muchas expectativas de lo que va a suceder: Ninguno de los países miembros de la ONU, incluyendo aquéllos que han propuesto las deserciones blandas, proponen el cambio de los convenios o de las convenciones.

Sí es un punto importante en donde mientras no haya un cambio de las convenciones internacionales, la discusión de la liberalización y la legalización de drogas va continuar en esta dirección.

Un breve comentario sobre marihuana medicinal. El artículo 38 de la Convención Única de 1961, señala que el cultivo, la distribución de cannabis con fines médicos sólo se permite bajo un estricto control gubernamental y exige el funcionamiento de un organismo oficial con el derecho exclusivo de exportar, importar, dedicarse al comercio al por mayor y mantener las existencias.

Estas convenciones afirman que donde operen programas medicinales, la totalidad de las cosechas deberán ser entregadas a organismos gubernamentales.

No es el caso en el país en donde más marihuana medicinal se prescribe, ya que en los Estados Unidos se ha convertido en gran negocio con propósitos de lucro y utilización de toda la parafernalia de la marca o término.

El término marihuana se refiere al uso de cannabis para tratar enfermedades.

El debate y la discusión en este tema es que la marihuana no ha sido evaluada estrictamente bajo parámetros científicos, entre otras razones, por su producción reducida y, ende, poco acceso a los centros de investigación.

Hay evidencia limitada en su eficiencia para el tratamiento de náusea y vómito durante la quimioterapia, de mejora al apetito en pacientes con infección por VIH y en el tratamiento crónico con dolor crónico y espasmos musculares.

La American Medical Association, la American Society of Addiction Medicine y la American College of Physicians de los Estados Unidos no recomiendan su uso para atender, hasta no haber mayor investigación.

La COFEPRIS Americana, que es la FDA, no la considera un medicamento. Esto en un país donde en 23 estados es legal la prescripción médica de la marihuana.

Quiero ir resumiendo, simplemente para señalar que el uso médico legal de la cannabis está permitido en Austria, Canadá, Checoslovaquia, Finlandia, Alemania, Israel, Italia, Holanda, Portugal, España, Chile, Colombia y los Estados Unidos.

Sin embargo, debe considerarse que la vía de administración para ese propósito es en muchas ocasiones por vía inhalada, lo que impide evaluar la concentración de los diversos cannabinoides, además de otras vías de administración como en aceite, en diversos tipos de alimentos e inclusive bebidas.

Ello impide la falta de control de calidad en su producción, dosis y concentración de las sustancias activas.

También hay que reconocer que la marihuana se encuentra en los grupos uno y cuatro.

Ello ha limitado la investigación clínica y la validación de dosis, concentraciones activas, tiempos de administración, efectos secundarios y fármaco-vigilancia, elementos centrales para la buena práctica médica en la prescripción de medicamentos.

Sin ello la evidencia de su eficacia terapéutica seguirá siendo muy débil.

Un punto a discusión en México, en Oncología, donde trabajo desde hace muchos años, por supuesto que evaluamos cientos de compuestos, docenas de medicamentos; hay más de 200 estudios clínicos para evaluar algunos efectos como la náusea y el vómito con diferentes medicamentos.

No creo que sea el gran debate la marihuana medicinal. Hay diferentes formas, protocolos y gran suficiente de evidencia científica para ir evaluando los efectos benéficos de los productos derivados de la marihuana.

El punto es que la inhalación de productos como tal, ese no es un sentido terapéutico ni es de acuerdo a la buena práctica médica ni los pacientes que están recibiendo potencial ayuda debe de ser utilizada de esta manera, sino que debe de entrar de acuerdo a cualquier parámetro para cualquier medicamento que debe de ser útil para los pacientes.

Conclusiones.

Por lo anterior y ante la celebración de un GAS 2016 en la ONU de Nueva York, donde se analizará como se ha avanzado en el mundo para el mejor control de las drogas, quisiera resaltar algunas conclusiones y propuestas.

El objetivo central de las convenciones sobre el control de drogas es el asegurar la disponibilidad y acceso a determinados narcóticos y sustancias psicotrópicas, para propósitos médicos y de investigación.

La JIFE tiene como mandato supervisar la instrumentación de los objetivos de dichos convenios y de manera consistente ha señalado el inactivo acceso a estas sustancias médicas a nivel mundial, para el bienestar de cientos de miles de pacientes que la requieren.

Incluye en su mandato regular y controlar el uso de distintas drogas, eliminar su cultivo ilícito, prevenir el abuso, pero también es compromiso de la JIFE el análisis balanceado, para encontrar un equilibrio entre la demanda y la oferta.

Igualmente, las convenciones estimulan y promueven una respuesta proporcional a las faltas por narcotráfico.

Por supuesto, la pena de muerte debe de ser abolida.

La JIFE considera que un mejor camino es la responsabilidad compartida, entendiéndose en tres puntos torales:

Aceptar que el consumo de marihuana y otras drogas es un problema común.

Aceptar que las partes tienen un objetivo común: Resolver de la mejor manera este problema de salud pública.

Aceptar que se debe trabajar, a través de acciones universales, conjuntas y coordinadas.

Hoy México se encuentra ante una encrucijada: El proceder a la legalización de la marihuana para fines no médicos va en contra de los tratados internacionales, es violatoria a dichos compromisos, donde más de 185 países se comprometieron a aceptar los lineamientos expresados en dichas convenciones, incluyendo a México.

Las consecuencias de estas deserciones blandas podrían impactar a los diversos tipos de intercambio con países miembros de la ONU, en el ámbito social, económico, comercial y político.

También la implicación del riesgo que miembros de la comunidad internacional señalen a nuestro país, como un país que no respeta acuerdos internacionales.

Por lo anterior, sea bienvenido el debate.

No tengo duda que promoverá la discusión, el análisis objetivo e irá encaminando a nuestro país un mejor diálogo entre todas las partes.

Con ello –creo– podremos construir un México más incluyente, más participativo en su quehacer, más justo y con una mejor esperanza.

Muchas gracias a todos por su atención.

Rector Jaime González: Muchas gracias al doctor Alejandro Mohar.

A continuación toca el turno al doctor Francisco Bolívar Zapata, quien es Doctor en Química por la UNAM, institución de la cual es Profesor Emérito, Director Fundador del Centro de Investigación sobre Ingeniería Genética y Biotecnología de la UNAM.

Fue el Primer Director del Instituto de Biotecnología de la UNAM, así como Coordinador de la Investigación Científica de esa misma casa de estudios.

Fungió como Vicepresidente y Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias; es miembro de gobierno de distintas universidades, entre ellas la propia Universidad Nacional Autónoma de México.

En 2013 fue nombrado Coordinador de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Oficina de la Presidencia de la República, cargo que dejó para contender por la Rectoría de la UNAM.

Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, designado en 2014 como Investigador Emérito. Ha recibido varias distinciones y premios, entre los que destacan el Premio Príncipe de Asturias en Investigación Científica y Técnica, que otorga en España la Fundación Príncipe de Asturias.

El Premio Nacional de Ciencias y Artes, que otorga el Gobierno de la República y el Premio TUAS en el Área de Biología que otorga en Italia Tirbor Académica OBSAINZ.

Demos la bienvenida con un fuerte aplauso al doctor Francisco Bolívar.

Dr. Francisco Bolívar Zapata: Mi plática se va llamar, aunque les parezca raro, Transgénicos y Marihuana, temas controversiales, la importancia de la sistematización y validación de la información en la búsqueda de algunos consensos.

Cuando se me invitó recientemente a participar en este evento lo dudé, porque no soy experto en marihuana y no he leído mucho ni suficiente sobre esta droga ni tuve ni he tenido el tiempo para hacerlo de manera adecuada, para dar opinión sustentada ni conocimiento científico sólido, en cuanto a los efectos a la salud por consumo de marihuana.

Entiendo que existe muchísima información sobre diferentes aspectos y en particular con lo relacionado a los efectos de la salud y al

potencial terapéutico; algunos generados por expertos, como ustedes, invitados a esta reunión.

También sé que se ha avanzado de manera importante por la Secretaría de Salud y otras instancias, en la sistematización de esta información y en el análisis de los efectos de las drogas, en particular la marihuana.

Un ejemplo importante en este sentido –que de cualquier manera comentaré– es la revisión recientemente publicada en la revista Hechos sobre cannabis, en septiembre del año pasado.

Comenté mi falta de expertiz en este tema con el maestro Arreola, a quien agradezco la invitación de parte de la doctora Mercedes Juan, para participar en el evento.

Él conoce bien que he trabajado intensamente en la recopilación, en la sistematización de la información sobre los famosos organismos genéticamente modificados (OGMs) transgénicos y que este tema de los transgénicos es uno de gran controversia, sobre beneficios y posibles daños también.

Se decidió que sería interesante presentar en esta mesa un resumen del avance de lo que hemos recopilado y sistematizado en el tema de los OGMs, como ejemplo de un proceso complejo para sustentar información científica sólida y apoyos, opiniones, posibles beneficios, recomendaciones que podrían ser de utilidad para el caso de la marihuana.

En este contexto, permítaseme comentar primero mi experiencia y parte de la evidencia conjuntada sobre los OGMs y después, en la segunda parte, presentaré algunas consideraciones sobre la marihuana, insistiendo que no soy un experto en este tema.

Ya se ha dicho, soy investigador de la UNAM, formo parte de un grupo que en 1977 usamos ADN sintetizado químicamente que codificaba para insulina humana y técnicas de ingeniería, y desarrollamos los primeros organismos transgénicos que permitían la creación de esta hormona idéntica a la humana, que hoy se vende en las farmacias de todo el mundo para el tratamiento de la diabetes.

Gracias a estas metodologías tenemos la capacidad de construir organismos transgénicos, células que tienen material genético de otro origen y hoy contamos con más de 100 medicamentos en las farmacias, para contender con diferentes problemáticas de salud, que no existían al iniciar esta metodología.

Cuando regresamos a la UNAM y con el apoyo y visión del doctor Guillermo Soberón, se creó un centro de investigación, hoy es un Instituto de Biotecnología, y tuvimos la distinción –como se ha señalado– de ser el Director Fundador, con la misión de desarrollar la biotecnología, en particular la de los transgénicos.

Así lo hicimos y hoy el Instituto tiene una historia importante en la generación de conocimiento de frontera en varios modelos y la utilización de este conocimiento, para entender y atender diferentes problemas y demandas sociales, a través de un importante esfuerzo de desarrollo tecnológico y de vinculación con el Sector Industrial y con el gobierno.

Desde un principio, mucho por ignorancia, visiones parciales, mitos, pero también por intereses económicos y sociales, los transgénicos han sido satanizados.

En particular el uso de las plantas transgénicas, diseñadas para reducir importantemente la utilización de insecticidas químicos que se usan para matar a los insectos que forman las plagas que se comen a los cultivos.

Es vox populi, lamentablemente, que las plantas transgénicas ciertamente, que este es un mito, pero además falso, son nocivas para la salud y que generan cáncer.

La realidad y la evidencia científica sólidas indican contundentemente lo contrario.

En Estados Unidos, donde hay más del 95 por ciento del maíz y son transgénicos. Se ha reducido sustancialmente el uso de los insecticidas químicos, en beneficio de la salud de los campesinos y

también se ha dado un importante beneficio económico por disminuir los insecticidas.

Se cultivan desde 1996. No ha habido reportes sólidos repetidos de manera independiente, por varios grupos, que demuestren que generan daño a la salud o al medio ambiente.

Todo lo contrario, existen opiniones de expertos incluyendo una declaración de 24 Premios Nobeles, declaraciones de académicos, de ciencia y sociedades científicas que apoyan su uso. Lo anterior cada vez mejor sustentado por más de dos mil referencias científicas publicadas en muchos lugares de manera independiente, que suspenda el bajo riesgo, el cuidado de los transgénicos y sus productos.

También nosotros, como miembros del Comité de Biotecnología de la Academia Mexicana de Ciencia, hemos escrito libros y recomendaciones.

Recientemente, de manera muy cercana con la Secretaría Ejecutiva de la SIBIOGEM, hemos recolectado y sistematizado la información a favor y en contra de los transgénicos y continuaremos esta recopilación, para informar a la sociedad y a los gobernantes.

En este sentido, queremos resaltar que toda esta información del bajo riesgo e inocuidad de los transgénicos ha permitido que agencias reguladoras como la FDA en Estados Unidos y la EFSA en Europa, no hayan retirado del mercado ni impedido el uso de los cultivos transgénicos, sus productos que hoy están en el mercado.

En México, como ustedes saben, conforme a la Ley de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados, la COFEPRIS, con el apoyo de la Secretaría Ejecutiva SIBIOGEN, ha permitido el registro de cultivos y no ha retirado del mercado, al igual que la FDA, los diferentes productos transgénicos.

Ciertamente, se ha recabado información en contra, mucha de la cual señala que los OGMs generan daños a la salud.

Al juicio del expositor y de otros, esta información no tiene sustento científico sólido. Toda es información es disponible y está disponible.

Terminada esta parte de los transgénicos quisiera decir: Ciertamente, no habrá unanimidad en este tema, porque además de los asuntos a nivel de salud hay también un ted muy grande de compañías transnacionales para controlar los alimentos.

Sin embargo, en México hemos desarrollado variedades extraordinarias para contender con problemas de cambio climático y contaminación, y hay que utilizarlas, máxime que en unos años vencen patentes de las semillas transgénicas.

Insistimos, no hay unanimidad en este asunto. Sin embargo, queremos también insistir que este conjunto cada vez más amplio y contundente de apoyos y evidencias científicas, deben permitir movernos hacia una mayor aceptación para el uso de los transgénicos.

A mi juicio es inmoral que los transgénicos y sus productos se descalifiquen, se satanicen con patrañas en un planeta con muchas necesidades y problemas, en donde los transgénicos pueden coadyuvar y jugar papeles importantes en algunos casos insustituibles.

Por ello, termino la parte de los transgénicos, señalar por qué tanto debate por este asunto: Por el potencial para coadyuvar con problemas importantes que ya hemos mencionado, que es enorme.

Sin embargo, muchos avances científicos no siempre son bien recibidos, muchas veces por falta de conocimiento de sus beneficios y también por desacreditación de algunos grupos que reconocen que el nuevo conocimiento y la tecnología ligada implican cambios.

Este es el caso, como ustedes saben, del uso de las vacunas contra agentes infecciosos que han reducido notoriamente la mortalidad infantil, pero que en algunos casos son rechazados por padres desinformados.

Cada vez, sin embargo, hay más reticencia, mayor consenso para el uso de las vacunas.

Un caso más reciente y de menos consenso social es el cambio climático.

Hay muchísimas reticencia por grupos poderosos para aceptar la evidencia científica sólida, que demuestra el problema de un planeta más caliente y contaminado, que así como el caso del cambio climático no habrá unanimidad tampoco de los transgénicos, pero pensamos que algunos casos hemos avanzado hacia un mayor consenso para su uso.

Tampoco lo hay en el uso de la marihuana por ser, al igual que el cambio climático y los transgénicos, temas complejos que deben ser estudiados y entendidos de manera interdisciplinaria y con la participación de los mejores expertos provenientes de diferentes instituciones.

Para el efecto del uso de la marihuana y de otros temas controversiales y complejos, es mi opinión –como se ha señalado– que la integración de comités y foros con expertos para análisis interdisciplinario, como se está organizando pro la Secretaría y otras instancias, para este tema de la marihuana es un paso inicial fundamental y primordial.

Indudablemente es fundamental que en los comités haya expertos de diferentes disciplinas y con los mejores, de preferencia.

Es también fundamental recabar y sistematizar la amplia información valiosa que existe sobre la marihuana, y en particular la científica publicada en revistas arbitradas como la mencionada de la revista Hechos, relacionada con los efectos de la droga y la salud en diferentes individuos, en particular en niños y jóvenes.

Esta publicación señala que aparentemente no existe un problema de toxicidad importante por consumir alguno de los dos componentes purificados más importantes de la planta, ya que no se ha encontrado una dosis de tal mella, porque aparentemente estos dos compuestos son poco tóxicos.

Sin embargo, si bien en la salud a largo plazo por el uso de esta sustancia, sobre todo en niños y jóvenes, falta mucho por hacer.

Se habla también en esta publicación, que muchos de ustedes conocen, del potencial terapéutico, como antiepiléptico del CVD, uno de los dos componentes principales de la planta.

De cualquier manera las consideraciones, a mi juicio y de la doctora Madras, son también muy importantes para cuestionar en particular su uso en niños y jóvenes, en dosis sobre todo más altas.

Es necesario, como hecho en otros problemas, en el caso de la marihuana, en el caso de los transgénicos, en el cambio climático, recabar, avanzar y complementar la sistematización.

Mucho lo ha revisado ya la Secretaría de Salud, de las varias y diferentes opiniones a favor y en contra, así como la información científica publicada, además de revistas arbitradas en libros, reportes, en otras fuentes, que deben ser muchas; evaluar que conocemos tan profundamente y con base en eso avanzar en lo que falta por investigar.

Finalmente en este aspecto de la experiencia de las OGMs y el apoyo de los expertos para sustentar decisiones, comento que en el año 2000 el Senado de la República ratificó el Protocolo de Cartagena para el manejo de los transgénicos, firmado por el Ejecutivo.

Como parte de esta decisión el Senado está obligado a elaborar una Ley para el manejo de los OGMs.

Por ello en este año pidió a la academia recomendaciones para elaborar la Ley.

La academia integró un Comité Multidisciplinario, el cual elaboró consideraciones y recomendaciones, muchas de las cuales quedaron en la Ley de Bioseguridad, entre ellas el principio precautorio del Protocolo de Cartagena.

A mi juicio esta experiencia y los ejemplos que he mencionado son valiosos para apoyar a los legisladores, mediante la propuesta de información científica sólida y la opinión de los mejores y verdaderos expertos.

En este sentido, es reconfortante e importante señalar que el Congreso de la Unión –como ustedes saben– ha integrado un grupo de apoyo técnico y científico, para analizar el uso de la marihuana, en el que se encuentran instituciones académicas de alto liderazgo.

Este comité deberá ayudar a sustentar conocimiento sólido y técnico, como parte de lo señalado en estos foros y en otras informaciones, las decisiones que el Congreso tome en este sentido.

Termino señalando dos cosas.

Primero. Entiendo, de entrada –como se ha señalado– que el tema de la marihuana es un tema complejo, con muchos componentes que, se insiste, debe estudiarse de manera integral para hacer el mejor análisis y las recomendaciones más adecuadas, que puedan variar, van a variar de grupo a grupo; tiene muchas facetas, hay muchos intereses.

En este sentido, entiendo también que cada persona adulta es libre de hacer con su cuerpo, y para su uso, acciones sin lesionar a otra persona; que le permitan, a su juicio, intentar vivir mejor, como tomar alcohol y fumar marihuana, incluyendo las razones lúdicas que fueron la base para el amparo concedido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Lo anterior, sin embargo, no aplica para jóvenes y niños, grupos en los cuales por cierto se ha incrementado –como ustedes saben– el uso de la marihuana, conforme a lo señalado por el doctor Manuel Mondragón y otros.

El ejemplo de adultos consumiendo marihuana, como ocurre con el alcohol, representa y será siempre un ejemplo a seguir, un modelo para jóvenes y niños, que ven y observan realmente en los padres y mayores ejemplos, patrones a seguir o simplemente a imitar.

El ejemplo del uso del alcohol y de la marihuana va a propiciar en los jóvenes y niños un incremento, a mi juicio, inmoral del uso de drogas y alcohol, que puedan también agravarse, viniendo problemas de adicción y generándose entonces un problema de salud pública.

Por lo anterior, entendiendo y aceptando el derecho al uso lúdico de la marihuana por algunos alumnos, estoy en contra del uso lúdico de esta marihuana por las razones mencionadas; por el daño que se ha ocasionado y se va a incrementar por el uso de la marihuana en jóvenes y niños.

Me parece que es un derecho más importante proteger la salud de jóvenes y niños, no exponiéndolos a las drogas y al alcohol y exponiéndonos menos, máxime si ahora pudiera también contemplarse el uso lúdico de la marihuana, como ocurre con el alcohol.

Es primordial no afectar los derechos de los niños y los jóvenes, que incluye el derecho a una salud y vida digna, que se menguan, se limitan por el derecho del alumno al uso lúdico de la marihuana.

Termino diciendo, concediendo que aparentemente no hay un afecto de toxicidad importante por los componentes principales de cannabis, que son compuestos de baja toxicidad, habrá que hacer –se insiste– una evaluación de la información existente y en particular ahora una parte importante mencionada por la doctora Madras, en su presentación, y de la nueva que aparezca de los efectos-salud a largo plazo de los fumadores de marihuana, en particular en el caso de jóvenes y niños en dosis elevadas de marihuana, como ocurre con los efectos de ingerir alcohol en exceso a mediano y a largo plazos, que en muchos casos generan dependencia y adicción, incluyendo daños al organismo de quienes lo consumen.

También evaluar las condiciones de posibles daños a terceros por realizar acciones irresponsables por el consumo en exceso, como ocurre con el alcohol, que pueden ser de diferentes niveles y grados.

Por todo lo anterior, con base en la información, las consideraciones señaladas, es mi opinión, sin ser, insisto, un experto en marihuana ni en los efectos de las drogas, sino un académico investigador de la UNAM que tiene un hijo y alumnos de los cuales aprendo siempre, que si bien aparentemente no hay un efecto de toxicidad importante del consumo de los dos componentes más importantes de cannabis, mientras no contemos con un análisis estadístico válido sobre la

ausencia de efectos relevantes por el uso de la droga a la salud, en particular al nivel de los niños y jóvenes.

Ahí los datos, insisto, señalados por la doctora Madras hablan en contra de este uso, no se puede descartar la ausencia de daño para estos dos grupos.

Por ello la utilización de la droga y en particular del compuesto antipediático CBD debe permitirse por Ley sólo para el tratamiento de ciertas enfermedades de salud, como existe en muchos países –como se ha señalado aquí– que han analizados estos problemas.

Para ello, a mi juicio y para garantizar la calidad y cantidad a usarse, la Ley debe incluir que la planta cannabis debe procesarse para extraer sus principios activos, purificarse y cuantificarse, para desarrollar medicamentos farmacéuticos que deben ser avalados por la COFEPRIS para su utilización.

Agradezco mucho el espacio y estamos abiertos a cualquier discusión.

Muchas gracias por su atención.

Rector Jaime González: Muchas gracias, doctor Francisco Bolívar.

Toca el turno a la doctora Deni Álvarez de Icaza. Bienvenida, muchas gracias.

La doctora Deni es Médica Psiquiatra egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; es Psiquiatra Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría; es integrante de los investigadores del Seminario de Estudios sobre la Globalidad de la UNAM, que preside el doctor Juan Ramón de la Fuente, y es coactora del libro publicado en 2015 “Marihuana y Salud”.

Démosle un fuerte aplauso para que esté con nosotros.

Muchas gracias.

Dra. Deni Álvarez de Icaza: Supongo que van a cargar ahora la presentación.

Aprovecho para agradecer la oportunidad de estar aquí.

Sí señalar algo que creo que llama mucho la atención o al menos a mí me llama la atención, es que el debate se radicaliza en posturas a favor o en contra.

Yo creo que no se trata de estar a favor o en contra, se trata de analizar la evidencia y también entender que cualquier postura a favor o en contra tiene costos.

Es decir, creo que no nos podemos concretar únicamente en hablar de cuál es el efecto perjudicial de la marihuana, sino que también tenemos que pensar cuáles son los costos de la política que estamos utilizando para regular la marihuana y también cuáles serían los costos si cambiamos esta política; tenemos que ver un panorama más amplio y no nada más quedarnos en hablar de si la marihuana es una sustancia que ocasiona o no ocasiona daños.

No sé si puedan poner mi presentación, por favor.

Rector Jaime González: Esperamos un minuto para ver si está la presentación.

Si no, podríamos proceder con el siguiente participante y luego con ella.

Ya está. Un minuto, por favor, una disculpa, doctora.

Dra. Deni Álvarez Icaza: Como mencionaron, son parte del grupo de Estudio de Marihuana y Salud del Seminario de Estudios de la Globalidad.

Este grupo lo preside el doctor Juan Ramón de la Fuente y realmente el Grupo de Marihuana y Salud se formó con el propósito de hacer una revisión exhaustiva de la evidencia, respecto a cuáles son los efectos que tiene el consumo de marihuana sobre la salud.

Las conclusiones que sacamos de esta revisión se publicaron recientemente en un libro que editó el Fondo de Cultura Económica.

De hecho parte de la información que voy a presentar a forma de conclusión es muy breve, deriva justamente de esa revisión y les puedo decir que sí es una revisión exhaustiva.

Ojalá en algún momento, si tienen dudas y se quieren acercar con todo gusto, y si no, de verdad en la bibliografía del libro se sustenta lo que les voy a decir, porque son cosas que hemos estudiado a fondo.

Como les comentaba, creo que algo importante a incluir en el debate no nada más es cuáles son los costos sobre la salud del consumo de marihuana, lo cual es importante saber, qué sí se sabe, qué no se sabe y cuáles son las magnitudes del daño.

También tenemos que saber cuáles son los costos del prohibicionismo, cuáles son los costos de la política de drogas actual, y tendríamos que buscar una política de drogas que, en todo caso, los beneficios globales que nos dé superen los costos que tiene la implementación de la política y que realmente, en todo caso, logre disminuir el impacto negativo que tiene el consumo de esa sustancia.

Realmente creo que tenemos que incluir todas estas variables en la discusión, en el momento en que estamos planteando la toma de una decisión.

Este enfoque justamente es el que defiende las políticas de salud pública, las políticas de drogas basadas en salud pública, que no es una política rígida; se refiere a que se haga una combinación de las medidas regulatorias que en el caso particular de una sustancia y para una sociedad finalmente la combinación de esas políticas se traduce en los menores costos posibles para la sociedad y para el individuo.

Se trata justamente de adoptar una combinación de medidas que al final, el resultado final sea que la protección a la salud y a los derechos del individuo y de la sociedad sea el máximo que se pueda alcanzar.

Siempre va haber costos, siempre va haber un costo; tanto una postura como la otra tienen costos, y hay que encontrar cuál es el mejor balance.

Para empezar decir que sí la marihuana es una sustancia, es una droga psicoactiva y claro que tiene efectos perjudiciales para la salud.

Pero creo que aquí sí es importante decir que no todo consumo es un consumo problemático.

Es decir, va haber un grupo de sujetos que son los consumidores recreativos cuya cantidad o el contexto en el que se utiliza, la edad o los factores de riesgo y vulnerabilidades del sujeto, hacen que el empleo de esa sustancia, llámese marihuana en esta situación, no derive en un consumo problemático.

Ahí van a estar aquéllos sujetos que sí van a tener alguna consecuencia adversa para la salud, en su salud psicosocial o en su salud física, asociados al consumo de marihuana o que el consumo de marihuana los pone en alto riesgo de presentar una complicación en el futuro, como es el caso de los adolescentes o en el caso de las mujeres embarazadas.

Es decir, va haber situaciones donde la marihuana claramente puede causar un perjuicio y situaciones donde no la está ocasionando.

Aproximadamente el 10 por ciento de los sujetos consumidores de marihuana puedan desarrollar un dependencia y la dependencia, la adicción, sí se considera una complicación sobre la salud.

Estas son las conclusiones que les digo que estoy presentando de manera muy breve.

Esto es importante señalarlo, porque realmente la evidencia en relación al efecto que tiene la marihuana sobre la salud; hay evidencia contradictoria, hay evidencia no conclusiva.

Es muy fácil presentar un estudio que valide lo que yo quiero decir, porque yo también llegar y presentar un estudio que valide lo contrario.

Entonces creo que aquí sí es importante considerar: Uno, eso, que hablar de un estudio o de un resultado no es válido; tiene que ser una integración de información que nos permita, en todo caso, hacer un

balance de la evidencia y también saber decir “esto no lo sabemos”, de esto no simplemente no tenemos la suficiente información para dar una conclusión.

Actualmente sí se puede decir, a través de la combinación de varios estudios largos, con un buen diseño, que el consumo intenso de marihuana, y cuando digo intenso quiere decir que no hay una definición clara de lo que es intenso; generalmente se refiere a un consumo de más de una vez a la semana, hasta casi un consumo diario, durante un tiempo de prolongado.

Sí se puede asociar a un incremento en la probabilidad de que el sujeto presente un trastorno psicótico.

La prevalencia general de los trastornos psicóticos es de uno por ciento en la población. Esto quiere decir que si toda la población consumiera marihuana subiría a 2.6 por ciento, pero estamos hablando únicamente de que en México al menos el 1.6 por ciento de las personas son consumidoras, pocas tienen dependencia y de esas pocas que presentan una complicación podría aumentar al doble la probabilidad.

Esto les digo, porque yo creo que sí es importante poner números. Cuando a mí me dicen: “Va causar psicosis”. Bueno, ¿en cuántas personas va ocasionar psicosis?

Realmente la proporción o el número de individuos en los que se podría llegar a presentar esta complicación, que sí existe y que sí es importante, realmente es muy baja.

Es importante saber que hay sujetos que son mucho más vulnerables a presentar esta complicación.

Aquéllos que tienen antecedentes familiares de psicosis; ya se ha visto que los portadores de ciertos genes que consumen marihuana tienen una mayor probabilidad de presentar una complicación y en lo que sí no hay duda es que el riesgo es mayor en los adolescentes.

Es decir, como lo explicaba muy bien la doctora Madras, el sistema cannabinal es fundamental para el neurodesarrollo.

Entonces exponer a ese cerebro a información a los compuestos de marihuana, hace que esta persona sí tenga una mayor probabilidad de presentar complicaciones como trastornos psicóticos en un futuro, más de lo que ocurre si el que la consume es un adulto.

Aumenta el doble la probabilidad de un accidente; o sea, la probabilidad de accidentes automovilísticos sí aumenta.

En el caso de los adultos se ha visto que el consumo, tanto la intoxicación como los periodos posteriores a la intoxicación, en el caso de los consumidores regulares, sí se pueden asociar a fallas en algunos dominios cognitivos.

Aparentemente –y esto también hay que decirlo– la evidencia científica todavía no es suficiente; aparentemente sí remiten, pero los estudios que dan seguimiento a estos grupos realmente son muy limitados y normalmente es cuestión de unos meses y se corta el estudio.

Entonces tampoco sabemos muy bien qué pasa muy a largo plazo con esas consecuencias sobre la cognición.

Lo que se ha encontrado es que sí, aparentemente, en los estudios muchas de estas alteraciones cognitivas tienden a remitir y que en el caso de los adolescentes permanecen por un mayor tiempo.

¿Cuánto tiempo? Eso tampoco se sabe con claridad, porque no hay muchos estudios a largo plazo.

Presentó aquí la doctora Madras un estudio que ha sido muy citado, en el cual se dio seguimiento justamente a lo largo de la vida a un grupo de personas; se evaluó cuáles habían consumido marihuana y se hizo una medición del coeficiente intelectual.

Lo que ese estudio encontró –porque creo que es importante mencionarlo– es que cuando el consumo de marihuana es de cuatro veces a la semana o más, o con un patrón de dependencia durante un periodo de tres años, sí se puede registrar que hay una caída en algunos rubros del coeficiente intelectual.

Sin embargo en los sujetos –y esto sí es importante también decirlo– con menos de cuatro veces no hay cambios. Entonces creo que aquí es donde tenemos que ver que la dosis es importante, la frecuencia es importante, la edad en la que se da la exposición es importante, porque efectivamente los individuos que consumieron durante la adolescencia, en ellos la caída del coeficiente intelectual sí fue mucho más marcada.

Hay otras relaciones que se han intentado estudiar, como suicidio, cáncer, enfisema, infertilidad, que no se han logrado probar. O sea, se ha insistido mucho en que el fumar marihuana ocasiona cáncer pulmonar; se ha intentado buscar, se le ha dado vueltas y los estudios han sido contradictorios.

Es posible que sí pueda ser un factor de riesgo, pero únicamente verdaderamente en fumadores súper-intensos, durante un periodo muy prolongado de tiempo.

El punto es que a nivel global ahora con la evidencia que tenemos no podemos hablar de que cause mortalidad por cáncer o que verdaderamente aumentó el riesgo de suicidio; no se ha logrado llegar a una conclusión así, o sea a una conclusión científicamente válida.

El estudio de la carga global de enfermedad se requiere a una manera de calcular qué tanto daño, por así decirlo, o qué tanto le cuesta a una sociedad, en términos de salud, un factor de riesgo o una enfermedad.

Esto nos habla de qué tanto una persona por un factor de riesgo o por una enfermedad pierde o está discapacitada o muere antes de lo esperado.

El estudio de la OMS lo que concluyó es que la marihuana como tal no es un factor que contribuya de una manera significativa a la mortalidad ni a la pérdida de vidas, debido a discapacidad.

En esta gráfica lamentablemente esta muy pequeña la letra, pero les voy a describir un poco lo que estoy intentando ilustrar.

Este es un estudio que se hizo con una metodología que se llama decisión multicriterio.

Lo que este grupo de investigadores hizo fue que reunieron a un panel de expertos, revisaron la evidencia y clasificaron el daño que ocasionan distintas drogas, tanto a nivel individual como a nivel social.

En esta tabla se muestran esas 20 sustancias que ellos calificaron.

No se alcanza a ver con claridad y lo siento mucho, pero la primera fila la ocupa el alcohol, la segunda fila la ocupa la heroína y la tercera la ocupan las metanfetaminas.

La marihuana se presenta más o menos en el octavo sitio de estas 20 sustancias, haciendo un conjunto de los costos sociales individuales que tiene su consumo.

Esto para la respuesta que muchas veces quiere situar: ¿Qué tanto daño hace la marihuana respecto a otras sustancias?

Esa es manos o menos una metodología que permite llegar a una respuesta.

Ahora, la otra pregunta es: ¿Cuáles son los costos que tiene la criminalización de los usuarios?

Yo creo que esto sí es importante que lo tengamos en mente, porque finalmente la política de criminalizar al consumidor ha llevado a que muchas persona sean encarceladas por ser consumidoras de marihuana y por portar cantidades de marihuana que son para consumo personal.

Son cerca de 141 mil personas que han sido privadas de la libertad del 2009 al 2013, por portación de marihuana que son cantidades de consumo.

Aquí sí les puedo decir que en México no tenemos cifras, pero sí sabemos que la privación de la libertad claro que tiene consecuencias para la salud.

Entonces sí se asocia a un mayor desarrollo de trastornos psiquiátricos, tanto durante la estadía como en la salida.

Muchas veces las personas que ingresan por el consumo de una sustancia, en prisión es posible que tengan acceso a drogas, se les llama a veces duras; pero drogas cuyos efectos sobre la salud digamos que tienen una mayor magnitud.

Las personas encarceladas sí tienen un mayor riesgo de adquirir enfermedades infecto-contagiosas, tienen más riesgos de morir por homicidios, tienen más riesgo de lesiones, tienen menos prestaciones de servicios de salud, y además se irrumpe el ambiente familiar en caso de que estas personas encarceladas tengan hijos o dependientes económicos.

Su situación económica, obviamente sí producen económicamente, entra en declive y además son víctimas de estigmatización.

Yo creo que esos costos sí se tienen que considerar, cuando hablamos también de costos en las políticas de drogas.

Esta es una tabla que lo que ilustra son los factores de riesgos que pueden predisponer a que una persona desarrolle un consumo problemático de marihuana o dependencia.

Como se ve, para consumo problemático la presencia de comportamiento antisocial, abandono emocional y el declive en el nivel socioeconómico, son factores que hacen más probable que un sujeto que consume marihuana desarrolle un consumo problemático.

Es decir, que ese consumo de marihuana ya no sea en una frecuencia, en un ambiente o con una finalidad que le ocasione daños para su salud, sino que se vuelva perjudicial.

Esos mismos factores, junto con otros como depresión, trastorno por estrés postraumático, el crecer en una familia monoparental, son factores que hacen que los sujetos tengan mayor riesgo de hacerse dependientes a marihuana.

Entonces yo lo que también digo es: Al encarcelar a un usuario de marihuana lo que están haciendo prácticamente es darle como la batería de factores de riesgos, para que en serio se vuelva dependiente.

O sea, ¿por qué vamos a pensar que criminalizar a un usuario va ayudar a que se usuario no consuma la sustancia?, cuando estamos viendo que la evidencia nos indica que un usuario que es recluido en un centro penitenciario va tener más factores de riesgo, para hacerse dependiente a la sustancia.

Eso es lo que se llama la paradoja de la prohibición, justamente. Porque se ha visto que en aquellos países o en aquellas políticas donde la prohibición se da, crece el consumo.

Yo creo que aquí es importante: No hay que hablar en blanco y negro.

Creo que la prohibición tiene varios niveles; o sea, podemos hablar de la total liberalización, donde la sustancias se podrían consumir en el lugar que sea, en la cantidad que sea, por todas las personas y en cualquier circunstancia.

Esto querría decir que, por ejemplo, yo podría manejar alcoholizada, yo podría estar tomando en las escuelas, yo podría vender alcohol a los menores de edad y además yo podría promover en los anuncios que los menores tomen. Esa es una total liberalización.

Del otro lado es la total prohibición, que yo creo que el extremo es esto de la pena de muerte a los consumidores, que se llega a aplicar en algunos países.

En medio hay rangos, que son rangos de regulación que puedan pasar desde discriminalizar al consumidor o despenalizar al consumidor, hacia otras políticas que tienen que ver con la legalización o regulación del mercado.

Aquí el punto es encontrar, en este amplio espectro, un punto en el cual los costos para la salud sean los menores posibles.

Es decir, si hay una prohibición estricta y se criminaliza al consumidor eso también daña a la sociedad.

Si se hace una liberalización total y no se educa a la población sobre los riesgos que tiene el consumo de marihuana, no se protege a los menores de edad de que no consuman y no se ponen restricciones de seguridad como el no manejar intoxicado o el tener que cumplir ciertas normas, eso también es perjudicial para la sociedad. Pero esto no es un cuadro de blanco o negro, porque hay que hablarlo también.

¿Cuáles podrían ser los beneficios de tener una política prohibicionista?

El prohibicionismo de alguna manera parte un poco de la idea conductual de que si yo te impongo una pena, si yo te voy a dar un castigo, a partir de ese castigo te voy a disuadir de que no lleves a cabo una conducta.

La realidad es que esto no ha funcionado, porque el consumo de drogas continúa aumentando; continúa aumentando en México, continúa aumentando en el mundo.

De hecho algo aquí que es importante –y me hubiera gustado que estuviera la doctora Madras, justo para comentarlo con ella– es: ¿Por qué en Estados Unidos en los últimos años han logrado disminuir el consumo de alcohol en adolescentes, mientras que el consumo de marihuana continúa aumentando?, si se supone que la marihuana que, en todo caso, es ilegal, debería de bajar el consumo, mientras que el consumo de alcohol que es legal no debería de estar tan alto, más bien debería de mantenerse hacia abajo.

¿Por qué? Porque parece ser que a veces el prohibir radicalmente, no educar, no enseñar y no implementar políticas inteligentes no es la mejor manera de evitar que las personas hagan las cosas.

¿Cuáles son los costos de que sí, digamos de lo que están hablando que pasó en Colorado. Sí ha habido más accidentes automovilísticos ligados al consumo de marihuana, sí ha habido más admisiones relacionadas que quiere decir que cuando una persona va a la sala de

urgencias y el médico le pregunta si ha consumido marihuana, dice que sí.

Aquí hay una gran discusión que tiene que ver con que estos ingresos relacionados son porque realmente sí es posible que estén consumiendo más marihuana, pero aparte la gente lo habla, la gente lo dice.

Entonces ahí sí hay un juego en cuanto a qué tanto las cifras nos están reflejando lo que pasa.

Sí se está demandando más atención. A mí honestamente eso no me parece mal, porque creo que la gente que consume una sustancia debería acercarse al sistema de salud, informarse y, en todo caso, tratarse.

Lo que se ha visto es que puede haber al inicio un aumento leve en el consumo en los adultos. Esto ha pasado en Holanda y ha pasado en Portugal; yo creo que Colorado es muy reciente para que realmente veamos un seguimiento.

Pero este aumento inicial después bajó. Eso también es importante decirlo: El aumento inicial que hubo disminuyó después y lo más importante es, por ejemplo, en el caso de Holanda sí ha habido una disminución persistente en el consumo de marihuana en los adolescentes.

¿Cómo se pueden explicar eso? O sea, ¿cómo es que un país donde se restrinja la venta a ciertos lugares pero no se penaliza, por qué los adolescentes consumen menos marihuana en ese lugar?

Yo creo que esta es una pregunta interesante, porque tal vez si la contestamos y entendemos más bien cómo funciona el esquema social y cómo actuamos los humanos, y que no todo es blanco y negro, no todo es sí o no, sino que hay diferentes entornos, diferentes sociedades y diferentes respuestas.

Eso sería todo.

Rector Jaime González: Muchas gracias, doctora Deni Álvarez.

Le recuerdo a nuestra querida asistencia, que pueden formular sus preguntas por escrito; al lado hay una mesa que puede ir recogiendo, para que más adelante, en el momento del debate, puedan ser utilizadas para enriquecer las reflexiones de los especialistas.

Demos la bienvenida y toca el turno al doctor Alan Yeik Boldney Welcom, investigador y profesor del Centro de Investigación Psiquiátrica de Deymond.

Durante los últimos 20 años ha conducido investigación relacionada con tratamientos innovadores para las adicciones; se ha especializado en los trastornos producidos por el consumo de marihuana en adultos y jóvenes, y en el síndrome de abstinencia por el consumo de la marihuana.

Fue miembro del Grupo de Trabajo que desarrolló el Manual de Desórdenes Mentales, Diagnóstico y Estadística, y actualmente es miembro de la Junta de Gobierno del Colegio sobre Problemas de Farmacodependencia.

Asimismo, forma parte de la Junta de Revisión del Centro Médico para Investigación del Cannabis de la Universidad de California, en San Diego, y es Asesor Externo de la Oficina de Control de Drogas de la Casa Blanca en temas de adicciones.

Doctor Alan, bienvenido. Un aplauso para él.

Dr. Alan Yeik Boldney Welcom: (Traducción del inglés al español)

Les agradezco mucho su invitación.

Me da mucho gusto que las personas estén interesadas en mi trabajo y creo que el debate lo que está obteniendo es mucha información y qué hacer con esta información, que de hecho es el debate.

Podemos decir que los hechos son muy importantes, pero el hecho es que tenemos que tomar decisiones en cosas que no sabemos, pero hay que tratar de hacer el menor daño posible.

Así que antes de comenzar me gustaría mencionar. Estoy de acuerdo con lo que todos han dicho; hay muchas personas muy inteligentes trabajando en esto. No hay una respuesta clara a esta pregunta tan compleja.

Pero mi trabajo el día de hoy es hablar sobre la marihuana, basada en la investigación que he realizado.

La investigación ya lleva 25 ó 30 años, me estoy haciendo un poco viejo, y lo que he hecho es que he trabajado principalmente con las personas que hacen problemas con el uso de marihuana.

Lo que vamos a mencionar ahora solamente es sobre probabilidades, así que es muy claro que todas las personas que fuman marihuana no han desarrollado un problema, pero algunas personas sí lo han desarrollado, y saber la probabilidad de esto y qué es lo que va a pasar, que es muy importante.

Tal vez no podamos argumentar que es una probabilidad que sí pasa a ciertos problemas, que desarrollen problemas con la marihuana, que ya la llama como adicción o un uso problemático.

Este problema no está para debates, sino es una realidad. Entonces esta información se las voy a compartir, de que la adicción es real.

Así es que voy a utilizar estas experiencias que he tenido para contarles una historia.

Las conclusiones de mi discurso son menciona este problema que causa el uso de la marihuana.

La conclusión es que las personas que tienen problemas, pueden generar problemas realmente sustanciales, al igual que con otras drogas; pero no todos lo hacen, eso también lo voy a mencionar.

También voy a mencionar cuál es la probabilidad y la prevalencia de estos problemas y voy a hablar más de esto.

Es algo muy significativo en el uso de algunas personas y en cómo desarrollan otros problemas.

En lo que he trabajado durante mi vida es cómo es que las personas desarrollan estos problemas.

Hemos hablando sobre cómo ayudarnos; he enfocado mi carrera en resolver esto. Somos capaces, pero no somos buenos en ayudarlos, no somos muy buenos ayudándolos a salir de estos problemas.

Una de las conclusiones finales es que mi recomendación en este tema es que piensan en la marihuana al igual que piensan en otras drogas, como la cocaína, el alcohol, porque algunas personas desarrollan problemas y otras no.

Así que la información de la adicción considero que genera problemas en el uso de la marihuana.

Hay mucha más información y viene de diferentes áreas, de diferentes estudios que se han hecho en animales y en humanos, al igual que con otras drogas.

Viene de estudios cerebrales, viene de estudios de drogas, de mucha información que apoya que la marihuana puede desarrollar un problema.

¿Cómo definimos que es un problema de uso o de adicción?

Cuando mencionamos adicción esto asusta a las personas, porque creen que no son adictos.

Algunas personas lo aceptan más. Pero lo que está muy claro es que los expertos alrededor del mundo trabajan en el diagnóstico de los problemas de las drogas en general; todos están de acuerdo en que no hay nada diferente del diagnóstico de la marihuana con relación a otras drogas.

Es el mismo criterio que utilizamos para analizar los problemas con la cocaína, con la metanfetamina, es el mismo criterio, aplica para todas las drogas.

Yo me he preguntado de esto por mucho tiempo, porque en mi carrera comencé tratando a las personas con problemas de cocaína y luego pasé a tratar problemas que tenían adicción con la marihuana.

Comparé cuál era la diferencia, porque me sorprendió mucho ver a las personas que tenían problemas con el uso de marihuana que realmente tenían problemas muy severos.

Así que comparamos utilizando este diagnóstico en esta tabla que ven en la pantalla.

Aquí vemos el uso de la cocaína y de la marihuana. Esto lo hicimos en 1998 y esto tiene unos perfiles muy similares.

Una cosa que queremos mencionar es que los que utilizan la marihuana, la adicción no era tan grave, pero ahí estaba.

En el 2006 me volví parte de este grupo de trabajo en que decidimos cómo íbamos a caracteriza la adicción, y cuando nos juntamos nuestro trabajo en ese momento era reunir toda la información del diagnóstico de marihuana y de este tipo de sustancias.

Resultó que los mismos resultados de 1998, que son los mismos síntomas para otras drogas, al igual que la marihuana.

Todas las adicciones se parecen, son los mismos síntomas, así que el mismo criterio aplica para todas.

Más recientemente, cuando encontramos como adjuntarnos a este problema en que analizamos alrededor de 30 estudios en diferentes universidades, todos llegaron a la misma conclusión.

Una de las áreas de investigación en las que me he involucrado y creo que es muy importante, es la disminución del cannabis.

A algunas de las personas los problemas que han desarrollado, les he preguntando sobre la abstinencia que tienen por lo que tiemblan y tienen otros problemas de salud. Nadie ha escrito realmente sobre esto, pero cuando abrí mi clínica hace tiempo y las personas se

quejaban de los síntomas de abstinencia, estaba muy sorprendido; vi la literatura, lo que ya estaba escrito y había muy poca información de esto.

Igualmente, no era tan malo como el alcohol o como la cocaína, pero ahí estaba.

Así que vimos muchos otros, junto con otras personas, y encontramos que la marihuana tiene un síndrome de abstinencia. Esto quiere decir que es muy común, que empieza cuando terminas la droga y la dependencia a esa droga, así que ya hemos sacado muchos estudios.

Esta es una gráfica de uno de los primeros estudios que llevamos a cabo. Aquí teníamos visitantes y usuarios de la marihuana todos los días y les pedíamos que se detuvieran y los analizábamos cuando detenían y veíamos qué es lo que pasaba durante las semanas y lo documentábamos, y claramente ellos tenían síndrome de abstinencia.

Nos preguntamos a qué se debía, si al THC. Estas personas que venían a nuestra clínica y que les pedíamos que se detuvieran y no les dábamos medicamento.

Aquí, en la tabla, vemos un alto índice de abstinencia.

Después les dábamos una pequeña dosis de THC y en otras condiciones les dábamos una dosis más de THC. Así que con esto mostrábamos que el síndrome de abstinencia cambiaba.

Después de esto demostrado eso, pero es importante que sepan que tienen el síndrome de abstinencia. Así que todos saben que las personas se vuelven más irritables. Comparamos el síndrome de abstinencia de marihuana utilizando el mismo protocolo y con las mismas personas.

Algunas personas fumaban dos drogas e hicimos diferentes combinaciones y encontramos que los resultados eran muy similares en todos los estudios.

Nos sorprendió, pero cuando dejaban de fumar el apetito subía y cuando la consumían el apetito disminuía.

Lo importante de la primera parte de mi discurso es que el desorden del cannabis es real y les pasa a algunas personas y a algunos usuarios.

Esta es una información de un estudio. Si ustedes le ponen atención podemos ver que muestra que el tres por ciento de la población de Estados Unidos tiene un desorden del uso del cannabis.

No sabemos si es mucho o si es poco, pero una cosa que es muy interesante y relevante en esta conferencia es que 10 años utilizando el mismo método, solamente 1.5 por ciento tenía este problema del uso, este trastorno.

Otra pieza importante y evidencia es que si estás utilizando la marihuana actualmente, hay personas que tienen problemas en el uso, el 35 por ciento, el cual es un porcentaje bastante alto. Pero hace 10 años también era el 35 por ciento y entonces no ha cambiado, y lo que ha cambiado es que muchas personas utilizan marihuana en el mismo porcentaje, lo cual genera más problemas.

Esta información que acabo de mencionar es un poco engañosa. Hay un nuevo estudio que muestra que no hay mucho cambio.

Esta gráfica les muestra que de 12 a 17 años son jóvenes y adolescentes; el 25 por ciento de ellos utilizan la marihuana y están desarrollando problemas.

Si ustedes llegan a los 18 años con personas un poco más grandes, el porcentaje baja un 20 por ciento, y conforme va aumentando la edad reduce el riesgo del problema; entre más jóvenes tienen más riesgo de problemas.

Esto les muestra, es difícil leer pero esta gráfica les muestra quién va a un tratamiento en contra de las drogas.

La primera línea tiene que ver con el alcohol, así que es una de las drogas que más necesitan tratamiento.

Las siguientes dos son alquiloideas y la marihuana. La verde es la marihuana. Mucha gente busca tratamiento de la marihuana y se iba a un centro de ayuda.

Así que la segunda parte es: Si es muy común el desorden del uso de los cannabis.

Creo que el 30 por ciento es muy común y es una parte sustancial del tratamiento.

¿Cómo es que la legalización cambiaría estos números y cómo te prepararías para esto?

Nosotros no sabemos eso. Proyectamos que va incrementar un poco; tal vez no mucho, pero no estamos seguros y qué tan efectivo es el tratamiento.

Esto es lo que hemos hecho. Muchos tratamientos, muchas personas vienen al tratamiento, hay muchos estudios, relativamente muchos estudios que analizan el comportamiento.

Durante el tratamiento la medicación que les ayuda la hemos aplicado en diferentes estudios, terapias y psicoterapias.

El propósito de esta presentación, de esta diapositiva, es un estudio que se ha llevado a cabo con las personas que tienen problemas con marihuana.

Lo que les muestra es que cuando entran al tratamiento utilizan una marihuana cada día. Después de cuatro meses durante el tratamiento redujeron su uso tal vez un 40 por ciento en promedio y con el tiempo esa reducción se mantuvo.

Estos marcadores muestran que el 40 por ciento dejó de utilizar la marihuana, así que estas terapias al final del tratamiento todavía tenían un 20 por ciento de personas que utilizaban la marihuana en algún nivel; han mejorado, pero no hemos logrado que las personas dejen el uso de marihuana en absoluto.

En mi trabajo cómo es que hemos sido tan malos en este tratamiento. Hemos tratado de ser mejores, hemos tratado de motivar a las personas para que la dejen de usar.

Les damos una ayuda económica e incentivos económicos. Si hacen eso pueden llegar a un 35 por ciento o 45 por ciento de éxito; pero aún así tienen un 35 por ciento.

A las personas se necesita replicar más motivación, porque las teorías no son muy afirmativas.

Esta terapia les muestra lo mismo. Incluso con nuestros mejores terapeutas, solamente hemos podido ayudar a un 35, a un 45 por ciento que dejen el uso de la marihuana.

Estos son estudios en adultos. ¿Pero qué sucede con los jóvenes?

Hay muchos estudios con los jóvenes que se involucran en problemas; para ello hay muchas terapias familiares y terapias individuales.

Esta es la información de abstinencia. Es un estudio del uso de cannabis en jóvenes.

Muchos, menos del 50 por ciento de los jóvenes dejaron el uso de la marihuana. La reducción es de un 25 por ciento, pero es lo mejor que hemos podido hacer hasta el día con tratamientos muy sofisticados.

Esta diapositiva les muestra los incentivos que también ayudan a mejorar un 25 por ciento, un 40 por ciento al final del tratamiento.

La siguiente diapositiva les muestra los cambios con el tiempo. Hay un 45 por ciento de niños que dejan el uso de marihuana; después es un 20 por ciento de los niños que se meten en problemas.

¿Cómo es que mejoramos?

Hay muchas posibilidades para mejorar el comportamiento. No tengo el tiempo para mencionar todas, pero algunos están utilizando la tecnología, tratamientos computarizados, incentivos más sofisticados.

Tenemos un estudio que llevamos a cabo, que es un entrenamiento para tratar de mejorar su cerebro y tomar mejores decisiones.

También si trabajamos directamente con su cerebro podemos obtener mejores resultados.

Así que la última parte del discurso es si podemos tener tratamientos que ayuden y si eso es mejor o si muchas personas se quedan atrás, sin el tratamiento, al igual que con otras drogas y no hay diferencia.

Mi conclusión es la siguiente:

El cannabis tiene un gran potencial de una droga adictiva y generar problemas en el comportamiento de las personas.

La pregunta es: Si vamos a legalización o a la prohibición, ¿cómo vamos a minimizar eso y a qué es lo que le tenemos que poner atención?

Si tratamos de entender la adicción con un número de factores, está la farmacología y todas las cosas que hemos hablado, las dosis, si es una dosis alta estás en más problemas, si la fumas es diferente a comerla.

Todos estos factores cambiar la interacción con el cerebro y puede ser menor o mayor la adicción, así que hay que tomar esto en cuenta.

Después de esto, incluso más que la droga, sino es la disposición, el acceso y el costo, entre más sencillo sea consumir una droga, cuesta menos, menos trabajo te cuesta conseguirla, es más fácil que las personas desarrollen problemas; es sentido común.

Otros factores ambientales que generan estos comportamientos en las personas; son personas que tienen muchas desventajas durante niños y entonces es más sencillo que se vuelvan adictivos a la droga.

Así que estas personas con más desventajas, más pobres, que tienen más riesgos son más propensas a volverse adictos. Es una probabilidad.

La última cosa, que este debate que es muy importante es percibir los riesgos.

¿Cómo se pueden percibir los riesgos? ¿Qué tan severo es?

Así que si no piensan que las drogas no provocan ningún daño, la van a utilizar más y más.

Aquí es el punto para la legalización o el uso médico y aquí es la prevención para los riesgos.

Hay un potencial para el daño y hay un potencial para el riesgo. Así que el mensaje tiene que ser si decimos legalizar o regularlo.

Esto tiene que asegurarte que hay un gran potencial de que les causan algún daño. Pensamos que sí sea así y no lo tengamos para la sociedad.

Lo mismo pasa con el alcohol, lo mismo tiene que ser con la marihuana y todavía no lo hemos logrado hacer muy bien.

Esta es la diapositiva con la que termino, que el cannabis es similar a otras sustancias de las que ya conocemos.

Algunas personas van a desarrollar problemas; algunas van a ser moderadas y algunas van a ser muy malas.

Esto es lo que tengo que decir.

Muchas gracias por su atención.

Rector Jaime González: Muchas gracias. Una exposición muy interesante y profunda, de los mejores del mundo.

Ahora tenemos al doctor Rafael Camacho Solís, quien es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México; cuenta con estudios de Extensión Universitaria en Psicología de la Adolescencia y Comunicación en la Educación.

Trabajó en diversas Secretarías como es la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud, donde fue Director General de Fomento a la Salud, y también Subsecretario de Fomento Sanitario.

Fungió también como Director del Instituto de Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México.

Démosle una cordial bienvenida al doctor Rafael Camacho.

Un aplauso para él, por favor.

Dr. Rafael Camacho Solís: Muy buenas tardes tengan todos ustedes.

Primero que nada, permítanme agradecer a la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación por la invitación y a COFEPRIS por el apoyo, para poder estar con todos ustedes.

Mi ponencia versa más sobre las cuestiones de la regulación frente a las cuestiones de la prohibición, más que en otros sentidos.

En 2013 la legalización de la marihuana fue un tema de discusión y previamente los estados de Colorado y de Washington habían legalizado su uso con fines recreativos.

Se generaron tres foros en la Ciudad de México, pero durante esos foros fue como un diálogo de sordos, porque los grupos iban y exponían sus posiciones más que escuchar las posiciones de los otros.

En este ínter otros tres estados ya legalizaron la marihuana con usos recreativos: Alaska, Oregón y la capital, y hay siete por venir y llamo su atención sobre el estado de California, porque es con quien tenemos las mayores interacciones.

En el 2015 dos amparos del Poder Judicial reviven la atención sobre esto y señalan dos caminos: Los usos terapéuticos y los usos lúdicos.

Al declarar inconstitucionales cinco de los artículos de la Ley General de Salud obligan al Legislativo a revisar la Ley y, en su caso, hacer las reformas necesarias.

Yo creo que no puede México llegar a un GAS con un prohibicionismo completo, cuando su propia Suprema Corte está diciendo que es inconstitucional por desproporción.

Pero mientras nosotros discutíamos en Uruguay avanzaron y se aprobó la Ley 19172, que regula el mercado de la marihuana y su producción, su tenencia, su comercialización y sus usos, tanto con fines terapéuticos como medicinales.

A mí me parece que lo que tenemos que hacer en México es: Primero, cumplir con los mandatos de la Constitución y de la Ley.

También sustentarnos en información científica; aprovechar la experiencia de autoridades sanitarias internacionales, porque hay otros países que han avanzado mucho más que nosotros.

Asimismo, debemos de atender qué es lo que quiere la voluntad de las personas, sin dejar de escuchar a los grupos minoritarios, pero más que nada tenemos que actuar en beneficio de la población y libres de prejuicios.

Con el amparo de la Suprema Corte, desde mi punto de vista es una victoria más de la libertad, porque lo que establece el amparo es que mientras yo no le haga daño a los demás, tengo la libertad de decidir cómo quiero vivir mi vida, y creo que de eso todos los mexicanos nos deberíamos de sentir muy satisfechos.

Este amparo se le otorga nada más a cuatro personas, en donde dice: "Ustedes pueden sembrar, pueden cosechar, pueden usar, pero no la pueden comercializar". En ese sentido, sigue la restricción para que esto no se pueda generalizar.

Déjenme hacer una pequeña revisión con enfoque de derechos.

Primero los derechos humanos consagrados en la Constitución, artículo uno, y dice que su respeto es irrestricto y deben de brindar la

protección más amplia; prohíbe la discriminación y considera atentar contra esos derechos, como un acto contra la dignidad humana.

Luego, el artículo cuatro es el derecho a la protección de la salud, y así dice: “A la protección de la salud”. Ahí establece también que la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por todas las autoridades administrativas. Es un alto nivel de responsabilidad.

En ese mismo artículo cuarto se menciona el interés superior de la niñez, y en este concepto de la niñez, al hablar de los jóvenes hasta los 18 años, nosotros decimos que incorpora la infancia y la adolescencia.

Ahí dice que todas las decisiones del gobierno deben de anteponer la atención de los derechos de los niños y de los adolescentes a cualquier política pública o dentro de cualquier política pública.

Por otro lado está el priorizar el enfoque de la salud pública, y en el enfoque de la salud pública nosotros queremos entender que es iniciar con la promoción de la salud, hacer la prevención, primero para que los chicos no empiecen a consumir, pero cuando empiezan a consumir para que no sigan avanzando hacia un consumo problemático y que si entran a un consumo problemático puedan abandonarlo antes de desarrollar la dependencia.

También dice que hay que ofrecer alternativas de tratamiento eficaz, aunque vemos que el tratamiento en las adicciones no es tan eficaz y que frecuentemente hay recaídas, y finalmente, sí, cuando sea necesario, apoyar a las personas en su reintegración social.

Es necesario evitar el uso de términos estigmatizantes dentro de nuestra propia Ley. Nuestra Ley habla de los farmacodependientes.

Calificar a las personas con un adjetivo siempre es discriminatorio. Entonces creo que hay que modificar la Ley, incluso para quitar estos términos.

Ahora unas reflexiones. A ver, ¿de veras prohibiendo estamos realmente garantizando la protección más amplia de los derechos

humanos de todas y todos los mexicanos, incluyendo a las personas que consumen marihuana, al orillarnos a vincularse con delincuentes, con narcomenudistas y arriesgarse a ser tratados como criminales?

¿Prohibiendo la marihuana realmente estamos protegiendo de la mejor manera a la salud de todas y todos los mexicanos, incluso de quienes consumen marihuana, al permitir que se vendan productos para consumo humano sin ningún control sanitario?

¿Al prohibir la marihuana estamos, de veras, defendiendo el interés superior de la infancia y la adolescencia, al permitir que sea el narco el que define en ese mercado negro de lo prohibido qué marihuana se vende, dónde se vende, en cuánto se vende y a quien se le vende, incluyendo a las niñas y a los niños?

¿Prohibiendo la marihuana, de veras, estamos cumpliendo con emitir disposiciones ejecutivas para la prevención, principalmente entre adolescentes o estamos evadiendo la responsabilidad de regular ese mercado?

Finalmente, ¿prohibiendo la marihuana estamos realmente protegiendo a las personas enfermas o con qué derecho les negamos posibles opciones terapéuticas por posiciones moralistas?

A ver, ¿todas las drogas hacen daño? Yo no soy defensor de la marihuana, todas hacen daño; pero el alcohol, que es la droga legal más consumida y la que causa más daños, principalmente daña a los demás y que realmente prevalece en la violencia social relacionada con las drogas.

Pero mientras las drogas legales son las que causan más daño y matan a más personas, la guerra contra las drogas ilegales causa más muertes que las drogas mismas.

Perdón, pero sale más caro el caldo que la albóndiga. O sea, para prevenir el uso de las drogas matamos a más gentes, no le veo el caso.

Por cada dólar que se utiliza para atender a los adictos se utilizan 100 para la guerra contra las drogas. Oiga, mejor vamos a pasar un poco de allá para acá.

La marihuana es la droga ilícita más consumida en México. Se consume más marihuana que todas las otras drogas juntas.

Su regulación influirá más y tendrá un impacto mayor en número de usuarios, a su vez, en aminorar o evitar un gran número de detenciones injustas, de persecuciones y de sus gastos.

Hoy día no se pueda afirmar que la marihuana es la puerta de entrada al consumo de otras drogas.

Por lo menos en la Ciudad de México, a los 12.6 años se empieza a consumir alcohol, y esa sí sería la droga de inicio; a los 13.0 años los inhalables o antes; a los 13.1 años el tabaco.

Incluso en la Ciudad de México a los 14.2 años se empieza a consumir la cocaína, incluso antes que la marihuana.

Entonces esa afirmación de que la marihuana es el punto de entrada para otras drogas creo que ya está superado; hay otras drogas, las drogas legales que se empiezan a consumir antes.

Miren, este es el mismo estudio que mencionó Deni, nada más en una forma de graficarlo diferente. Ahí pueden ver que el alcohol está considerado como la droga que más daño causa, porque causa alto daño a las personas y causa más alto daño todavía a los demás.

En ese mismo estudio y esta gráfica es semejante a la que presentó Deni, vemos que ocupa efectivamente el octavo lugar, después del alcohol y después del tabaco.

Por eso que es la Suprema Corte dijo que es era desproporcionado prohibir por completo el uso de la marihuana, mientras se permitía el uso del tabaco y el alcohol, que causaban daños mayores.

Ahora, en un estudio que realizó el IAPA en centros penitenciarios de la Ciudad de México encontró que prácticamente cuatro de cada 10

personas que están en la cárcel cometieron el delito bajo efecto de las drogas.

Pero, ojo, 80 por ciento de ellos era bajo efecto del alcohol. Le seguía la cocaína.

Pero también hay un componente de los usuarios de cocaína que consumieron el alcohol, y finalmente estaba en tercer lugar la marihuana con n componente también importante de consumo de alcohol junto con la marihuana.

También es cierto que todas la drogas generan dependencia, pero no todas las drogas son igual de adictivas.

Mientras que uno de cada de los jóvenes que fuman tabaco va desarrollar dependencia de la nicotina, más o menos uno de cada cuatro va generar dependencia de la heroína, uno de cada seis va tener dependencia de la cocaína o el alcohol, y uno de cada 11 va a desarrollar dependencia a la marihuana.

Efectivamente, si se consume en la adolescencia se duplica la probabilidad de desarrollar.

Pero entonces lo que tenemos que hacer es precisamente proteger a la niñez y a la adolescencia.

Esta gráfica a mí me sorprendió mucho, porque en una gráfica sobre la mortalidad de CDC, de los centros de control de las enfermedades de Estados Unidos, reportan que durante el año 2013 hubo casi 480 mil muertos, 473 mil muertos a consecuencia de fuma tabaco, y se baja a 26 mil y fracción a causa del alcohol.

Si a estos 26 mil les sumamos 88 mil a causa de accidentes asociados al consumo de alcohol, estaríamos hablando de alrededor de 100 mil.

En Estados Unidos resulta que el tabaco mata como cuatro veces más que lo que mata el alcohol.

Luego venían las muertes por drogas legales, por drogas ilegales, por medicamentos de prescripción, la heroína, la cocaína y por marihuana cero.

Yo dije: “A ver, oye, esto es poco creíble, como que cero”. Le pedí a mi área de investigación que checara y lograron identificar tres casos que se podían asociar con la marihuana: Uno de ellos era un chico, no me voy a acordar más que de éste, porque es el que se me grabó, que compró una galleta y le dijeron “hay que partirla en seis pedazos y hay que consumir la sexta parte”.

Este chico se toma su sexta parte y como la marihuana por vía digestiva tarda más en hacer efecto, dice: “Ah, no me pasa nada”, se tomó las otras cinco partes y entonces ya estaba intoxicado severo con seis dosis de marihuana y se arrojó de un cuarto piso; bueno, uno.

Perdón, medio millón o casi medio millón a causa del tabaco.

Entonces no todas hacen el mismo daño.

Aquí a mí me gusta hacer la reflexión en términos de decir que el cerebro madura de adentro hacia afuera y de atrás hacia adelante. Lo último que madura en el cerebro es la corteza prefrontal, pero esa corteza prefrontal es en donde los seres humanos planeamos, en donde medimos las consecuencias, en donde podemos contener los impulsos y podemos controlar las emociones.

En la adolescencia es cuando precisamente ocurre la mayor distancia entre el desarrollo del cerebro de las emociones, de los placeres, frente al desarrollo del cerebro de la corteza.

Los adolescentes es la población más vulnerable a poder entrar en el consumo de drogas.

Como ya lo han dicho varios, introducir drogas en un cerebro de adolescentes puede tener consecuencias muy graves y a largo plazo.

En una encuesta de opinión que hicimos en la Ciudad de México, dos de cada tres de las personas estaban de acuerdo en que se pudiera legalizar la marihuana con fines médicos o terapéuticos, y una de cada

cinco estaba de acuerdo en que se pudiera legalizar con fines recreativos.

Pero quiero llamar su atención en la diferencia que hay entre la opinión de las personas de legalizar la marihuana con fines recreativos frente a otras drogas.

O sea que la población también tiene claro que hay drogas que causan mayores daños y que hay que tener mayor cuidado.

Esta es la penúltima diapositiva y en ésta sí quiero irme con un poco de más calma.

Primero que nada nuestra posición es decir: Mantengamos siempre la visión de salud pública, para tratar de todas las maneras de disminuir el consumo; hacer promoción de la salud, mejorar las mejoras de prevención, elevar la calidad del tratamiento y tener un mejor control sobre los productos.

La segunda, y esto con base en el desarrollo de cerebro, es permitir el consumo sólo para personas mayores de 21 años. El desarrollo del cerebro termina a los 22, 24 años; haber bajado la edad a los 18 años de la mayoría de edad fue por razones políticas, no fueron razones de desarrollo.

La tercera es: La venta separada o con cualquier otra sustancia psicoactiva.

Miren, esa es una forma de ir limitando los espacios del mercado, porque si yo digo: "Donde venden tabaco no pueden marihuana, porque son dos sustancias psicoactivas", ya reduje todas las tiendas éstas de conveniencia, súper y demás.

Si donde venden alcohol no pueden vender, además de esas tiendas ya también redujo los antros, los bares, los demás; si donde venden medicamentos psicoactivos no pueden vender marihuana, ya elimine a todas las farmacias y entonces puede uno tener una gran reducción de los espacios en donde se puede comercializar y con eso poder tener un mejor control.

Otra cosa en la que yo he insistido mucho es que no debemos de verlo como un negocio. Ese es un error de los Estados Unidos.

Si nosotros vemos como negocio esto, los negocios se hacen para que las personas tengan más utilidades y para tener más utilidades necesito vender más productos y para vender más productos necesito tener más clientes.

¿Y qué estoy generando? Estoy generando una industria promotora del consumo de marihuana, que es lo que están haciendo en los Estados Unidos.

Yo creo que México tiene que adoptar una posición en términos de poner a los Estados Unidos a reflexionar, o por lo menos a la Organización de las Naciones Unidas a reflexionar y decirle: “Oye, que Estados Unidos revise y rectifique su modelo”.

No nos van a hacer caso, pero por lo menos tenemos que decirlo.

Nosotros creemos que Uruguay, en ese sentido, fue mucho más acertado al visualizarlo como un servicio para aquellas personas que todavía no están dispuestas a dejar de consumir la marihuana.

Por qué nos es tan fácil entender que hay consumos no problemáticos de alcohol y nos resulte tan difícil entender que puede haber consumos no problemáticos de marihuana.

Por qué nos es tan fácil entender que las personas que fuman van a dejar de fumar hasta que se deciden a dejar de fumar, y queremos hacer a fuerzas que los que consumen marihuana lo dejen de hacer.

Finalmente el control sanitario que va desde el cultivo, el transporte, lo que me permite rastrear por dónde van, si la cosecha fue proporcional a lo que se cultivó, en dónde se perdió, en dónde se atoró; que en la industria se apliquen las mejores prácticas y que se venda exclusivamente a personas mayores de 21 años.

La política prohibicionista que fue impuesta hace ya más de medio siglo, no ha funcionado y en el ámbito mundial y en el nacional sigue

creciendo la producción, el tráfico, el consumo de drogas y en especial de la marihuana.

También la violencia, el crimen, las muertes asociadas a su persecución y guerra, y en verdad, ¿tenemos que seguir esperar para probar otra estrategia?

Retomando esta frase de Alberto Einstein: “Locura es hacer la misma cosa una y otra vez, y suponer que vamos a tener resultados diferentes”.

Muchas gracias.

Presentador: Muchas gracias, doctor Rafael Camacho.

Toca el turno a la doctora María Elena Medina Mora.

Ella es Doctora en Psicología por la Facultad de Medicina de la UNAM con afiliación al grupo de investigación sobre el alcohol, de Berkeley California.

Actualmente es Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, miembro de la Junta de Gobierno de la UNAM y de El Colegio Nacional.

Es Investigadora Titular “F” de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud de Hospitales de Alta Especialidad; forma parte de la Academia de Ciencias, es socio Titular de la Academia Nacional de Medicina y miembro del Colegio Nacional de Psicólogos.

Es Directora del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en los Campos de Adicciones y Salud Mental, en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Le damos un fuerte aplauso y una bienvenida.

Muchas gracias.

Dra. María Elena Medina Mora: Muchas gracias, señor rector.

Muchas gracias por la invitación y la ventaja de ir al final, además de agradecerles que estén ustedes todavía aquí, en estas sesiones, que mucho ya se ha mencionado. Cuando eso ocurra voy a pasar rápido la diapositiva.

Lo primero que quisiera enfatizar es que estamos hablando de un problema muy complejo y el problema del consumo es nada más uno de los problemas y quizá no el más importante que tiene este país; tenemos todos los problemas relacionados con la oferta, con la demanda, con el contexto y con las mismas políticas públicas que, como ya se decía, siempre tienen consecuencias no deseadas o no intencionadas y que lo importante es evaluar cuáles son los beneficios, cuáles son los costos y poder tomar decisiones por el bien de la población.

El tema me parece no se puede aislar de analizarlo desde la perspectiva de la violencia, porque son dos elementos que vienen de la mano.

Me parece que la discusión que se hace en América Latina es diferente a la que se hace en muchos países del mundo, que están analizando también el tema de cuál debe ser la mejor regulación: No tienen ese complejo problema de la violencia.

Cuando hablamos de este problema complejo que tiene oferta, que tiene demanda, que tiene contexto, ahí está siempre con nosotros la violencia y me parece que tendríamos que estarla trabajando juntas.

Tenemos muchas formas de violencia; una es la farmacológica, que es ésta que se induce bajo los efectos de la droga, la que tiene que ver con crimen para obtener dinero para drogas en un mercado ilegal; la que tiene que ver con la violencia conflictiva, que es esta manera de interactuar entre los grupos que tienen intereses en el mercado ilegal y, por último, la violencia, que es esta violencia estructural, que es la penetración en tejido social con corrupción, lavado de dinero. Este es un fenómeno muy complejo.

Pensar que una regulación sencilla puede hacerse cargo de todos los elementos resulta un poco difícil.

Para ejemplificar pongo esta comparación que hace el doctor Beyvor, de varios países, en donde compara cómo está el narcotráfico y los problemas de violencia relacionados con el tráfico y cómo está el consumo y los problemas relacionados con el narcomenudeo y con el crimen, el crimen cometido por personas que usan drogas, y esto nos permitiría contestar preguntando como: ¿Por qué si Reino Unido tiene muchas más personas con problemas de dependencia y de consumo problemático que nosotros, tienen menos problemas?

Él plantea, por ejemplo, que su problema de narcotráfico es bajo y su crimen del tráfico es bajo, pero su consumo es alto, el narcomenudeo es algo y los problemas relacionados con delitos por personas que utilizan drogas es alto. Nosotros estamos exactamente al revés.

Entonces pensar en una política que tendría que estar adaptada a nuestras condiciones, sería un tema importante.

Nosotros vemos –estas son las estadísticas mundiales– cómo en América Latina la muerte por homicidio es muy alta, está muy relacionada con la disponibilidad de armas y afecta principalmente a los hombres jóvenes.

Creo que pensar que podemos seguir no trabajando sobre la disminución de la violencia no es adecuado y que probablemente lo que tendríamos que trabajar es, al mismo tiempo, la reducción de los riesgos de drogas y la reducción de los riesgos de la violencia.

Lo que nos dicen los datos es que la violencia incrementa el riesgo de abuso de sustancias e incrementa el riesgo de enfermedad mental y que también ser víctima de violencia va ocasionar estos problemas de conducta, y estos problemas de conducta replican esta conducta de violencia. Ambos fenómenos están íntimamente relacionados.

Un segundo concepto que me parece importante y que ya se ha tocado es tener un enfoque de salud pública.

Me parece muy atractivo, además, de por lo que se ha dicho es porque la droga en sí misma deja de ser el foco de atención para hablar del bienestar de las comunidades. Es decir, la decisión de políticas que nos permitan mejorar el bienestar.

El otro elemento es que el pensar en clasificar las drogas por sus riesgos, nos obliga a hablar de la droga en lugar de hablar de esta triada droga, persona y contexto, que es lo que realmente describe cuáles son los problemas.

Si decimos que no todas las personas tienen problemas, tiene que ver no nada por la droga y los patrones de consumo, frecuencia, cantidad y potencial, digamos qué tan potente es la droga; entonces así vemos que la droga que se consumía y los estudios antiguos, están hablando de una droga diferente a la droga actual.

El otro concepto que tenemos que tomar en cuenta es que este es un fenómeno dinámico que cambia todos los días y que lo que se pensaba en un momento, hay una nueva investigación que cambia y que tenemos que estar siempre considerando este cambio.

Un efecto es la droga, otro efecto es la persona que la usa y otro efecto es el contexto que lo está usando; pero también el marco normativo social y legal tiene una influencia sobre cómo se presenta un problema.

Esto tiene que ver con si una droga no está permitida, quiénes son las personas que violan la norma y la consumen, y esto también nos da ciertas características.

Esto es importante para que nos ayude a entender qué es lo que nos está diciendo la evidencia y cómo podemos usar la evidencia para encontrar mejores respuestas.

La encuesta que se acaba de presentar, de hecho el día de ayer, que es una encuesta nacional de estudiantes, que abarcó quinto y sexto de primaria, secundaria y preparatoria, con más de 160 mil estudiantes contestando cuestionarios en muestras representativas de cada estado y nueve ciudades, que se hace en colaboración o a cargo del Consejo Nacional contra las Adicciones, en colaboración desde luego con ellos y también con el apoyo de la Secretaría de Educación Pública.

Lo que vemos es este crecimiento tan importante del consumo. Especialmente es mucho más dinámico este crecimiento en las mujeres y las mujeres más jóvenes son las que están utilizando más; es una tendencia que ya habíamos visto, pero nos introduce en el concepto la importancia de trabajar con los elementos de género, que nos permitan tener también mejores respuestas a los cambios que están pasando en las mujeres y en los nuevos riesgos que esto significa y que tenemos que atender, como podría ser el embarazo adolescente y lo que tenemos que proteger en ese sentido.

El otro elemento es que estos son datos del Distrito Federal y vemos claramente este crecimiento de la marihuana. No ha cambiado nada más que la percepción social del consumo y tenemos un incremento muy importante.

Ahora la edad se vuelve importante. Ya nos han explicado qué pasa en ese momento del derecho del cerebro y por qué es más dañino en ese momento.

Lo que vemos en los estudios es que si se le oferta droga a los jóvenes, van a tener más probabilidad de utilizarla, regalada, comprada, como sea; marihuana u otras van a usar significativamente más si están expuestos a la oportunidad de uso y tiene que ver con ese desarrollo y momento de la vida.

¿Cuál sería la edad que nos estaría explicando el riesgo de dependencia o no?

Por ejemplo, lo que nosotros hemos encontrado es que los 17 años son una media global; es decir, si unimos a todas las personas que en las encuestas nos dicen que han utilizado y luego cuántas de ellas desarrollaron dependencia y cuál fue la edad en que iniciaron, tenemos estos 17 años.

Para la marihuana es un poco más temprano, a los 16 años, en comparación con lo que pasa con otras drogas. Pero es interesante que esta media de 17 años, también se ha visto igual en otros países que tienen problemas diferentes.

Cuando se habla de la percepción de riesgos estos son los datos que nos da esta encuesta. La ventaja de esta encuesta es que tenemos 20

mil usuarios de drogas, lo que nos permite hacer análisis complejos del tema.

Lo que vemos es que en la medida que disminuye; o sea, la percepción de riesgo ha disminuido, la producción de personas que nos dicen que consideran peligroso esto. Estos son estudiantes, son nada más estudiantes de secundaria y preparatoria.

Lo que estamos viendo es que los estados que tienen más percepción de riesgo consumen menos; los estados que tienen menos percepción de riesgo consumen más, y la correlación es altísima, de .86.

Esta discusión lo que está haciendo es que nuestros jóvenes piensen que no es riesgoso y entonces tengan consumo; es decir, que estos cambios nos obligan también a mantener programas y políticas a la mano, para poder trabajar con los estudiantes.

Ya se nos ha dicho de este problema de la afectación en la memoria reciente, la afectación en la capacidad de aprendizaje, y lo que nosotros vemos en las encuestas es que van a tener un menor desempeño escolar; quiere decir que van a estar compitiendo con sus compañeros con menores habilidades para tener éxito en la escuela.

No es que tengan un daño que les impide ir a la escuela, por supuesto que no; pero sí les hace tener menores condiciones y eventualmente abandonar la escuela.

Tenemos que trabajar en este sentido, para evitarles el riesgo.

Lo que también nos dicen los resultados y tenemos que ubicarlo dentro de un contexto, porque muchas veces se criminaliza, se estigmatiza a los jóvenes; esto los aleja de tratamiento y tenemos que tener muchísimo cuidado de no hacer esto, es que los jóvenes sí nos responden.

Aquí estamos comparando el consumo de las personas que no usaron drogas, que sólo usaron marihuana o que escalaron a utilizar otras drogas.

Lo que vemos es que sí representan, los que sólo usan marihuana, más problemas, los que tienen más que no usan y los que tienen más problemas son los que escalan a otras drogas.

Ahora, ¿por qué nos responden que tienen problemas de conducta, que tienen esta incidencia mayor cuando usan marihuana?

Tiene que ver también con el efecto normativo y tenemos que tener mucho cuidado de no estigmatizar a las personas que están en esta situación.

Los que más consumen y en donde más han crecido es en los adultos jóvenes, es esta población que también es la que está muriendo más por homicidio, es la que tiene menos oportunidades y tenemos que trabajar en darles estas oportunidades de educación y empleo, para evitar que tengan problemas.

Al final somos nosotros, como sociedad, los que no les hemos dado muchas oportunidades y creo que la estigmatización no nos llevaría a ningún resultado positivo.

Ya se ha dicho de la frecuencia y cantidad. Es muy claro que la población que ha consumido menos veces marihuana son los que tienen menos índice de síntomas de abuso-dependencia, quienes consumen más tienen más índices de consumo-dependencia y se cruza igual que lo que se cruza para la cocaína.

Ahora, ¿cuáles serían estos impactos?

Ya se ha hablado del problema del desarrollo prenatal. Sí tendríamos que tener cuidado de proteger a las mujeres embarazadas de la exposición a la marihuana, el problema de la adolescencia, ya se ha hablado del desempeño escolar, se ha hablado del índice de accidentes, de la enfermedad mental, del cáncer y otras afecciones y la dependencia.

Como se decía, en la enfermedad mental sí hay un riesgo incrementado de esquizofrenia, sobre todo cuando el inicio es temprano.

Pero como bien decía Deni, la proporción que contribuye a esta enfermedad a la carga global de la enfermedad es muy pequeña, y lo que más nos está explicando la carga global de la enfermedad es la dependencia y para el cáncer y otras afecciones no se tienen todos los resultados concluyentes al respecto.

La otra discusión es si la marihuana es una droga de entrada o no. Lo que nosotros hemos encontrado es que la mayor parte de las personas que usan se quedan en la experimentación, pocos continúan usando, pocos desarrollan dependencia.

En los modelos animales sí tienen cierta evidencia de que sí hay una sensibilización que orientaría a las personas a tener apetencia por otras drogas, pero en realidad lo que hemos encontrado en México y en otros países –este es un estudio que hicimos en 17 países– es que el paso de una droga a otra, de marihuana, o sea, son tabaco, alcohol y marihuana las primeras drogas.

Poca gente rompe este padrón y los que pasan acumulan muchos otros factores de riesgo. También esto lo tenemos que ver.

Se hablaba de qué pasa primero. Aquí estamos nada más comparando quiénes empezaron a usar marihuana; son los azules los que usaron a la misma edad marihuana y otras drogas.

Obviamente nada más tenemos a los que han usado más de una sustancia y los que usaron marihuana después.

Vemos que para el caso del tabaco y el alcohol hay muy poca gente que empieza con la marihuana antes del tabaco y el alcohol; en el caso de la cocaína nada más 8.4 por ciento usaron marihuana después de la cocaína.

Entonces sí hay una progresión en este sentido, que es la primera sustancia. Pero –como decíamos– la mayor parte de las personas no progresan a otras drogas y parecería que son factores de riesgo adicionales los que las están condicionando.

Esto lo que nos dice es pensar nada más en el efecto de la droga sin ver a la persona y sin ver al contexto, resulta difícil interpretar los datos.

En el estudio de la carga global de enfermedad, que ya se ha mencionado, vemos que la cocaína causa menos carga de mortalidad que la marihuana, a pesar de que sabemos que la cocaína tiene más riesgos.

No encontramos, cuando hicimos el análisis de los datos, evidencia para mortalidad.

Probablemente con el incremento del consumo y mejores medidas sí se asociará con accidentes u otras causas.

Por lo pronto, aquí no está incluida la mortalidad, pero sí tenemos más carga por marihuana y esto tiene que ver con la cantidad de personas que utilizan la droga; es decir, tiene menos problema como droga, pero por el volumen de usuarios acumula más días perdidos sin salud y más carga sobre el sistema de salud y sobre tratamiento.

También tenemos que entender que esta singularidad de decir “es menos dañina”, pero por la cantidad de personas tenemos que tener más inversión en salud.

¿Cuáles serían los pilares para el control del problema?

Prevención, tratamiento, reducción de daño y control de la oferta. Es más efectivo se integran en un programa.

Sí tendríamos que estar pensando en programas de reducción de daño. Creo que los jóvenes tienen que saber más cuáles son los efectos de la marihuana.

Decíamos, en el caso del alcohol si uno bebe mucho se da cuenta uno y se dan cuenta los demás, pero cuando se usa marihuana no se dan cuenta, no se dan cuenta que si estudian, fuman marihuana, van a reprobado porque se les afectó la memoria reciente y me parece que esta información es muy importante darla objetivamente y prevenir que tengan los daños que estamos viendo.

Nada más hablar de tratamiento. El tratamiento debe ser, hemos escogido un paradigma de tener modelos de tratamiento independientes del sistema de salud.

Me parece que el crecimiento en este problema es que tenemos ahora en la encuesta, sabemos que son alrededor de 130 mil estudiantes que necesitan ahora tratamiento.

La única manera de que vamos a poder reducir este rezago en la atención es poder integrar el tratamiento al sistema de salud; trabajar no nada más en atender las consecuencias de los problemas, sino atender los problemas mismos y poder trabajar en estas oportunidades, cuando se llega a los centros de salud.

Me parece que modificar el modelo. Nos interesaría específicamente los adictos graves; estos adictos graves son los que contribuyen más al negocio de la marihuana, porque son los que más consumen, y una manera efectiva, además de por derecho a la protección de la salud, es darles las opciones a tratamiento.

¿Qué es lo que nos diría la información?

Tenemos ante nosotros un problema complejo.

Si nosotros pudiéramos trabajar juntos el problema de la dependencia a drogas, del consumo problemático de los efectos durante la intoxicación que sienten las personas, a pesar de que no sean dependientes, pero al mismo tiempo con los modelos de prevención de la violencia darles las habilidades a los jóvenes para que puedan tener una vida más saludable, en presencia de riesgos y para que no sean victimizados y no repliquen estos ciclos de violencia, podríamos avanzar en términos de mejorar la salud de la población.

No es una droga inocua. Entender los resultados de las investigaciones es importante. El rezago de la atención es inmenso y tenemos que trabajar en eso, pero también el rezago de hacer llegar la evidencia científica a las poblaciones.

Eso quiere decir que tendríamos que estar trabajando en esta diseminación de la información y en hacerla llegar, y probablemente cambiar las normas de evaluación de la ciencia, no por publicaciones, sino por cómo esas publicaciones son incorporadas a la comunidad y podemos entender o encontrar mejores maneras para atender el problema.

Creo que sí tenemos que revisar las dosis mínimas; la cárcel no es solución para un problema, ya se había dicho esto.

¿Hasta cuándo tenemos que trabajar en cuáles serían esas dosis?

Sí hay ejemplos de países que han sido más efectivos que nosotros; pero esto tiene que venir acompañado de información. Nuestros estudios nos enseñan que la población no conoce ni siquiera las dosis de ahora; tampoco las conocen los policías.

Si no trabajamos juntos y aseguramos tratamiento, esas reformas se pueden volver regresivas.

Entonces sí tenemos que trabajar, independientemente de cuál sea la decisión, en mejorar las condiciones de salud de la población y, desde luego, la marihuana no la podemos estigmatizar, pero tampoco podemos decir que es una droga inocua con la cual no tenemos que trabajar, atender y ayudar a la población que desarrolla problemas, que si bien son menos los que desarrollan en proporción, son muchos los que padecen las consecuencias.

Muchas gracias.

Moderador: Muchas gracias, doctora María Elena Medina Mora.

Toca el turno a nuestra última ponente y no por ello la menos importante, a la doctora Gabriel Rodríguez Mazo.

Ella tiene estudios de Biología, Maestría en Psicobiología, Doctora en Farmacobiología; es Investigadora Titular del Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CONVESTAV), donde también fue Jefa del Departamento de Farmacobiología y actualmente es también miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Démosle un fuerte aplauso de bienvenida, por favor.

Dra. María Elena Medina Mora: Buenas tardes.

Yo, como me han anunciado ahora, provengo del campo de la investigación científica básica.

La investigación científica básica es la que provee los resultados, a partir de los cuales se puede desarrollar la investigación aplicada.

Dentro de mis líneas de investigación, una de ellas ha tenido que ver con el estudio de los endocannabinoides, que son las sustancias parecidas a los cannabinoides que produce el organismo.

La idea que quiero compartir con ustedes el día de hoy, tiene que ver con el que tomemos en cuenta que al hablar de los efectos de la marihuana es muy importante tomar en cuenta la dosis a la que esto se produce.

Es decir, la marihuana no tiene efectos unívocos, sino depende de la dosis en la que se administran ciertos compuestos, los efectos que vamos a tener. Espero poderles transmitir esta idea.

Esto lo han escuchado varias veces el día de hoy y, sin embargo, es importante para el punto, y es que la planta de la marihuana, la cannabis sativa tiene una gran cantidad de compuestos, de los cuales alrededor de 60 podemos llamar cannabinoides, porque tienen una estructura química parecida, una estructura química común.

Dentro de estos compuestos cannabinoides no todos son psicoactivos, sino sólo algunos de ellos.

El más conocido y el que está en mayor concentración es el THC, el Delta-9 THC y es el que tiene mayor potencia psicoactiva.

Hay además de éste el Delta-8 THC y el cannabidiol, que también tiene potencia psicoactiva, pero mucho menor que la del Delta-9.

Otro compuesto que está en grandes proporciones es el cannabidiol, que no es psicoactivo.

Pero lo importante y lo que quiero destacar con esta transparencia es que estos compuestos vienen combinados y los compuestos de menor potencia y el que no tiene potencia psicoactiva modifican la forma en la que actúa el Delta-9 THC.

Si los consumimos combinados estamos modificando la potencia del principio activo principal.

El organismo produce sus propios cannabinoides y a éstos los conocemos como endocannabinoides.

Los cannabinoides endógenos o endocannabinoides son dos sustancias principalmente, las mejor caracterizadas: La anandamida y el 2-AG.

Estas sustancias tienen sitios específicos en el organismo a los que se unen, que se llaman receptores. Esos receptores, el primero se identificó en el cerebro y se le denominó receptor CB-1, y posteriormente se encontró un segundo receptor en el sistema inmune, al que se denominó receptor CB-2.

En esta imagen podemos ver la distribución de esos receptores en el organismo. En color verde vemos la distribución del receptor CB-1, que está en el cerebro de manera muy importante, pero también en los pulmones, en el aparato digestivo, en el aparato reproductor, en los músculos, en el sistema cardiovascular.

Luego tenemos a los receptores CB-2, que aparecen aquí en color amarillo, que están localizados en áreas muy específicas y, finalmente, áreas donde encontramos ambos tipos de receptores.

¿Por qué es esto importante?

Porque la principal forma en que las células de un organismo se comunican entre sí es de naturaleza química.

¿Qué significa esto?

Que una célula produce una sustancia química que va actuar como mensajero y que va llevar ese mensaje a otra célula.

Para que la otra célula lo pueda recibir requiere de tener algo que reconozca el mensaje y esos son los receptores.

Cuando una sustancia libera un mensajero químico ése sólo va poder actuar en aquellas células que contengan a los receptores que lo reconocen.

Las formas de comunicación química entre células son diferentes, de acuerdo a la distancia en la que operan.

Podemos encontrar que hay comunicación entre células muy distantes entre sí, con ayuda del torrente sanguíneo. El mensajero viaja por el torrente sanguíneo hasta encontrar a su célula objetivo.

También hay mensajes que se transmiten entre células vecinas y mensajes que se transmiten entre células de un mismo tipo.

El mensaje sólo llegará a aquellas células que tengan receptores para ese mensaje.

Aquí viene lo importante del estudio de los endocannabinoides. Estos cannabinoides endógenos que produce el organismo se unen a los mismos receptores que los cannabinoides exógenos, los que provienen de la planta, y se unen por ejemplo en el cerebro, como nuestro aquí, a los receptores CB-1.

Tenemos que la andaminada, que es una cannabinoide endógeno y el Delta-9, van actuar sobre los mismos receptores en el cerebro.

Ahora, ¿cuál es la importancia de estudiar a los endocannabinoides para los efectos terapéuticos de la marihuana, que es uno de los temas que nos ocupan el día de hoy?

La investigación científica se ha centrado en estudiar a los endocannabinoides y los efectos que se encuentran de estos

compuestos son aplicables a los cannabinoides derivados de la marihuana.

Entre las funciones en las que se ha involucrado a los endocannabinoides tenemos de manera muy general a la coordinación motriz, el aprendizaje y la memoria, el dolor, el control de las emociones, el desarrollo cerebral, la inflamación, el apetito, la función cardiovascular, la actividad sexual y en general la función del sistema inmune. Todas estas funciones son blanco también de la marihuana.

Las neuronas para comunicarse con otras neuronas producen mensajeros químicos especializados, a los que conocemos como neurotransmisores y normalmente una neurona lo que hace es producir a su neurotransmisor, que actuará sobre la siguiente neurona para pasar el mensaje.

Lo que hacen los endocannabinoides es modular esa actividad del cerebro, regulando la cantidad de neurotransmisor que se va liberar de cada una de esas neuronas.

De esa manera lo que hace es modular el efecto del funcionamiento general habitual del cerebro.

Los cannabinoides exógenos van a afectar a aquellas neuronas que tengan receptores para endocannabinoides, porque es el mismo receptor.

Y, por lo tanto, van a afectar las mismas funciones que los endocannabinoides y van a inhibir la liberación de los mismos neurotransmisores.

En la investigación de endocannabinoides hay una característica, que es la que quiero resaltar el día de hoy, y es que se ha demostrado que los efectos de estos cannabinoides endógenos dependen de la cantidad que llega a un tejido o a una célula.

Los endocannabinoides tienen efectos distintos, que dependen de la concentración o de la dosis de ese compuesto en las neuronas y en los tejidos.

En general dosis bajas –que estarían aquí señaladas, en la parte verde de la curva– producen efectos que son opuestos a los que encontramos con dosis altas o los efectos de dosis bajas desaparecen con dosis altas.

A este tipo de comportamiento se le llaman bifásico; es decir, el compuesto hace algo a dosis baja, una de las fases y otra cosa a dosis altas, la segunda de las fases.

Entre los efectos bifásicos del andanamida que es este endocannabinoide que ha sido muy estudiado, encontramos que por ejemplo dosis bajas reducen la ansiedad; pero dosis altas producen ansiedad. Tenemos el efecto opuesto.

En el caso del Delta-9 tenemos evidencia anecdótica; no anecdótica, pero no hay un estudio. Esto del Delta-9 THC se refiere a humanos. Este caso está bien documentado, que induce a ataques de pánico que vendría a ser el equivalente a una forma de ansiedad extrema.

Por otro lado, la andanamida a dosis bajas induce hiperfagia, aumento en el consumo de alimento, y a dosis altas lo contrario, reduce el consumo del alimento, y con el Delta-9 THC sabemos que en general aumenta el apetito y el consumo de calorías en general.

Por otro lado, en cuanto a la actividad sexual, dosis bajas de andanamida la facilita, mientras que dosis alta la inhibe.

También existen datos acerca del Delta-9 THC, que muestran que a dosis bajas aumenta el deseo sexual y que este efecto no se presenta a dosis mayores.

Finalmente, hay un aumento en los niveles de testosterona, la hormona masculina, en sangre, a dos bajas de andanamida, y una reducción a dosis altas.

En general se considera que el Delta-9 THC disminuye los niveles de testosterona en sangre.

En resumen lo que podemos decir aquí es que el Delta-9 THC también parece tener estos efectos bifásicos que han sido descritos para la andanamida.

El contenido de cannabinoides en la planta cannabis atiba, es variable de acuerdo a una serie de factores. Uno de ellos es la parte de la planta; está más concentrado en las flores, por ejemplo.

Entonces un preparado de marihuana puede tener un contenido totalmente distinto a otro preparado.

También depende del lugar donde se cultivó esa planta; puede tener mayor concentración de ciertos principios en un cierto tipo de suelo y otra de otro tipo de suelo.

Las variedades de la planta también presentan diferentes concentraciones de los principios activos y, finalmente, de un ejemplar a otro de una misma variedad, puede haber diferencia en las concentraciones.

Por otro lado, se sabe que los efectos que los cannabinoides también dependen de las características del individuo que los consumo.

Nos encontramos con diferencias por edad, por la complexión física, por el sexo, la sociedad, los genes de diferentes personas, la historia del consumo de marihuana y su estado de salud. Todo esto nos va modificar también el efecto de la marihuana.

Entonces la pregunta es si estamos en búsqueda de los efectos terapéuticos de la marihuana, ¿es posible que nosotros podamos hacer un buen uso de la marihuana como medicinal o más bien sería interesante evaluar estos principios activos?

Hay una gran diferencia entre consumir marihuana con fines medicinales o consumir medicamentos derivados de la marihuana.

La cannabis, la marihuana, en general tiene todos sus principios activos en cantidades no determinadas o no determinables, y sólo es posible tener control sobre la dosis, sobre la cantidad, si aislamos los

principios activos y son éstos los que administramos. Ahí podemos tener control.

Si partimos de la idea de que los efectos de consumir este tipo de compuestos pueden ser opuestos, parece importante regular la cantidad.

Como conclusiones podríamos decirles que los cannabinoides y los endocannabinoides se unen a los mismos receptores y afectan las mismas funciones.

Los efectos de cannabinoides y endocannabinoides dependen de la cantidad.

La cantidad de cannabinoides contenidos en la marihuana es variable y la potencia de sus efectos varía, de acuerdo a las características de los individuos.

Por lo tanto, la idea que me parece importante dejar clara es que el futuro de la terapéutica con la marihuana está en profundizar en las investigaciones de los principios activos, aislados de la cannabis atiba, para poder diseñar medicamentos que permitan dosificar estos principios activos y lograr así los efectos terapéuticos deseados y evitar los efectos adversos.

Eso es todo. Muchas gracias.

Moderador: Muchas gracias, doctora.

Tenemos una fase de reflexión colectiva y de debate.

Quiero consultar a los organizadores: ¿Cómo estamos de tiempo?

Nos quedan unos 30 ó 40 minutos.

Se había previsto una ronda entre ellos de preguntas y una ronda de preguntas por parte del público.

Quiero consultar que por respeto a cada uno de los asistentes que están con nosotros, poder hacer una mezcla, de tal manera que de las

preguntas que tenemos aquí, las planteo en el panel, al azar pudieran seleccionar e ir contestándolas en torno a la que les quede de la selección.

¿Les parece bien a los panelistas?

Coro:

Voy a empezar por aquí. Por favor, si tienes a bien tomar una pregunta.

Adelante, por favor.

Intervención: Todo este esfuerzo de foros y debates dan la sensación de que ya se tomaron decisiones. ¿Puede el Sistema de Salud Nacional atender la ola de atención que se requerirá?

Yo honestamente no sé si la decisión es ésa. Digo, la decisión de la Suprema Corte está tomada; eso no es un debate. Esa parte, yo creo que en ese sentido la Suprema Corte dio una postura.

El debate tiene que ver con si se dio la postura para un grupo que logró ampararse, qué va evitar que otros grupos se amparen, por ejemplo, ¿no?

Yo no soy abogada, pero creo que eventualmente si eso ocurre sí van a tener que legislar, para ver qué va pasar con esos grupos que se amparen y qué se va a hacer.

Pero no creo que sea una decisión que ya se tenga tomada y cómo se va a enfrentar esto.

Creo que el sistema de Atención de Salud no está preparado para nada, pero ni para lo que está pasando ahora.

Y respecto que se venga una ola de necesidad. Yo creo que eso es un poco fatalista, también la manera de plantearlo.

Pensaría, de entrada, ahora no hay las condiciones; pero lo que menos hay es educación para la salud; es decir, la gente tampoco

acude a solicitar ayuda, que seguramente mucha gente que la necesita no acude.

Si acudieran en este momento el Sistema de Salud colapsaría, porque efectivamente no tenemos los recursos.

A partir de las cifras que hay en otros países, Portugal y Holanda, sí hay aumento de consumo; les digo, un aumento leve al principio, al menos en Holanda fue del uno por ciento durante unos años y luego volvió a bajar.

Parece que en Colorado está habiendo un aumento mucho mayor, pero sí creo que también es cierto que habría que ver cuáles son las diferencias en el modelo; no están usando el mismo modelo.

Creo que también esta idea de una ola; perdón, pero sí lo tengo que decir así, es como un poco fuera de proporción. Puede haber más demanda de atención, sí.

Yo creo que independientemente de la discusión; o sea, cuando hablamos de legalización es si el consumo recreativo en ciertos grupos, en ciertas condiciones podría no criminalizarse, independientemente de eso hay que reforzar el Sistema de Salud Mental, y eso es independientemente, más allá de la decisión que se tome en ese sentido.

Moderador: Muchas gracias, doctora.

¿Algún otro panelista que quiera intervenir sobre la pregunta?

Intervención: Sobre esa misma pregunta no. Nada más coincido plenamente con la doctora, que el Sistema de Salud no está preparado.

También coincido que no habrá una ola, pero que sin embargo sí hay que creando una mejor plataforma en el presente, independientemente de lo que suceda en el futuro, para una mejor terapéutica de rehabilitación y reinserción social, de lo que hoy estamos viendo en México, sin duda.

Moderador: Gracias, doctor.

¿Alguno de ustedes que quisiera opinar al respecto?

Bien. Tenemos otra pregunta que dice: ¿México es un país con la capacidad de regular equilibradamente el consumo de la marihuana? ¿Lo ha logrado con el alcohol o alguna sustancia equivalente?

Adelante, por favor, doctor Camacho.

Dr. Rafael Camacho Solís: Yo no es que voy a evadir, pero sí quisiera decir que quisiera una regulación imperfecta por el Estado que una desregulación completa por el narco.

Independientemente de qué tan bien o qué tan mal podamos regular y controlar, prefiero que sea el Estado el que lo regule y no que lo dejemos en el mercado negro de la prohibición y que sea el narco el que lo controle.

A mí me parece que sí se puede regular, que nos hace falta vigilar el cumplimiento de las normas, que también es real. Pero que se puede hacer y sobre todo ahora vamos a construir una nueva regulación y ahí se pueden establecer.

Déjame hacer un comentario. Por ejemplo, la morfina es un producto legal que está regulado y diría que está sobrerregulado.

Se consume 100 menos morfina en México de la que se consume en el Reino Unido, con la mitad de la población. Esa sobrerregulación incluso hace que ni siquiera de pueda consumir la que se necesita.

Depende en qué puntos ponemos las normas, hasta donde se puedan ir vigilando y cumpliendo.

Moderador: Muchas gracias.

Adelante, doctor.

Intervención: Yo quisiera comentar también, en el mismo sentido, creo que la parte de la regulación por el Estado es importante, sobre todo por lo que señalaba la doctora.

Los principios activos que tiene la marihuana son más de 70, algunos tienen efectos adicionales y secundarios.

Creo que es importante que avancemos en el sentido de ir purificando los principios activos de la marihuana, para tenerlos de manera más útil –como lo señalaba en mi plática–, como fármacos más regulados en donde se controle la calidad y la cantidad, para ir también separando los diferentes efectos, porque cuando te fumas la marihuana te fumas muchas cosas.

Si vamos ir separando estos componentes químicos y poder tener la posibilidad de usarlos, insisto, como fármacos con calidad, como la morfina, porque hacia allá se puede hacer.

Y si en un momento dado hay que sintetizarlos químicamente en lugar de sacarlos de las plantas habrá que ver las posibilidades que hay de eso, pero hay muchos productos que se sacaron originalmente de las plantas, como la cabeza de negrú, de la planta cabeza de negrú, que dio lugar a los anticonceptivos, el trabajo de Market, que eventualmente se sintetizaron estos productos de manera química, para contener con varias de las diferentes problemáticas de la salud.

En particular en el caso de Market, insisto, los inhibidores de crecimiento celular para la parte que tiene que ver con la reproducción.

Yo siento que avanzando hacia el aspecto éste de la purificación de los productos y si no hasta la síntesis de algunos de estos productos, para poder ir separando y tener –como decía también Manuel– la posibilidad a través del controlar a través del Estado, cuáles son los productos químicos, la calidad de los mismos e ir avanzando en esto.

Creo que también esa es una avenida para ir controlando, a través del Estado, la calidad de los productos que se pueden eventualmente poner en las farmacias o en algún otro tipo de espacios para su uso.

Moderador: Muchas gracias.

Adelante, por favor, doctor.

Intervención: Un punto aquí nada más, en relación a lo que se menciona.

De acuerdo a que la regulación no debe estar en manos del narcotráfico.

Sin embargo, la experiencia en tabaco y en alcohol en nuestro país ha demostrado que la regulación de estos productos es débil, que el consumo de alcohol –como ya lo vimos en todas las encuestas– es el mayor consumo en adolescentes y en menores de edad; que el acceso a tabaco y a cigarros en diferentes áreas es de manera muy complicado, que no se respetan al 100 por ciento los espacios libres de tabaco pese a que hay una Ley que la instrumenta.

De manera que al añadir a esta complejidad otra regulación, con las implicaciones que tiene en un Estado con esta dificultad que tiene para regular lo regulable y lo legal, lo veo también como un enorme riesgo.

Un comentario sobre la morfina. Lo que se hizo precisamente, a raíz de lo que mencionaba el doctor Camacho, es que hemos trabajado intensamente en COFEPRIS y se cambió ya la regulación de prescripción de morfina de manera escrita a manera electrónica y se ha quintuplicado el número de médicos registrados y siete veces más el consumo de morfina en nuestro país.

Si me permiten, un punto que es de enorme recurrencia pero que no puedo dejar de enfatizar, las convenciones y la discusión internacional no prohíben el uso médico y científico de la marihuana, o sea, no está prohibido por las convenciones.

Lo importante es cómo se instrumenta y cómo le va hacer México para incorporar estos productos ya establecidos, con dosis y efectos adversos, vigilancia y precio, que son mucho más caros que un medicamento genérico, por ejemplo, para la náusea y el vómito.

Ahí es donde tiene que centrarse el debate y no obviamente saber si la marihuana medicinal es materia de legislación. Ahí es la forma, la

vía, las dosis, qué medicamentos, que cumplan con los registros de COFEPRIS y que eso no debe desgastar tanto la energía, sino más bien el proceso de la no médica, que es materia obviamente de mayor discusión.

Gracias.

Moderador: Muchas gracias.

¿Algún otro panelista que quiera comentar al respecto?

Entre las preguntas del público hay varias que son coincidentes en torno a los adolescentes, y al parecer en los ponentes también hubo una postura similar, una negativa respecto al uso de drogas en menores.

¿Podría ser esto correcto?

Intervención: Sí, digamos desde el punto de vista médico y de la evidencia, creo que esto se puede asegurar desde el punto de vista científico, es que sí tiene efectos mucho más perjudiciales cuando se consume por menores de 18 años, que cuando se consume en mayores de edad.

Eso es lo que dice la evidencia científica y la evidencia epidemiológica, es que hay más complicaciones.

La pregunta es: ¿Cómo proteger a los jóvenes de que no consuman marihuana?

El punto es y creo que es lo que hay que reflexionar, si lo que estamos ahora ha funcionado. Porque lo que vemos es que parece ser que no funciona, que la manera en la que estamos abordando el problema del consumo de drogas, particularmente con las poblaciones jóvenes, no funciona.

Yo creo que si estuviéramos en un camino correcto, lo que estaríamos viendo es que disminuye, que con el tiempo por lo menos se estabiliza y veríamos que después de un cierto tiempo, de hacer un cierto esfuerzo de esa postura, disminuiría.

¿Y por qué vemos todo lo contrario? ¿Por qué sigue aumentando?

Creo que ahí sí es importante decir: Si esta no es la vía que está funcionando, ¿qué alternativa existe?

Yo a veces pienso –y creo que lo comentaba uno de los ponentes– que el problema del término legalización es que se pueda confundir el decir que es algo que es legal es bueno, y creo que ahí tenemos un punto importante: Legalizar no quiere decir que algo es bueno.

Puede ser completamente justo y legal que en mi casa me tome una botella de algo, lo cual es totalmente perjudicial para mi salud.

Yo creo que el decir que algo se legaliza no quiere decir que se valida su uso, y aquí es donde tenemos que hacer muy cuidadosos, y sí es muy importante a nivel conceptual y creo que esto requiere repetirse las veces que se tenga que repetir: La legalidad de algo no lo hace bueno.

La legalidad de una sustancia no lo la hace buena y la legalidad mala, ese no es el problema.

Regular el consumo tiene muchas fases.

Parece ser que en los lugares en los cuales la prohibición específicamente de la venta a los adolescentes de marihuana se ha aplicado, digamos hacia a los adolescentes, en estos lugares el consumo de marihuana en adolescentes sí ha tendido a disminuir.

Este es un enfoque, no quiere decir que funcione; pero uno de los enfoques ha sido concentrar los esfuerzos en un grupo de población, en lugar de concentrar los esfuerzos en toda la población; es decir, poner la atención donde se tiene que poner atención.

Si se va prohibir el consumo hacia todos, parece ser que el resultado no está siendo bueno.

Qué tal si pensamos mejor qué medidas sí pueden funcionar, para que los adolescentes consuman menos y entonces hay que estudiar en otros países qué cosas han funcionado.

Creo que más allá de la prohibición o no prohibición la parte de la prevención es esencial y no se están llevando a cabo realmente programas de prevención. Este también es otro punto que sí hay que incluir, definitivamente.

Moderador: Gracias, doctora.

Por favor, ¿alguien más que quiera comentar?

Intervención: (Traducción del inglés al español)

Al mismo tiempo en que nos vamos a mover hacia la regularización, prohibirla o legalizarla, necesitamos una campaña de prevención muy intensa que hable sobre los daños de la marihuana.

Porque ahora el debate se está enfocando en la legalización y las personas están felices y apoyan la legalización, pero no se ponen a pensar de que no sólo es blanco y negro, bueno y malo, sino que hay mucho daño que se puede provocar al legalizarla, porque no tenemos mensajes de prevención.

Necesitamos una campaña de prevención, que haga que las personas escuchen más.

Porque esto también distrae, el tener una conversación real sobre la marihuana, porque hace que las personas piensen que esto es bueno para esta condición o para esta otra condición.

Pero generalmente las personas la utilizan para relajarse y divertirse, y los aspectos médicos todavía no están muy claros y entonces se pierde el mensaje de prevención.

Si ustedes se mueven hacia ese punto sobre la prevención, tendrían mejores resultados.

Moderador: Gracias.

¿Alguien quiere comentar al respecto?

¿Es posible encontrar ese punto de equilibrio entre la frontera del bien individual con el bien común?

¿Alguien que quiera comentar?

Intervención: Nada más definamos, ¿a qué se refiere con el bien común y el bien individual? ¿A qué se refiere puntualmente, en el contexto de la marihuana?

Moderador: Digamos los derechos personales del individuo para consumir una droga versus los efectos sociales que pudiera tener el otorgar ese derecho.

¿Alguien quiere reflexionar?

Doctor Camacho.

Dr. Rafael Camacho Solís: A mí me parece que no forzosamente se contraponen, en términos de decir “A ver”, y creo que en el propio amparo lo dicen, o sea el propio amparo dice: “Mientras no afectes a otra persona tú tienes el derecho de decidir cómo quieres vivir tu vida”.

También esta parte de la concepción de la salud como un bien, no solamente un bien individual, sino como un bien público y como una responsabilidad para el Estado.

La Constitución –y por eso yo hice énfasis– lo que garantiza es la protección de la salud.

Voy a decir aquí una consideración: La autoridad de la Secretaría de Salud no está en los servicios médicos, no está en los hospitales, no está en los institutos; está precisamente, en la protección contra los riesgos sanitarios. Ahí es donde reside la verdadera autoridad de la Secretaría de Salud: En la COFEPRIS.

Es COFEPRIS precisamente la que puede establecer, en términos de decir “qué sí, qué no y cómo” se pueden hacer las cosas, vinculado con otras autoridades administrativas.

La parte de cultivo y esto no le compete a COFEPRIS, le compete a la Secretaría de Agricultura, pero se puede vincular y se puede ir construyendo.

Yo no veo una contradicción en que algo que sea bueno para una persona forzosamente tenga que ser malo para los demás; pues puede ser bueno para todos y me parece que la libertad es buena para todos, la libertad, no el libertinaje, y ahí habría que establecer una diferencia.

Si me das permiso a mí me gustaría hacer una consideración y además creo que pueda sembrar un poco más de discusiones, ¿sí?

Moderador: Muy bien.

Lic. Rafael Camacho Solís: Una de las cosas en las que yo he insistido, por ejemplo, es que no hablo de los usos médicos, hablo de los usos terapéuticos.

He hecho ese énfasis en términos de decir: La regulación de los medicamentos está muy claramente establecida y nada más hay que aplicar la regulación y se otorga registro al producto que cumpla con los requisitos para hacer un medicamento.

Lo que no queda tan claramente establecido es la regulación, y déjame decirte, de los remedios herbolarios; o sea, los remedios herbolarios es una parte ahí medio ambigua, en términos de decir: “No me tienes que demostrar que eres efectivo para lo que dices que eres”.

Por eso en la leyenda dice: “Este no es un medicamento. Su uso es responsabilidad del que lo utiliza y del que lo recomienda”.

En esta parte del uso de la planta por sí, ya no nada más de los principios activos sustraídos y producidos, que serían medicamentos, sino que en términos de los propios usos de las plantas.

Entonces, ¿en qué términos podemos entrar en ese abordaje?

Porque si me voy al uso de medicamentos ya no hay nada que hacer, incluso hay medicamentos con cannaboides registrados en México; pero la parte de la planta es un poco diferente.

Cuando yo hago énfasis en usos terapéuticos es porque la palabra “terapéutica” es más amplia que la palabra “medicina”; hay masoterapias, aromaterapias y otro tipo de efectos.

Incluso en algunas de las literaturas que he leído es precisamente la combinación entre los diferentes componentes lo que tiene los mejores efectos, no forzosamente uno aislado de los demás.

Moderador: Muchas gracias, doctor.

El doctor Francisco quería el micrófono.

Por favor, adelante.

Dr. Francisco: Yo entendiendo este aspecto que señalaba Manuel; sin embargo, sí creo que el liberalizar el uso de la marihuana sí puede generar, hay evidencias en algunos lados, aunque hay evidencias en el otro sentido, de que los estudiantes y en particular los jóvenes, como ya se mencionó aquí, pueden ser más susceptibles a través del ejemplo de los adultos que utilicen la droga, que fumen la marihuana.

El ejemplo de los adultos siempre es muy importante como modelo, para los jóvenes y para niños.

Yo en principio me preocuparía de que se liberara el asunto, de tal manera en que se diera de esa forma.

Creo que la Suprema Corte señaló, de manera muy clara, que algunas de las personas que tienen derecho, en la medida de sus posibilidades, a ampararse sobre esto y se les concedió el amparo.

Sin embargo, el liberalizar ampliamente el uso de la marihuana me preocupa para efecto del ejemplo, insisto, ya lo dije en mi

presentación, para los jóvenes, para los niños, porque de alguna manera hay algunas evidencias en algunos lugares que esto no necesariamente va a permitir un control más adecuado del asunto.

Moderador: Muchas gracias.

Quiero comentar al público que hemos integrado todas las preguntas y las proporcionaremos a los organizadores, para que ellos las puedan autorizar e integrar y subir a los foros correspondientes, incluso a los electrónicos.

A manera de cierre yo les pediría respetuosamente un minuto de reflexión final por cada uno de nuestros especialistas.

Empezamos por el doctor Alan, por favor.

Dr. Alan: (No se hizo la traducción del inglés al español)

Moderador: Gracias.

Intervención: Mi insistencia ha sido en que es mejor regular que prohibir y me parece que lo que hay que hacer es avanzar en esa regulación y en esa regulación hay que establecer quiénes pueden utilizarlo, qué tipo de producto se puede utilizar, si nada más como medicamento, si nada más como remedios o diferentes cosas.

La segunda es en términos de que a mí un poco me entristece cuando escucho que no hay suficiente evidencia científica para poder tomar esas decisiones.

Yo digo: ¿Y qué en México no tenemos la capacidad de poder desarrollar esa experiencia científica?

Nada más ahí, en el sur de la Ciudad de México se reúnen 10 ó 12 institutos nacionales, además del CINVESTAV del sur, además de la UNAM, además de todos.

¿Y, de verdad, no podremos nosotros, como mexicanos, desarrollar nuestra propia evidencia científica, para tomar decisiones en términos

de para qué usos terapéuticos pueden ser útil y hasta dónde podemos facilitar el uso para términos o para usos personales?

Yo eliminar de cualquier concepción los usos lúdicos o recreativos, porque ya usos personales implica que cada persona pueda tomar la decisión de para qué lo quiere utilizar.

Muchas gracias a todos.

Intervención: Gracias.

Considero que se trata de un problema muy complejo, que tiene muchas facetas en las que intervienen muchas disciplinas; pero creo que es importante que se le dé su lugar, su peso específico a la investigación básica que nos provee de datos duros, que nos permiten entender algunos procesos en los que de otra manera no tenemos claridad.

Como dice el doctor –estaría de acuerdo con él–, en México hay investigadores de calidad internacional que tienen la capacidad de hacer los estudios para validar los usos, ya sea de los principios activos o de fracciones de ésta o de cualquier otra planta, que deben ser explotados y bien utilizados en este país.

Este sería mi comentario.

Moderador: Muchas gracias.

Intervención: Yo sí, en relación a la parte del conocimiento científico, de lo que señalaba Manuel, creo que sí hay mucho en México.

Este conocimiento se está manejado, se está generando en varios de los lugares que tú señalabas, pero además estamos inmersos en el planeta; somos una sociedad global, en donde el conocimiento sobre este tema en particular es muy amplio y hay que aprovechar lo que se tiene de otros países, para ir avanzando.

Como hemos visto, hay diferentes visiones, diferentes resultados y opiniones al respecto.

El tema es muy complejo. Ciertamente, las consideraciones de la doctora Madras, en la conferencia inicial, me parecieron muy sustantivas y muy importantes.

A mí me inclina este conocimiento de ella y de otros que hay, como los otros participantes en la mesa, hacia avanzar –insisto– en este asunto de ir concertando la información, sistematizando la información, para que el Congreso de la Unión, el Poder Legislativo, con base en estas consideraciones, avance en la toma de las decisiones.

Yo sí, ya lo dije, pienso que legalizar, permitir que se utilice de manera irrestricta la droga no es lo adecuado. Entiendo las razones personales, lúdicas, que me mencionó la Corte; aceptamos.

Sin embargo, creo e insisto que la parte del ejemplo de los adultos sobre los niños y los jóvenes, puede ser muy grave para la salud de las personas más pequeñas.

De entrada, no estoy a favor de la legalización o de la regularización; sí de un uso responsable de toda esta información en este contexto y de ahí ir avanzando en algunos aspectos, como se ha señalado, porque hay mucho todavía que hacer.

Gracias.

Moderador: Gracias.

Intervención: Tres puntos muy breves, señor coordinador.

El primero es que sin duda hay capacidad para hacer investigación básica, investigación clínica, investigación transnacional. Un ejemplo, ahí en el instituto donde yo trabajo, donde se hace investigación clínica al día se administran 100 pacientes con quimioterapia, o sea reciben a 100 diferentes pacientes que reciben quimioterapia, que es un extraordinario aspecto para evaluar si efectivamente la náusea y el vómito se da en la quimioterapia, tenemos una excelente plataforma ahí para evaluarlo.

El segundo punto es lo que ha señalado y que debemos de insistir hasta el cansancio: Mientras no tengamos una educación para la

salud, mientras no en paralelo arranquemos un programa de prevención y de educación de los riesgos del consumo de ésta y otro tipo de drogas, es ahí donde el debate puede atorarse.

Porque si damos el paso hacia la legalización, pero no creamos en paralelo una plataforma de prevención, de rehabilitación, de tratamiento y de reinserción social, es el riesgo –como ya se señaló– que se desborde la demanda y que México no tenga la capacidad suficiente de responder con una oferta adecuada.

Por último, felicitar a los organizadores de este debate. Creo que ha sido muy constructivo; para la otra que nos traigan una cochinita pibil al medio día, para poder continuar.

Pero creo que es indispensable continua con este diálogo y creo que con eso México debe de escuchar más qué es lo que se hace en otras partes del mundo y llevar una propuesta congruente con lo que va suceder aquí, en México, ahora que parte de los ojos del mundo están puestos en la posición de México en un GAS 16, y sin duda estos esfuerzos lo harán mejor.

Muchas gracias a todos nuevamente.

Moderador: Gracias, doctor.

Intervención: Yo quiero insistir nada más en este punto, de que regular no quiere decir que se permite en sí el uso indiscriminado de la sustancia de cualquier situación, que es un poco en lo que vuelvo a insistir.

A veces cuando he escuchado sobre la legalización, que no me acaba de gustar ese término, la imagen que viene a mi mente es ésta: Como de que la gente consume una sustancia sin ninguna restricción, en cualquier situación, y que no hay ningún tipo ni de norma ni de estatuto ni de regla que pueda limitar cómo, cuando.

Esa pregunta de si el Estado Mexicano, de si México tiene la capacidad, a veces la verdad siento que nos subestimamos mucho y yo sí me pregunto si los países del primer mundo pueden tomar

decisiones sobre sí mismos porque son primer mundo, o llegan a ser de primer mundo porque se atreven a tomar decisiones.

Yo creo que nos soslayamos y nos hacemos menos, en lugar de asumir la responsabilidad de tomar decisiones inteligentes y de hacerlas de manera correcta.

Independientemente de lo que ocurra o no en cuanto a la regulación para el uso personal o los clubes de consumo, que fue lo que de alguna forma aprobó la Suprema Corte, creo que lo que sí urge es que los consumidores de marihuana, es decir, las personas que transportan la sustancia con fines de venta, los sujetos que únicamente emplean la sustancia con fines de consumo, no pueden seguir siendo encarcelados.

Porque creo que en ese caso sí estamos incurriendo en una violación a los derechos humanos y estamos ejerciendo un daño social grave.

Creo que hay pasos que se pueden ir tomando, creo que no se va resolver todo de un día a otro, pero creo que algunos puntos sí se pueden ya poner sobre la mesa y uno es éste: El no criminalizar a los consumidores, no incluirlos en el sistema penal.

Moderador: Muchas gracias.

Es así como les pido, por favor, que se pongan de pie a nuestros especiales y les demos un fuerte aplauso.

Gracias Alejandro Mohar, Francisco Gonzalo Bolívar, Deny Álvarez, Alan Bodney, Rafael Camacho, María Elena Medina y Gabriela Rodríguez.

A ustedes muchas por su paciencia.

Muchas gracias a las autoridades que organizaron este evento, al Gobierno de la República, Gobierno Estatal y Municipal y a cada uno de ustedes.

Muy buenas tardes tengan todos ustedes.

Intervención: Y una felicitación al Subsecretario Campa y al Comisionado Mikel, porque se echaron todo el debate, no nada más vinieron a la inauguración.

Yo los felicito que de veras estuvieron atentos en las discusiones.

---o0o---