

1. ¿SE DEBE LEGALIZAR LA MARIHUANA?

Carlos Arturo Carvajal García

La marihuana en la historia de la humanidad

Desde hace miles de años, en todas las épocas, en diversas culturas, en casi todo el planeta, personas de las más variadas características y condiciones sociales han usado marihuana. Los usos incluyen una amplia gama de aplicaciones terapéuticas, empleos rituales y de socialización, así como fines predominantemente subjetivos, de relajación, esparcimiento mental, introspección, expresión afectiva y comunicación entre pares.¹

Las primeras versiones sobre el uso de cannabis provienen de la China del periodo neolítico, alrededor del 3000 a.C. El emperador chino Shen-Nung, en un libro de fármacos escrito hacia el año 2737 a.C., prescribe la resina de cannabis como remedio contra “debilidad femenina, gota, reuma, malaria, gripe y desmayos”.² El primer testimonio seguro de ‘ebriedad’ con cannabis procede de los escitas, pueblo nómada que recorría las estepas de Siberia en los siglos V a III a.C.³ Entre las muchas referencias al cannabis en textos antiguos, en la Biblia se menciona a Salomón exaltándolo en cánticos con el nombre de *kalamo*. Con la denominación de *suama* era bebido en la región del Sinaí y fumado en las sinagogas.⁴

Las evidencias documentadas sobre el uso de marihuana cubren escenarios geográficos e históricos tan diversos como: Asia antigua, Europa arcaica, el mundo griego, Roma y Cartago, la India, el medioevo islámico, África septentrional, África negra, Europa desde la edad media, la América prehistórica y el nuevo mundo desde el siglo XVII.⁵

El cáñamo o cannabis se extendió del Lejano al Medio Oriente y a África y Europa varios siglos antes de la Era Cristiana. Cuando los europeos descubrieron el Nuevo Mundo, en este ya se empleaba el cáñamo, tanto para fabricar indumentaria y otros productos (velas de embarcaciones, cuerdas, redes, bolsos, etc.), como por sus efectos psicoactivos.⁶

¹Russo, E. B. (2007). *History of Cannabis and Its Preparations in Saga, Science, and Sobriquet*. En: *Chemistry & Biodiversity* – Vol. 4, 2007; pp. 1.614-1.648.

² Salvat, Jordi (1996). *Érase una vez el cannabis en la historia*. En: *Ajoblanco, Especial Marihuana*. 3ª edición. Barcelona: Eds. Culturales ODEÓN, Primavera de 1996; p. 9.

³Ibíd.

⁴Ibíd.

⁵ Russo (2007) presenta un registro histórico-geográfico que abarca las antiguas culturas asiria, sumeria, persa, china, egipcia, hindú, griega, hebrea y celta, entre otras, así como referencias al uso de marihuana en siglos recientes en Europa, América del Norte y las Antillas. El documento contiene descripciones taxonómicas de la planta, características físico-químicas de las principales variedades, formas de uso, vías de administración, propiedades farmacológicas y aplicaciones terapéuticas; adicionalmente, un listado de denominaciones en lenguas antiguas, ilustraciones, un mapa pictórico detallado, y más de 200 referencias bibliográficas. El doctor Russo es médico de la Universidad de Massachusetts, con especializaciones en neurología y pediatría, y fundador del *Journal of Cannabis Therapeutics*.

⁶Schroeder, Richard C. (1990). *El mundo de las drogas (The Politics of Drugs)*. México D.F.: EDAMEX; p. 49.

La marihuana en América

Con respecto al continente americano antes de la llegada de los conquistadores europeos, Jordi Salvat, en su historiografía dice lo siguiente:

“Pese a que la *Enciclopedia Británica*, y con ella muchos libros de historia, se obstinen en decir que el cáñamo fue introducido en América tan sólo después de Colón, el hallazgo de numerosas madejas, una saya, una capa y una bolsa de cáñamo en una tumba prehistórica en Morgan Country, Tennessee, demuestra la difusión del cáñamo entre las tribus indígenas en la época precolombina.”⁷

Salvat sostiene que grupos indígenas fumaban cáñamo “tanto de una manera ritual, como por placer o digestivo”, y agrega:

“Los habitantes del Caribe fueron también los inventores del cigarrillo de marihuana. Según un informe histórico que data del año 1561, al llegar la época de la recolecta, cortaban las hojas de cannabis, las ataban en fajos y las ponían al lado del fuego hasta que estaban perfectamente secas. Y cuando deseaban utilizarlas tomaban una hoja del conjunto y poniendo dentro una de las otras, las envolvían estrechamente. Luego prendían fuego en una de las extremidades e introduciéndose el otro extremo en la boca, aspiraban el humo.”⁸

No obstante, la historia documentada de la introducción y la expansión de la marihuana en América sitúa su origen en los Estados Unidos, en la época colonial, a comienzos del siglo XVII. Los colonos británicos introdujeron la planta en Nueva Inglaterra, en 1629. Para 1630 la mitad de la ropa usada en Virginia era elaborada con cáñamo. Aunque el interés principal por la planta estaba en su utilidad textil, hay pruebas suficientes de que los colonos conocían y utilizaban sus propiedades psicoactivas. Una autoridad en historia indica que George Washington cultivaba el cáñamo para producir fibras industriales, pero también usaba técnicas de cultivo creadas para incrementar el contenido de THC.⁹

La marihuana como sustancia psicoactiva se difundió en Estados Unidos a partir del siglo XIX, cuando grupos de inmigrantes, especialmente obreros mexicanos y marineros de las Indias occidentales, traspasaron la frontera llevando consigo provisiones de cannabis. “En seguida -dice Salvat- entra a formar parte de las costumbres de los marginados.”¹⁰

Schroeder relata que la popularización del uso de cannabis empezó en las dos primeras décadas del siglo XX. Los historiadores coinciden en que fueron trabajadores extranjeros, sobre todo mexicanos, quienes introdujeron el hábito de fumar marihuana en Estados Unidos. Este es también el punto de vista oficial, expresado años después por la Comisión Nacional contra la Marihuana y el Abuso de Drogas de los EEUU:

“Inmigrantes mexicanos y marineros antillanos introdujeron esta práctica en los estados fronterizos y del Golfo de México. La población mexicana se extendió por el Oeste del país, estableciéndose en las grandes urbes. Algunos de esos inmigrantes traían consigo el hábito de fumar marihuana”.¹¹

⁷ Salvat (1996), p. 16.

⁸ *Ibid.*

⁹ Schroeder (1990), p. 49.

¹⁰ Salvat (1996), p. 16.

¹¹ Schroeder (1990), p. 50.

Otra versión señala que las tropas del general John J. Pershing descubrieron los 'placeres' de la marihuana durante la guerra fronteriza con México, en 1916, y llevaron a Estados Unidos esa costumbre. Una más sostiene que trabajadores negros del Sur difundieron el uso de la marihuana al emigrar hacia el Norte.¹²

A lo largo de los años cuarenta y cincuenta la marihuana se popularizó entre los músicos y los aficionados del *jazz*, el *blues*, el '*surf rock*', y la juventud contestataria o rebelde de la postguerra. Se podía encontrar en las universidades y en las secundarias; pero, en general, considerado el conjunto de la población, no había un gran interés por la marihuana.¹³

Antes de que se popularizara masivamente en Estados Unidos el consumo de marihuana en la década de los sesentas, la hierba estaba restringida a las barriadas étnicas en la mayoría de las grandes ciudades y a las comunidades mexicano-norteamericanas del Suroeste. Lo que vendría después, lo describe Schroeder así:

“Casi de la noche a la mañana apareció en las universidades, preparatorias y hasta secundarias, en todo el país. Se extendió de la ciudad al suburbio y de los barrios a las zonas residenciales, con rapidez espectacular. (...) La marihuana dejó de ser la droga de los pobres, músicos, negros e individuos de habla hispana, para invadir a la clase media. Obreros, estudiantes y profesionales la tomaron.”¹⁴

En las décadas de 1960 y 1970, el uso de marihuana y otras drogas 'psicodélicas' (LSD, mezcalina) por parte de la contracultura *hippie* se convirtió en el emblema de rechazo al sistema productivo. Aniyar de Castro retrata así el trasfondo cultural y político de la marihuana en esa época:

“(...) Rechazo de un mundo obsesionado por el consumismo insaciable y por la destrucción y las guerras. (...) Aquella batalla –que iba acompañada por el desafío de usar vestimentas rotas o étnicas, y por las luchas estudiantiles y obreras que intentaron poner de manifiesto todo lo que la civilización occidental había escondido- fue derrotada. (...) Esa derrota de la libertad, previsible tanto por su marginalidad como por la desigualdad de sus armas, hizo de la droga prohibida una excusa para consolidar la imagen favorable del sistema productivo.”¹⁵

Casi medio siglo después, en la primera década del nuevo milenio, el panorama de consumo de marihuana en Estados Unidos, según grandes estudios realizados en 2007 por la Universidad de Michigan, se resume así: 43% de la población adulta mayor de 18 años había usado marihuana alguna vez en la vida. Entre los adolescentes, las prevalencias de consumo en el último año eran de 14% entre los estudiantes de octavo y 35% entre los estudiantes del curso 12o.¹⁶

¹² *Ibíd*, p. 51.

¹³ *Ibíd*, pp. 54-55.

¹⁴ *Ibíd*, pp. 32-33.

¹⁵ Aniyar de Castro, Lola (2011). *Drogas, otra vez por la memoria. De la subjetividad histórica a la subjetividad construida*. En: Touzé, Gabriela y Goltzman, Paula (Comp.). *América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre políticas de drogas*. Buenos Aires: Intercambios, 2011; pp. 19-20.

¹⁶ Arkowitz H. y Lilienfeld, S. O. (2013). *A verdade sobre a erva*. En: *Scientific American. Mente e Cérebro. Especial Maconha*. Sao Paulo; marzo 2013; p. 31.

Despojada de connotaciones políticas o de 'contracultura', sin una particular identidad étnica o de clase -sino *multi-étnica* y *pluriclasista*-, y no circunscrita exclusivamente a los sectores juveniles, la marihuana parece haberse integrado a la 'cultura mayor' de la sociedad norteamericana, como ha ocurrido también en otras partes del mundo. Aunque más difundida en la población general, su uso es hoy menos notorio que en la época del jipismo. Prevalece en la generalidad de los usuarios un consumo menos intenso y ostensible que el de los *hippies*; por ende, menos disfuncional para el sistema productivo y menos amenazante para el cuerpo social. Un informe de la Comisión Nacional contra la Marihuana y el Abuso de Drogas de los EEUU define así la situación en los años setenta:

“No existe un fumador de marihuana ‘típico’, de la misma manera que no hay el norteamericano típico. La aseveración más notable que puede hacerse sobre la vasta mayoría de las personas que usan marihuana –como acto solitario o práctica social-, es que no se distinguen en lo esencial de quienes no la consumen, más que por su hábito. (...) La mayoría de consumidores y no consumidores de marihuana es esencialmente indistinguible”.¹⁷

La marihuana hoy en el mundo

Según cifras del Informe Mundial sobre Drogas de las Naciones Unidas de 2012¹⁸, el 5% de las personas mayores de 15 años han fumado o fuman marihuana, estimándose en cerca de 200 millones el número de usuarios regulares. Los consumidores de marihuana representan entre el 75% y el 80% del total de usuarios de drogas 'ilegales'.

Las mayores prevalencias de consumo de marihuana se registran en Oceanía (Nueva Zelanda y Australia), Norteamérica, Europa occidental y central, y África occidental y central. Casi una cuarta parte, 24% del total de usuarios de marihuana del mundo se encuentran en las Américas. Del total de usuarios de las Américas, 81% son de Norteamérica. En Estados Unidos y Canadá, el uso de marihuana se acerca al 14% de la población mayor de 15 años, mientras que en México es el 1%. La tasa promedio de consumo de marihuana en el conjunto de países del Hemisferio es 6,6%.¹⁹

En Suramérica, al igual que en Centroamérica, la tasa promedio es alrededor de 2,4%. En Colombia, la cifra es 2,5%, superior a las tasas de consumo en Ecuador y Perú (0,7% en ambos países), e inferior a las tasas de Argentina (7,2%), Bolivia (4,3%), Chile (7,5%) y Uruguay (6,0%).²⁰

A nivel mundial, las mayores prevalencias de uso de marihuana se registran en la franja etaria de 18 a 25 años. Las prevalencias en la población de 35 a 64 años son entre tres y diez veces más bajas que en la población de 15 a 34 años. Esto indica que de aquellos jóvenes que experimentan con la sustancia en la adolescencia o antes, sólo una proporción menor continúa usándola en la edad adulta.²¹

¹⁷ Schroeder (1990), pp. 56-57.

¹⁸ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2012*. Nueva York: Naciones Unidas; junio de 2012.

¹⁹ Organización de los Estados Americanos (OEA). *El problema de las drogas en las Américas. Introducción e informe analítico*. Washington: OEA – Secretaría General; mayo de 2013.

²⁰ OEA / CICAD – Observatorio Interamericano de Drogas. *Informe comparativo de consumo de drogas en Colombia y otros países de Suramérica – 2008, con datos ponderados para la población de 15 a 64 años*. (Informe no publicado).

²¹ OEA (2013), p. 70.

En cifras globales, del 5% de personas que consumen sustancias ilícitas (de las cuales cuatro quintas partes usan marihuana), sólo alrededor de la décima parte son consumidoras habituales (0,6% de la población adulta mundial), y de esta última proporción “un porcentaje aún menor, que no supera el 0,1, pueden considerarse adictas.”²²

En general, la prevalencia anual de consumo de marihuana se ha mantenido estable durante los últimos años en la mayor parte del mundo -incluidas las regiones con las más altas prevalencias (Oceanía y América del Norte)-, mientras que en América del Sur se registra una ligera disminución.²³

Con respecto a la producción, el informe de la Comisión Europea sobre el mercado global de drogas ilícitas (2009) indica que en más de 170 países se cultiva marihuana.²⁴ Cerca del 73% del mercado global se concentra en Norteamérica y Europa (45% y 28% respectivamente).²⁵

No menos importantes que las prevalencias de consumo y los indicadores de producción son las estimaciones sobre *frecuencia* y *cantidad* de consumo entre los usuarios de marihuana. Normalmente ausentes en los estudios nacionales y en los informes mundiales sobre drogas, estos datos son de especial importancia para estimar la real dimensión del uso excesivo de marihuana. La información recopilada por el equipo de expertos de la Comisión Europea en su estudio global indica que no hay grandes diferencias en el número promedio de *días de consumo al año* entre los usuarios de países con altas prevalencias y los de países con bajas prevalencias, y tampoco en la cantidad promedio de sustancia consumida en un día de uso normal.

Entre las personas que reportan haber consumido marihuana *en el último mes*, el número total de días de consumo al año varía entre 147 y 154 días/año; el número de veces al día que usan marihuana fluctúa entre 2 y 3 veces/día, y la cantidad de sustancia consumida en un día de consumo normal varía entre 0,5 gramos y 1,5 gramos.

Entre las personas que reportan haber consumido marihuana *en el último año, pero no en el último mes*, el número total de días de consumo al año varía entre 28 y 32 días/año; el número de veces al día fluctúa entre 1 y 3 veces/día, y la cantidad de marihuana al día fluctúa entre 0,3 gramos y 0,8 g/día.²⁶

Considerando que en la generalidad de los países las prevalencias en el *último mes* son notoriamente inferiores a las prevalencias del *último año*, los datos arriba citados indican que una proporción mayor de usuarios de marihuana presenta una frecuencia de uso, una intensidad y una cantidad promedio de consumo al día y por ocasión que se acercan a los promedios del segundo de los dos grupos o categorías de consumo antes descritos; lo que sugiere un consumo mayoritariamente moderado. En unos países la diferencia entre prevalencia último año y último mes puede ser baja y en otros alta; en un rango común fluctúa entre 1,5 y 5 veces más alta la prevalencia año que la prevalencia mes²⁷.

²² *Ibíd*, p. 67.

²³ UNODC. Op. cit., p. 11.

²⁴ European Commission (2009). *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007. Full Report*. European Communities; p. 39.

²⁵ *Ibíd*, p. 107.

²⁶ *Ibíd*em, p. 112.

²⁷ UNODC (2012).

En Colombia, la prevalencia de consumo de marihuana alguna vez en la vida es 8%, la prevalencia en el último año es 2,3%, y la prevalencia en el último mes es 1,6%.²⁸

Estatus legal de la marihuana

A nivel global, la marihuana está prohibida legalmente en razón de la *Convención Única sobre Estupefacientes de 1961*, cuyas disposiciones fueron refrendadas en el *Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas*, y en la *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988*.²⁹ Las convenciones internacionales prohíben la producción y la posesión de marihuana, “excepto para fines médicos o científicos”. El uso de marihuana, la posesión y el cultivo para fines personales están controlados conforme a la prohibición general establecida por las convenciones internacionales, pero también con notorias diferencias en el grado de restricción y sanción que establece la legislación de cada país. En unos países, tanto el uso como la tenencia son castigados penalmente (e.gr., Arabia Saudita, Irán, China), mientras que en otros –la mayoría- han sido despenalizados y regulados, y en otros incluso legalizados ‘de facto’, aunque con restricciones sobre la producción y la distribución (Holanda, Canadá, algunos estados de EEUU).³⁰

El actual estatus legal de la marihuana, establecido y regido por las convenciones internacionales, es el producto centenario de procesos que se desarrollaron desde comienzos del siglo XX, a partir de la prohibición interna en Estados Unidos y en sus territorios de ultramar, así como en las colonias de algunos países europeos (particularmente Inglaterra y Francia), y progresivamente devinieron en convenios internacionales de alcance mundial. El tránsito del orden doméstico al ámbito global se materializó al incorporarse en sucesivos tratados de control de opiáceos otras sustancias de origen vegetal; primero la cocaína (1912) y después la marihuana (1925).

En los albores de la historia que conduce al actual estado de cosas en materia legal, la marihuana se vendía libremente y sin restricciones sobre su uso, hasta el Convenio de Ginebra de 1925, que a las tres drogas sometidas a control internacional desde 1912 (opio, morfina y cocaína) agrega el cannabis. Aunque el Convenio no prohibía taxativamente su empleo, lo restringía a “fines médicos y científicos”, no obstante que ni en las deliberaciones previas ni el texto de las consideraciones se mencionaran casos de intoxicación o de dependencia debida al cannabis. Incluirlo entre las sustancias controladas fue una decisión promovida por la delegación inglesa, con el apoyo de un grupo de países aliados encabezado por Estados Unidos. En ese entonces, el hachís se había convertido en símbolo de una actitud ‘subversiva’, que “comenzaba a cobrar fuerza en un Egipto decidido a sustituir las drogas de la potencia colonial por drogas autóctonas.”³¹

El paso del control a la persecución del cáñamo fue producto extensivo de la prohibición legal impuesta en Estados Unidos con la *Marijuana Tax Act* (Ley de Gravamen a la Marihuana) de 1937.

²⁸ Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes, UNODC, OEA/CICAD (2009). *Estudio nacional e consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008*. Bogotá D.C.: Ed. Guadalupe; pp. 78-79.

²⁹ Disponibles en: <http://www.unodc.org>

³⁰ European Commission (2009); UNODC (2012); OEA (2013).

³¹ Escohotado, A. (1999). *Historia General de las Drogas, incluyendo el apéndice Fenomenología de las Drogas*. 2 ed. Madrid: Espasa Calpe; p. 701.

Siguiendo el ejemplo de los EEUU, paulatinamente otros países del continente y de Asia y Europa introdujeron una legislación anti-cannabis. La confirmación mundial de lo dispuesto en la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, se da tras el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.³²

Por qué es ilegal la marihuana: Fundamentos de la prohibición

El escenario antes de la prohibición

A finales del siglo XIX, a menudo se recetaban medicamentos con cannabis para malestares como la inapetencia, el insomnio, las migrañas, los dolores, las contracciones involuntarias, el asma, la psicosis, la tos espasmódica, la ansiedad excesiva, la depresión, los temblores nerviosos, y el tratamiento del síndrome de abstinencia en los casos de adicción al opio, la morfina y el alcohol. Entre 1840 y 1900 la prensa científica publicó más de cien artículos que recomendaban el cannabis como agente terapéutico en el tratamiento de diversas afecciones, incluidos trastornos mentales y enfermedades psicosomáticas.³³

Destacados médicos y farmacéuticos incorporaron el cannabis al arsenal médico con el que combatían las enfermedades y el sufrimiento humanos. En 1854 apareció en el *United States Dispensary*; incluía una nota de advertencia sobre el potencial de los preparados comercialmente disponibles, e indicaba que se había descubierto que los extractos de cannabis “producen sueño, alivian los espasmos, calman la inquietud nerviosa y mitigan el dolor...”³⁴

El libro de medicina *U. S. Pharmacopoeia*, durante décadas el texto en su género más consultado en Estados Unidos y en otros países de América y Europa, reconocía a la marihuana como medicamento legal a mediados del siglo XIX, y siguió mencionándola hasta 1942. Autoridades médicas recomendaban el *extractum cannabis* para el tratamiento de “neuralgia, gota, reumatismo, tétanos, hidrofobia, cólera epidémico, convulsiones, mal de San Vito, histeria, depresión nerviosa, *delirium tremens* (grado máximo de alcoholismo, con visiones terríficas), demencia y hemorragia uterina.”³⁵

Desde otra latitud, en 1894 aparece el informe de la *Indian Hemp Drugs Commission*, un documento del Ejército Británico, con más de tres mil páginas distribuidas en siete volúmenes, elaborado por médicos indios e ingleses durante varios años, tras entrevistar a cientos de usuarios de cannabis. Estas eran algunas conclusiones:

“(...) Se ha establecido claramente que el uso ocasional de cáñamo en dosis moderadas puede ser beneficioso, y considerarse medicinal. (...) El uso moderado del cáñamo no produce prácticamente ningún resultado nocivo. Pueden darse casos excepcionales, pues probablemente no exista nada cuyo uso no pueda ser perjudicial en casos de intolerancia excepcional. (...) El uso moderado es regla (...). El trastorno que produce su uso excesivo se limita casi exclusivamente al propio consumidor, y el efecto sobre la sociedad es raras veces apreciable”.³⁶

³² Ibíd, pp. 887-892.

³³ Ibíd, p. 36.

³⁴ Conrad, Chris (1998). *Cannabis para la salud*. Barcelona: Eds. Martínez Roca; p. 35.

³⁵ Schroeder (1990), p. 50.

³⁶ Escotado A. (1999), pp. 475-476

La situación de la marihuana y los usuarios cambia sustancialmente al producirse un clima de tensión por factores económicos (recesión, desempleo) y la exacerbación de prejuicios étnicos, religiosos y de clase social. No es tanto el uso de marihuana y sus efectos lo que genera una problemática social que deviene en prohibición, sino la conflictividad social por una combinación de factores económicos, políticos e ideológicos lo que determina un desplazamiento punitivo hacia la marihuana y sus usuarios.

Determinantes sociales de la prohibición

Durante los años veinte la emigración mexicana, tanto legal como ilegal, se había multiplicado en un frente que llegaba desde Louisiana a California, penetrando hasta Colorado y Utah; en Texas, más que migración era un retorno a tierras en otro tiempo propias. Estados Unidos tenía entonces muy altas tasas de crecimiento económico, y los mexicanos –como ocurriera antes con los chinos- fueron bien acogidos por muchos patronos y denostados por los sindicatos. Allí donde se concentraban no tardaba en aparecer alguna mención a la marihuana. El hecho se mantuvo al nivel de algo pintoresco, que por supuesto escandalizaba en parroquias y clubes femeninos, pero no representaba un problema social relevante, hasta que la llegada de la Gran Depresión convirtió esa mano de obra en un excedente indeseable de brazos y bocas, “desparramado sobre regiones devastadas por el desempleo.”³⁷

El desasosiego inicial se manifiesta en Nueva Orleans, “mediante una ecuación que une al aborigen criminal y desviado con una droga que estimula sexualmente y borra inhibiciones civilizadas.”³⁸ Años más tarde aparecen grupos como las *Sociedades Patrióticas Aliadas*, los *Hombres Claves de América*, la *Unión de Mujeres Cristianas para la Templanza*, la *Oficina Internacional para la Reforma*, la *Asociación Internacional de Educación sobre los Narcóticos*, la *Asociación Mundial de Defensa contra los Narcóticos*, la *Sociedad Internacional Antinarcóticos Cruz Blanca* y la *Coalición Americana*.³⁹ A su deseo de mantener un país ‘moralmente limpio’, varias organizaciones añaden consideraciones de política económica.

La lucha contra los ‘narcóticos’ se convirtió en una actividad respetable y exigente para los clubes sociales “en busca de una amenaza que pudiera aprovecharse. Describir al adicto como una bestia que amenazaba los hogares y la seguridad le dio a la cruzada un poco de emoción, confirmó la necesidad pública de sus esfuerzos, inspiró el aprecio y no dañó a nadie con excepción tal vez del adicto.”⁴⁰

Esto dice C. M. Goethe, líder del grupo *Coalición Americana*: “La marihuana, quizás el más insidioso de los narcóticos, es consecuencia directa de la inmigración mexicana. (...) A nuestra Nación le sobra mano de obra”.⁴¹

David Musto, profesor de psiquiatría e historia de la medicina en la Universidad de Yale, posiblemente el más reconocido historiador de la prohibición en Estados Unidos y su irradiación al resto del mundo, afirma:

³⁷ Escohotado A. (1995). *Historia de las drogas*, 2. 3ª edición revisada y ampliada. Madrid: Alianza Ed.; pp. 322-323.

³⁸ *Ibíd.*

³⁹ Musto, David F. (1993). *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en EU*. Edición aumentada. Bogotá D.C.: Eds. Uniandes y Tercer Mundo Eds; pp. 220-223.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 223.

⁴¹ Escohotado (1995), p. 2.

“En su origen, la preocupación por las drogas es más que un problema médico o legal; en el más amplio sentido del término, es de índole política. La energía que dio impulso al control y prohibición de las drogas, provino de las profundas tensiones que existen entre diversos grupos socio-económicos, minorías étnicas y generaciones, así como de la atracción psicológica que ciertas drogas y sus efectos ejercen.”⁴²

El opio, que había sido tolerado durante la época colonial y el primer siglo de vida independiente, cayó en descrédito cuando se le relacionó con la gran masa de obreros chinos que trabajaba en la construcción de la vía férrea que comunicó el Este con el Oeste norteamericano. El rechazo hacia la mano de obra barata china, se expresó en la condena al hábito de fumar opio, considerando que socavaba la tradicional forma de vida de la sociedad americana.⁴³

En forma similar surgió la oposición a la cocaína –antes ingrediente de medicinas, tónicos y refrescos-, cuando aparecieron reportes sobre su uso por parte de los negros del Sur. Se decía que “la cocaína daba a los negros tal fuerza que las balas calibre .32 no lograban contenerlos”. En consecuencia, según Musto, “algunos departamentos sureños de policía adquirieron revólveres calibre .38.”⁴⁴

En la década de los treinta, la preocupación sobre los peligros de la marihuana se multiplicó con los informes de su difusión entre grupos hispanoamericanos.⁴⁵ Una declaración del Departamento del Tesoro en esa época afirmaba:

“El abuso de esta droga es notorio entre la población latinoamericana o hispanoparlante. La venta de cigarrillos de cáñamo indio ocurre en forma considerable en los estados a lo largo de la frontera con México y en las ciudades del Sur y el Sudoeste, así como en Nueva York, y de hecho dondequiera que haya asentamientos de iberoamericanos.”⁴⁶

En esa época aparecen cartas abiertas en la prensa de varias ciudades. Una de ellas, publicada en el *Courier de Alamosa* (Colorado), decía:

“Desearía poder mostrarles lo que un pequeño cigarrillo de marihuana puede hacer a uno de nuestros degenerados hispanoparlantes residentes. (...) La mayoría de nuestra población es hispanoparlante, débiles mentales casi siempre, debido a condiciones sociales y raciales.”⁴⁷

Schroeder plantea un ingrediente adicional, que según su opinión es no sólo la explicación más verosímil, sino también “la más sencilla”: la conexión entre la difusión de la marihuana y la prohibición del alcohol:

⁴² Musto, David F. (1973). *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Yale University Press, 1973, p. 244. Citado por Schroeder (1990); p. 19.

⁴³ Schroeder (1990), p. 19.

⁴⁴ *Ibíd.*

⁴⁵ *Ibíd.*

⁴⁶ *Ibíd.*, pp. 19-20.

⁴⁷ Musto (1973), p. 223. Citado por Escohotado A. (1995). *Historia de las drogas*, 2. Madrid: Alianza Ed.; p. 323.

“La marihuana cobró importancia cuando la Enmienda Constitucional número 18 y la *Ley Volstead* (más conocida como “Ley Seca”) prohibieron el alcohol. La marihuana era un sustituto barato y ‘satisfactorio’ del aguardiente, producía los mismos efectos euforizantes y no era, en principio ilegal. Pronto se extendió su uso en las grandes urbes.”⁴⁸

En los años 30, coincidiendo con la expansión del uso del cannabis por todas las ciudades norteamericanas, precedidas por la capital del jazz, Nueva Orleans, empieza una campaña para que dejara de ser legal. Según Salvat, se perseguía un triple objetivo: justificar una mayor financiación para el *Narcotics Bureau*; reprimir a las minorías negras e inmigradas, y expandir el mercado de los opiáceos, en manos de la mafia, presuntamente ligada a miembros de las altas esferas del control anti-narcóticos.⁴⁹

Durante el apogeo de la campaña contra la marihuana, Hollywood lanzó una película de ficción realizada al estilo de un documental educativo, con el título: “*La Locura del Pitillo de Marihuana*” (“*Reefer Madness*”)⁵⁰. Las leyendas de presentación decían: “*Un narcótico violento, un flagelo invisible, el verdadero enemigo público No. 1*”. En una escena, un grupo de estudiantes saludables experimentan alborozados con marihuana; en las secuencias siguientes, aparecen hundidos en la dependencia, promiscuos, agresivos, con problemas en la escuela y visiblemente trastornados. El ‘documental’ fue exhibido profusamente en asambleas parroquiales y en reuniones de padres de familia de establecimientos educativos, al igual que en las salas de cine a lo largo y ancho de los EEUU. Como cualquier otro clásico del cine norteamericano, millares de copias fueron luego distribuidas en todos los países del continente y de ultramar. El mensaje era que la marihuana conduce a la demencia, el pillaje, la violación y el homicidio. Cumplió su cometido; logró influir en la opinión pública.⁵¹ Un claro ejemplo de construcción ‘mediática’ de la realidad.

Para 1937, 46 estados y el Distrito de Columbia habían decretado leyes contra las drogas. En ellas se catalogó erróneamente a la marihuana como *narcótico* y se sujetó al consumidor a las mismas penas rigurosas que eran impuestas a los narcotraficantes. En el mismo año el gobierno federal, bajo la creciente presión pública, promulgó la Ley de Gravamen a la Marihuana.

La Ley de Gravamen a la Marihuana de 1937

Esta ley seguía los mismos lineamientos de la *Ley Harrison* sobre Narcóticos de 1914. Hacía forzosos el registro y gravamen de toda operación de compra-venta de marihuana, e imponía sanciones de orden criminal al desacato de la disposición legal. La Ley prohibió, a nivel nacional, el uso y posesión de los preparados de cáñamo.

La legislación que prácticamente proscribió el empleo de la planta de cáñamo surgió del departamento federal del Tesoro de los Estados Unidos, adoptando la forma de subvención a un interés especial, presentado como ley tributaria. La ley del impuesto a la marihuana de 1937 pretendía impulsar las empresas madereras y de fibras sintéticas y eliminar del mercado el cáñamo industrial.⁵²

⁴⁸Schroeder (1990), p. 51.

⁴⁹Salvat (1996), pp. 16-17.

⁵⁰Disponible en: www.youtube.com/watch?v=W6D6m_lg45k

⁵¹Arkowitz y Lilienfeld (2013), p. 30.

⁵²Conrad (1998); p. 37.

La compañía *Du Pont* fue la que más se benefició de esta legislación. Según consta en sus archivos, las autoridades emprendieron un experimento mediante el cual “la capacidad gubernamental de elevar las rentas públicas podría convertirse en el instrumento para imponer la aceptación de nuevas ideas sobre la reorganización social e industrial.” Dos años después, el presidente de la corporación no tuvo que mencionar la prohibición impuesta al cáñamo cuando se jactó de que “los plásticos sintéticos se aplican a la fabricación de un amplio abanico de artículos, la mayoría de los cuales en el pasado se manufacturaban con productos naturales.”⁵³

Conrad sostiene que en la confección de la ley se recurrió a un artilugio, consistente en redactarla usando uno de los nombres vulgares de la planta y valiéndose de las connotaciones de esa palabra como cortina de humo para encubrir las verdaderas consecuencias del acta. Los estadounidenses conocían bien la planta con los nombres de *cáñamo* (en inglés *hemp*) para usos industriales y de *cannabis* para usos terapéuticos. La avalancha de artículos periodísticos con espeluznantes titulares sobre una droga exótica y peligrosa a la que denominaban *marihuana*, había permeado notablemente la percepción y los sentimientos de un amplio sector de la población.⁵⁴

Afectada por los recortes presupuestarios que tuvo que afrontar después de la ley seca, la oficina federal de narcóticos aprovechó la oportunidad para promocionarse, agudizar las tendencias racistas y estigmatizar no solo a la planta, sino a los consumidores. Redefinió discretamente el confuso vocablo en jerga para abarcar todos los productos de la *Cannabis sativa* y presentó el proyecto en el Congreso.

La asociación médica estadounidense (AMA) envió a su miembro más influyente al congreso a fin de que se opusiera a dicha legislación. El doctor William C. Woodward declaró: “Señor presidente, seguimos sin entender los motivos por los que este anteproyecto se preparó en secreto durante dos años sin comunicar, ni siquiera a los profesionales, que se estaba preparando...”⁵⁵. Cuando la aprobación de la medida era inminente, Woodward envió una advertencia al comité: “La finalidad y las consecuencias evidentes de esta ley consisten en imponer tantas restricciones a las aplicaciones medicinales del cannabis que dejará de emplearse... Servirá para privar a la población de los beneficios de un medicamento que podría resultar de considerable valor”.⁵⁶

Las palabras de Woodward resultaron proféticas. La oficina anti-narcóticos consideró delincuentes a los médicos que recetaban cannabis e incluso a los que se atrevieran a estudiar sus efectos. Encarcelaron a enfermos, médicos, agricultores y consumidores de marihuana junto a violadores y asesinos. En cuanto la prohibición entró en vigor, quedó descartada la investigación de los siglos anteriores. Aunque la prensa sensacionalista hizo infinidad de afirmaciones alarmistas sobre “los peligros de la marihuana”, los contados estudios científicos que se realizaron descubrieron que el cannabis era poco perjudicial y contenía un gran potencial beneficioso. El más conocido de estos estudios fue realizado por la comisión La Guardia, formada en Nueva York en 1942, utilizando los equipos y la metodología más complejos que existían para examinar la evidencia disponible sobre los efectos atribuidos al uso de marihuana.

⁵³ Du Pont, *Annual Report*, 1937, y L. Du Pont, “*From Test Tube to you*”, *Popular Mechanics*, junio de 1939. En: Conrad (1998); p. 37.

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 38.

⁵⁵ *Ibíd.*

⁵⁶ *Ibíd.*

Tras un amplio y riguroso análisis, sólidamente documentado, el estudio de la comisión refutó los presuntos riesgos sanitarios y efectos psicológicos nocivos que habían sido presentados ante el Congreso en defensa de la prohibición de la marihuana.⁵⁷ El informe de la comisión La Guardia, sin embargo, al igual que los argumentos de la *American Medical Association*, fueron desestimados, y desde ese mismo año el uso de cannabis para cualquier propósito, incluso medicinal, fue criminalizado en los EEUU.

Los reformadores

Una figura central en la aprobación de la *Ley de Gravamen a la Marihuana* fue Harry J. Anslinger, jefe de la Agencia Federal para Narcóticos, quien pensaba que todo el problema tenía su raíz en la comunidad de habla hispana, sobre todo los mexicano-norteamericanos del Suroeste. Él mismo reclamó para sí todo el mérito de la campaña contra la marihuana:

“Por radio y en foros importantes relaté la historia de esta yerba maligna que crece en los campos, las márgenes de los ríos y orillas de los caminos. Escribí artículos para revistas, nuestros agentes dieron cientos de conferencias a padres, educadores y dirigentes cívicos y sociales. En transmisiones de televisión seguí denunciando el número cada vez mayor de crímenes cometidos, incluyendo el estupro y el homicidio.”⁵⁸

La instauración del prohibicionismo en los Estados Unidos y su influencia determinante en el orden mundial tuvo como principales actores protagónicos a líderes religiosos y políticos que llegaron a ser figuras legendarias por su gran capacidad para moldear la conciencia social y generar una corriente de opinión adversa a cualquier permisividad frente a las drogas. Herramientas de construcción mediática de la ideología antidrogas ('anti-vicio') fueron los discursos encendidos y efectistas que invocaban la 'virtud', los 'valores tradicionales', la 'unidad de la nación', la 'supremacía anglosajona', apelando al temor provocado por imágenes de degradación, perversidad y criminalidad de los usuarios –particularmente, desde luego, negros e hispanos.

En la percepción social prevaleciente en las décadas de los 70 y los 80 quedaron grabados los nombres de Richard Nixon, Ronald Reagan, Nancy Reagan ("*Just say no*") y otros cruzados modernos. Sin embargo, esas prominentes figuras de la política norteamericana de finales del siglo solo tuvieron que atizar las ideas y los sentimientos que décadas atrás habían inculcado personajes como el ya mencionado Anslinger, jefe supremo de la oficina anti-narcóticos de EEUU durante 34 años⁵⁹; el obispo anabaptista Charles Henry Brent, quien lideró la primera cruzada a comienzos del siglo XX y encabezó las delegaciones del gobierno norteamericano en las conferencias de las que surgieron los primeros tratados internacionales sobre drogas⁶⁰; el reverendo Wilbur S. Crafts, superintendente del *International Reform Bureau* en la primera década del siglo XX⁶¹; el misionero C.C. Tenney y el médico H. Wright, consejeros y comisionados del gobierno, a la vez que predicadores sociales; y el senador W. H. Blair, quien dijo en 1899:

⁵⁷ *Ibid*, p. 39.

⁵⁸ Schroeder (1990), p. 53.

⁵⁹ Escotado (1999), p. 522.

⁶⁰ *Ibid*, pp. 608-689.

⁶¹ *Ibid*, p. 610.

“El movimiento prohibicionista debe incluir *todas* las sustancias venenosas que crean o excitan apetito no natural. La meta es una prohibición planetaria”.⁶²

Mención especial merece Richmond P. Hobson, héroe de la guerra hispanoamericana y propagandista de la prohibición que divulgó los peligros de los narcóticos en todas las formas concebibles y creó varias de las organizaciones civiles antes mencionadas. Según Musto, Hobson era un personaje “encantador, sus modales impresionaban, conocía a fondo el movimiento de la Prohibición, era el ‘orador especial’ mejor pagado de la Liga contra las Tabernas, y tenía grandes deseos de dirigir una cruzada.”⁶³ En una publicitada alocución auspiciada por la *National Broadcasting Company* para celebrar la Semana de Educación sobre Narcóticos, en febrero de 1928, Hobson dijo lo siguiente:

“Ya se sabe que la mayor parte de los robos efectuados a la luz del día, de los atracos descarados, de los crueles asesinatos y de las violaciones son cometidos principalmente por drogadictos, los cuales constituyen la primera causa de la alarmante ola de crímenes actuales. La drogadicción se contagia más fácilmente que la lepra y es más difícil de curar. Los adictos a las drogas son los principales portadores de enfermedades viciosas y son incubadores de estreptococos, de neumococos, del germen de la gripe, de la tuberculosis y de otras enfermedades. (...) De este asunto depende la perpetuación de la civilización, el destino del mundo y el futuro de la raza humana.”⁶⁴

Un matiz inusitado de la argumentación que plantean a comienzos del siglo XX algunos políticos conservadores en defensa de la prohibición del cannabis se revela en esta famosa intervención del senador C. B. Towns:

“En mi opinión es inexcusable que una persona diga que no hay hábito en el uso de esa droga. No existe droga en la farmacopea actual que pueda producir las más placenteras sensaciones que proporciona el cannabis, ni una sola, absolutamente ninguna droga de la farmacopea de hoy;...y por eso mismo de todas las drogas terrenales ninguna merece tanto estar prohibida.”⁶⁵

Una interpretación de esa sentencia, no por antigua anacrónica, la ofrece un siglo después una de las tesis sociopolíticas de Fernando Savater sobre las drogas, cuando afirma: “Por debajo de todas las racionalizaciones clínicas, la ancestral envidia al goce improductivo no compartido debe seguir latiendo en la prohibición y en la histeria punitiva contra las drogas.”⁶⁶ El filósofo encuentra similar este fenómeno al que refiere un historiador inglés: “Los puritanos no odiaban la caza del oso con perros porque produjese daño al animal, sino porque daba placer a los espectadores”.⁶⁷

⁶² Crafts, W.S. et al. *Intoxicating Drinks and Drugs in All Lands and Times*, Int. Ref. Bur., Washington, D.C., 1900. En: Escotado (1999); p. 563.

⁶³ Musto (1993), pp. 220-221.

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 221.

⁶⁵ Musto (1993), p. 248.

⁶⁶ Savater, F. *Tesis sociopolíticas sobre las drogas*. En: *Los costos del prohibicionismo de las drogas*. Coloquio Internacional en Bruselas, 1988. Bogotá: ICFES-MEN-UNDCP, 1990; p. 34.

⁶⁷ *Ibíd.*

Una reseña analítica del liderazgo político, diplomático y social que desempeñaron esas personalidades se encuentra a lo largo de la obra clásica de Musto.⁶⁸ Su lectura permite evidenciar el hondo calado que tuvo en la generalidad de la opinión pública norteamericana y del hemisferio la visión de la elite que representaban tales personajes, con su aureola de religiosidad, moralidad y patriotismo.

Joao P. Padua describe así el escenario y la dinámica que en él se desenvuelve:

“Gran parte de la construcción de la política de drogas que hoy todavía tiene predominancia en el mundo se debe a la acción de los empresarios morales, especialmente los provenientes de las iglesias protestantes estadounidenses de inicios del siglo XX. (...) Parece haber una específica y nefasta conjugación de normas morales y valores éticos, de un lado, e intereses pragmáticos, de otro. Esto hace que la actual política de drogas esté ‘blindada’ ante cualquier embestida argumentativa que no parta del principio de que las drogas son un “mal social”, como proclamaba, en 1961, el preámbulo de la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU.”⁶⁹

Expresiones recurrentes en la actualidad en discursos de figuras públicas, tales como “epidemia”, “pandemia”, “azote” y “flagelo” de las drogas, son parte de esa herencia. Durante muchos años, en Colombia y en otros países de América Latina y el Caribe, como lo había sido en EEUU, eran comunes las expresiones “yerba maldita” y “marihuano” como sinónimos de tridente diabólico y lacra social.

En un plano más general, que remite al escenario nacional donde se origina y desde donde se irradia al conjunto del planeta la visión de los líderes más connotados de la prohibición, el reconocido historiador británico Richard Davenport-Hines⁷⁰ dice lo siguiente:

“La prohibición ha sido, esencialmente, una técnica de colonización cultural informal por parte de los Estados Unidos. (...) Los Estados Unidos reclaman el liderazgo mundial de las guerras antidrogas desde 1909, y su legislación prohibicionista ha aportado el modelo de los acuerdos internacionales para el control de las drogas. Las políticas prohibicionistas estadounidenses han ido ganando terreno hasta convertirse a escala global en la guerra contra las drogas, asociada desde 1969 con las administraciones Nixon, Reagan y Bush padre.”⁷¹

⁶⁸ Musto, David F. (1993). En particular: capítulo 2 (“*Diplomáticos y reformadores*”; pp. 53-82), capítulo 8 (“*La agitada década de los veinte*”; pp. 213-239) y capítulo 9 (“*La marihuana y la Oficina Federal de Narcóticos*”; pp. 241-259).

⁶⁹ Padua, J. P. (2011). *Entre excitación y torpeza: Sociedad civil y política de drogas*. En: Touzé, G. y Goltzman, P. (Comp.); pp. 255-261.

⁷⁰ Miembro de la *Royal Historical Society*, ganador del *Wolfson Prize* de Historia y colaborador habitual de *The New York Times*, *The Sunday Times* y *The Independent*.

⁷¹ Davenport-Hines, R. (2001). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Primera edición en castellano; Madrid: Turner– Fondo de Cultura Económica, 2003; pp. 13-14.

Fundamentos ideológicos de la prohibición

Lo que hoy es una *enfermedad* ayer era *delito*, y antes había sido *vicio* (carencia de virtud) y *pecado*. Como dice Escotado, “la psicofarmacología ejemplifica hoy el más irreductible conflicto entre la bendición y la maldición.”⁷² Desde la ‘bendición’, hay innumerables usos terapéuticos, lúdicos, fenomenológicos; relativos a la necesidad humana de euforia, sensorialización, contemplación, introspección, y control de emociones indeseables; “en definitiva, el horizonte es una exploración del espacio interior que alberga el psiquismo”⁷³. Por el lado de la ‘maldición’ está el rechazo más o menos consciente de la experiencia del usuario, la negación de su fuero personal; el sometimiento de la ‘fenomenología del espíritu’, que se normatiza, se juzga y se sanciona como infracción legal; o se clasifica y se trata como enfermedad.

Según Escotado, el criterio de los neurólogos, prácticamente unánime desde mediados del siglo XIX, es que la química farmacológica ofrece posibilidades superiores a la eliminación y el alivio de dolencias físicas y psicológicas, “meta ya de por sí asombrosa y loable”⁷⁴. Al mismo tiempo, el criterio no menos unánime de quienes gestionan el control social asume que, por definición, cualquier sustancia ‘estupefaciente’ o ‘psicotrópica’ es una trampa a las reglas del juego: “lesiona por fuerza la constitución psicosomática del usuario, perjudica necesariamente a los demás y traiciona las esperanzas éticas depositadas en sus ciudadanos por los Estados, que tienen derecho a exigir sobriedad porque están atentos a fomentar soluciones sanas al estrés y la neurosis de la vida moderna (...).”⁷⁵ Davenport-Hines, por su parte, sostiene que “tanto el entusiasmo por el consumo clandestino de drogas como la hostilidad contra el hedonismo asociado a ellas crecerían exponencialmente desde mediados del siglo XIX, bajo la influencia del puritanismo estadounidense y del industrialismo europeo.”⁷⁶

Parece evidente que una de las principales razones de la prohibición es el rechazo atávico a la modificación psíquica o sensorial que producen algunos psicoactivos no convencionales en la tradición judeocristiana. Es propio de arquetipos culturales en esa tradición resistirse a reconocer, y más aún a aceptar, que esas sustancias son un sustituto para entrar en un estado de trance de modo voluntario, lo cual se juzga como síntoma de decadencia. Como señala Brian Inglis en su historia crítica de la sociología de las drogas, “si el hombre puede encontrar tales sucedáneos de las facultades que ha perdido en su evolución, ello puede considerarse como un mérito suyo; y no existen pruebas de que el estado de trance producido por las drogas sea necesariamente distinto del estado logrado por otros medios.”⁷⁷ En palabras de Davenport-Hines, “la ebriedad no es contraria a la naturaleza ni tampoco es una aberración; la absoluta sobriedad no es un estado natural o primario en el hombre.”⁷⁸

Aún bajo un esquema de control riguroso sobre la producción y la disponibilidad de la sustancia, quienes ven en las drogas un anatema no encuentran nada grata la posibilidad de regularlas, puesto que ello implica su reconocimiento, y no quieren que lo que se

⁷² Escotado, A. (1999), p. 15.

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ *Ibíd.*, p.16.

⁷⁵ *Ibíd.*

⁷⁶ Davenport-Hines (2003), p. 20.

⁷⁷ Inglis, Brian (1994). *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. Gerona, España: Tikal Eds., p. 22.

⁷⁸ Davenport-Hines (2003), p. 111.

considera un “vicio” sea reconocido.⁷⁹ Según Inglis, esto conduce a una equivocación política más profunda: desconociendo las diferencias entre, por ejemplo, la marihuana y la heroína, justifican la prohibición de ambas afirmando que “las drogas blandas llevan a las duras”.⁸⁰

La primera gran corriente de oposición social al consumo de psicoactivos surge en la edad media, sustentada en preceptos morales y premisas ideológicas del monoteísmo cristiano. Durante este período, el conocimiento que no proviniera de la inspiración divina; es decir, de las sagradas escrituras u otros textos cristianos, era considerado profano o pecaminoso. Cualquier conocimiento ajeno al dominio ideológico que emanaba de Dios era prohibido, y como gran parte de la botánica psicoactiva era usada en ritos religiosos y festivos paganos, su consumo representaba una práctica herética, propia de la hechicería.

El Estado teocrático se sentía legitimado para legislar sobre asuntos de conciencia, y con base en ello decretó duras persecuciones de signo ‘espiritual’ contra la herejía, la apostasía y el librepensamiento.⁸¹ Lo que vino luego lo resume así Sergio Sánchez:

“Al tiempo que las monarquías europeas entraban en decadencia, las ideas libertarias inspiradas por los racionalistas aparecen para exigir mayor espacio de autonomía y libertades en la vida social. La ilustración brindó respaldo académico a los incipientes gremios de médicos y permitió el inicio de la aceptación social de drogas usualmente dejadas en manos de ‘brujas’ y charlatanes (...). Así se configura el origen histórico de la institucionalización, en el sentido constructivista del término, de las drogas para “usos médicos”. Estas alcanzan su cenit durante el siglo XIX, lo que sumado a los avances técnicos de la química y la constitución de un mercado auténticamente global permite una acumulación sin precedentes de descubrimientos y la identificación, aislamiento, síntesis y producción de formas puras de los principios psicoactivos, al tiempo que prácticamente no existen, en el ámbito de occidente, prohibiciones ni restricciones para la experimentación, producción, publicidad, distribución y venta de los mismos.”⁸²

La visión heredada del trasiego político de la primera mitad del siglo XX se conecta con la que predomina en sus finales y aún en la primera década del nuevo milenio, a través de un insidioso cordón umbilical. Este se puede graficar con una advertencia formulada durante los debates sobre la marihuana en el congreso norteamericano en los setenta. El senador James Eastland, presidente del Comité Judicial sobre Seguridad Interna, dijo en una enérgica y decisiva intervención:

“Nos encontramos entre una enorme población de semi **zombis**. Si la epidemia no es atacada y destruida, nuestra sociedad puede convertirse en una ‘cultura de mariguana’, es decir una cultura impulsada por el deseo de escapar a la realidad y por el anhelo enfermizo de placer, sin principios morales elevados. Una sociedad así no puede perdurar.”⁸³

⁷⁹ Inglis (1994), p. 235.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ Escotado (1999), p. 22.

⁸² Sánchez Bustos, S. (2012). *Contexto histórico del uso y figuración social actual de las drogas*. En: Musalem Nazar, P. y Sánchez Bustos S. (Comp.) *Aportes para una nueva política de drogas*. Colegio Médico de Chile. Santiago de Chile: Eds. Tierra Mía, 2012; p. 12.

⁸³ Schroeder (1990), p. 39.

En su crudeza, esas palabras expresan un arquetipo que quizás aún prevalece: El consumidor de marihuana es por antonomasia un ser *perturbado*; el consumo de marihuana es una *epidemia*; los usuarios son *escapistas* ('evaden' la realidad), *hedonistas patológicos* e *inmorales*; el fenómeno es *contracultural* y *amenaza* gravemente a la sociedad. La opción mandatoria es *combatirlo* y *erradicarlo*.

Una ilustración de los imaginarios que se develan tras este lenguaje sensacionalista la da el profesor John Strang, renombrado farmacólogo del *National Addiction Centre* del Reino Unido, durante un seminario que congregó a centenares de funcionarios y expertos de los cinco continentes. A la pregunta "¿Cómo definimos droga?", Strang respondió citando a Timothy Leary: "Las drogas son sustancias que producen comportamientos irracionales y delirantes... especialmente en quienes nunca las han probado".⁸⁴

La racionalidad del orden legal en la modernidad: Del delito a la enfermedad

La racionalidad del orden jurídico y las políticas dominantes acerca de la marihuana y otros psicoactivos de origen vegetal (derivados de la coca o la amapola) es aceptar como lícito su uso medicinal para el tratamiento de dolencias físicas, más no como forma de *psicofarmacoterapia* para aliviar dolores del alma. La farmacopea oficial y la práctica médica corriente, o su institucionalización psiquiátrica, no contemplan como psicofármaco aceptable la marihuana en su forma herbal, y menos aún si su uso es fumándola.

El régimen que gobierna la materia sobre marihuana prohíbe toda forma de uso sin *prescripción médica*; censura y rechaza la autoadministración terapéutica de marihuana, e invalida el ejercicio autónomo del usuario que decide 'auto-administrarse' cannabis por su propia voluntad, bajo su control, según su conveniencia. La institucionalidad proscribiera, aunque no penalice el uso de marihuana que se hace por gusto y mero deseo; por el derecho soberano del sujeto a experimentar lo que esa sustancia le procura; aquel que se trivializa y se desdeña llamándolo "recreacional".

Pareciera que a pesar de extensas disertaciones sobre los determinantes antropológicos, sociológicos y psicológicos del consumo de marihuana, en la práctica solo se da por valedero lo que establece el paradigma de la salud pública: usar marihuana es insano. Así, el orden jurídico todo y los derechos de los usuarios en general quedan subsumidos y sometidos a un enfoque meramente salubrista y sus dispositivos institucionales de control.

El tránsito del enfoque punitivo al enfoque de salud, esto es, del orden penal al orden terapéutico, ejemplifica lo que Michel Foucault denomina el "principio de la puerta giratoria"⁸⁵: Cuando lo patológico entra en escena, la criminalidad, de acuerdo con la ley, desaparece en la tras-escena. Tal como había ocurrido frente a la demencia (o "locura") y a la criminalidad patológica, ante el consumo de sustancias prohibidas la sociedad responde desde un *continuum* que tiene dos polos: uno expiatorio, de carácter judicial, y otro terapéutico, de carácter psiquiátrico. Esa 'mixtura institucional', como la llama Foucault, responde a una sensación de peligro que apremia por una u otra forma de control social que asegure la contención y, si posible, la erradicación del fenómeno.

⁸⁴ Strang, J. *Guidelines to improve opiate agonist maintenance treatments: the challenge of translating evidence-based guidelines into practice*. UNODC Technical seminar on drug addiction prevention and treatment: from research to practice. Viena: ONU, 16-18 de diciembre de 2008. Presentación en Ppt, diapo 25.

⁸⁵ Foucault, M. (2010). *Los anormales*. 6ª reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; p. 39.

Perversidad y peligro, un par conceptual indisoluble que en este caso tiene como referentes, de una parte, la transgresión patologizada del consumo de ciertas sustancias y, de otra, el deterioro, la disfuncionalidad y la amenaza de la epidemia de la ‘enfermedad adictiva’ –el “flagelo de las drogas”. El recurso de socorro frente al peligro es de nuevo la psiquiatría. Según Foucault, esta se constituyó entre fines del siglo XVIII y mediados del XIX, “no como una especialización del saber o la teoría médica, sino mucho más como una rama especializada de la higiene pública, (...) un dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir para la sociedad debido a la enfermedad o a todo lo que se puede asimilar directa o indirectamente a ésta.”⁸⁶

Desde otro ángulo, Thomas Szasz, profesor emérito de psiquiatría en el *Health Science Center* de la Universidad Estatal de Nueva York, y reconocido como uno de los principales exponentes de la heterodoxia psiquiátrica, expone la situación de la siguiente manera:

“No podemos comprender la Guerra contra las Drogas sin considerar seriamente la función de chivo expiatorio en las llamadas drogas peligrosas. (...) La función social del chivo expiatorio es salvar al grupo mediante su propia victimización. (...) Como un judío profanando la Torah, o un cristiano la hostia, quien usa drogas ilícitas es culpable del crimen místico de profanación: transgrede el más estricto y más temido tabú. Quien abusa de las drogas se contamina a sí mismo y contamina a su comunidad, poniendo en peligro a ambos.”⁸⁷

Szasz sostiene que la “guerra contra las drogas” no es una simple metáfora. “En un Estado Teológico, el malvado Otro es el infiel; en el Estado Terapéutico, es la droga ilegal (y todos los que la cultivan, venden, compran y utilizan).”⁸⁸ En la época actual, según Szasz, “la mente del hombre está focalizada en la medicina”; esta preocupación social tiene su correlato institucional, descrito así por el autor:

“Debido a las íntimas conexiones entre enfermedad e incapacidad, y entre incapacidad e irresponsabilidad, el moderno Estado del bienestar se vio abocado a asumir un papel cada vez más preponderante en la salud pública. (...) El refrán *Quien paga al gaitero elige la canción* es tan válido en economía política como lo es la segunda Ley de la Termodinámica en Física.”⁸⁹

La marihuana en las convenciones internacionales: ¿Un lugar equivocado?

Aunque desde comienzos del siglo XX se dijo que el régimen jurídico de ciertas sustancias era una función de su naturaleza farmacológica, el transcurso del tiempo ha mostrado que la naturaleza farmacológica es una atribución de su régimen jurídico. El principio de que lo no expresamente prohibido está autorizado dejó de regir, primero en Estado Unidos y luego a nivel planetario, cuando los Estados no simplemente tratan de controlar la difusión de ciertas sustancias, como al comienzo de la ‘cruzada’ prohibicionista, sino que se consideran en el deber de controlar toda sustancia con influjo sobre “el juicio, el comportamiento, la percepción o el estado de ánimo”, como afirma el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971.

⁸⁶Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. 2ª edición. México D.F.: Siglo XXI, y Foucault (2010), p. 115.

⁸⁷ Szasz, T. (1994). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Ed. Anagrama; pp. 111-112. .

⁸⁸ Szasz, T. (1996). *La farmacopea política del Estado Terapéutico*. En: *Ajoblanco, Especial Marihuana*. 3ª edición. Barcelona: Eds. Culturales ODEÓN, Primavera de 1996; p. 60.

⁸⁹ *Ibíd.*, p. 61.

Un principio esencial de las normas jurídicas es la consistencia y la precisión de las definiciones, así como de las categorizaciones en su ámbito de aplicación. Tanto más exigente es este requisito cuanto más amplia es su jurisdicción y cuanto más diversos son los fenómenos implicados; en este caso, la legislación sobre sustancias “estupefacientes” y “psicotrópicas”, en la cual se incluye la marihuana, indistintamente de sus características y sus usos diferenciales con respecto a la generalidad de las sustancias así denominadas. La sobre-generalización bajo ambos términos devela ambigüedad semántica, incierto fundamento gnoseológico, sesgos valorativos y, por ende, tipificaciones arbitrarias.

La Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes catalogó al *cannabis* y a la *heroína* como “drogas particularmente peligrosas” para el ser humano, no siendo el *cannabis* una sustancia narcótica o estupefaciente, no teniendo un nivel de toxicidad comparable al de la heroína y las demás sustancias incluidas en las listas, no habiéndose demostrado un potencial de dependencia como el de los opiáceos o la cocaína, sin haberse reportado correlatos nocivos para la salud pública o la seguridad social, y contra la evidencia del uso no problemático en la gran mayoría de los usuarios.⁹⁰

El origen de las definiciones contenidas en las convenciones internacionales se puede rastrear a través de la evolución semántica del término “narcóticos” desde comienzos del siglo XX. Este término -del griego *narkoun*, que significa sedar y adormecer-, se aplicaba sin connotaciones morales o de ilegalidad a sustancias inductoras de sueño o sedación. Luego, el inglés *narcotics*, traducido al francés como *estupéfiants* (‘estupidizante’ o causante de ‘estupor’) incorpora un sentido moral que desvirtúa la requerida nitidez farmacológica y pasa a incluir sustancias nada inductoras de sedación o sueño, a la vez que excluye una amplia gama de sustancias narcóticas en sentido estricto. La consagración de la imprecisa categoría en las convenciones internacionales refleja el influjo dominante de las políticas que Estados Unidos adoptó primero para sí y luego llevó persuasivamente al plano global.

Desde el principio, la clasificación y la enumeración hechas por las leyes internacionales se toparon con una incómoda realidad: ni eran todas las sustancias que estaban, ni estaban todas las que eran. Tras largos años de esfuerzos por lograr una definición técnica de ‘narcótico’/ ‘estupefaciente’, con fundamento científico, la autoridad sanitaria internacional (OMS) declaró el problema insoluble por *extra-farmacológico*, y propuso clasificar las “drogas” como *lícitas e ilícitas*. La razón esgrimida era, concretamente, “no conciliarse los datos biológicos con las necesarias medidas administrativas”, según expuso en 1963 H. Halbach, jefe de la División de Toxicología de la OMS.⁹¹

Desde la Convención de 1961, la opinión de numerosos juristas y farmacólogos era que la marihuana no debía formar parte de un tratado cuyo objetivo explícito consistía en prevenir la “adicción a los estupefacientes”. Según Mark Leinwand, “la inclusión del *cannabis* en un tratado sobre estupefacientes fue una equivocación debida a los datos médicos y científicos erróneos de que disponían los delegados cuando se preparó el proyecto del tratado”.⁹²

⁹⁰ Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD). *MACONHA – Uma Visão Multidisciplinar*. Sao Paulo, 2006; p. 4. En: www.neip.info

⁹¹ Varenne, G. (1973). *El abuso de las drogas*. Madrid: Guadarrama, 1973. En: Escotado (1999), p. 21.

⁹² Leinwand, M. A. (1971). *The International Law of Treaties and United States legalization of marijuana*. *Columbia Journal of Transnational Law*, Vol. 10, 413-441.

Si se estableciera la relación entre el número de casos de uso nocivo frente al número total de usuarios, se constataría que la marihuana tiene la menor relación de daño entre todas las sustancias controladas. En contraste con las muertes por sobredosis de opiáceos y sicotrópicos, no se han reportado muertes atribuibles a sobredosis de marihuana. Más aún, estudios demuestran sus beneficios en terapias de sustitución frente al consumo nocivo de alcohol,⁹³ opiáceos⁹⁴, cocaína y benzodiacepinas.⁹⁵

Aunque una comparación entre los riesgos de distintas drogas todavía genera polémica en la comunidad científica, investigaciones realizadas con ese objetivo consideran la marihuana menos peligrosa que el alcohol y el tabaco. Una de ellas, divulgada en 2010 por *The Lancet* (una de las publicaciones científicas más respetadas del mundo) evaluó el alcohol como la cuarta droga más peligrosa (después del crack, la heroína y la metanfetamina) y el tabaco como la octava. La marihuana ocupó el puesto 12 en una lista de 20 sustancias. Un estudio realizado en Holanda en 2009 por el *National Institute for Public Health and the Environment* llegó al mismo resultado.⁹⁶

El tratado de política pública sobre sustancias psicoactivas publicado por la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud en 2010 contiene un análisis comparativo de varias sustancias en términos de su potencial de dependencia, los efectos adversos del consumo excesivo, la toxicidad y la peligrosidad social. Con respecto al potencial de dependencia, la marihuana ocupa el sexto lugar después del tabaco, la heroína, la cocaína, el alcohol y la cafeína. En cuanto a los efectos adversos para la salud, el alcohol y el tabaco superan a la marihuana. En relación con la peligrosidad (coeficiente de seguridad, efecto intoxicante, toxicidad general y peligrosidad social), el informe concluye: “En general, la heroína y el alcohol ocupan una categoría relativamente elevada en las cuatro dimensiones de la peligrosidad, mientras que la marihuana está en la más baja”.⁹⁷

El consenso que nunca fue

El orden jurídico internacional en materia de sustancias psicoactivas, condensado en las convenciones internacionales vigentes, expresa el desequilibrio en las relaciones de poder político y económico a la sombra del cual se negociaron las tres convenciones. La Convención Única de 1961 se centraba en los “estupefacientes” y su principal objetivo eran las drogas extraídas de plantas cuyo cultivo era predominante en países del Sur; algunos de ellos con una larga tradición en el uso de las materias primas derivadas de dichas plantas.

⁹³Mikuriya, T. H. (2004) *Cannabis as a Substitute for Alcohol: A Harm-Reduction Approach*. *Journal of Cannabis Therapeutics*, Vol. 4(1); pp. 79-93.

⁹⁴Swartz, R. *Medical marijuana users in substance abuse Treatment*. *Harm Reduction Journal* 2010, 7:3; 1-9.

⁹⁵Lucas, P. et al. (2012). *Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients*. *Addiction Research and Theory*, 20 September 2012; pp. 1–8.

⁹⁶GALILEU. *Dossie: Maconha*. Ed. 258. Sao Paulo; enero de 2013; pp. 30-41.

⁹⁷OMS/OPS, SSA & Oxford University Press (2010). *La Política de Drogas y el Bien Público. El grado de riesgo o daño que implican distintas sustancias*. Washington D.C.; pp. 20-24.

La clasificación de las plantas y sus productos en las listas de control más estrictas no se realizó según estudios científicos sino partiendo de la idea de que todos los “estupeficientes” eran peligrosos hasta que se demostrara lo contrario.⁹⁸ Sin embargo, durante las deliberaciones y las negociaciones que condujeron al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, centrado en las sustancias fabricadas de manera sintética por la industria farmacéutica del Norte, los argumentos dieron un giro de 180 grados, estableciendo que “a menos que existieran pruebas concluyentes sobre el peligro de determinada sustancia, ésta no debería penalizarse”⁹⁹.

El curso de las tensiones políticas sobre las drogas en el ámbito internacional ha sido documentado desde afuera y desde adentro del propio sistema de las Naciones Unidas. Martin Jelsma, reconocido analista político, se ha ocupado de examinar centenares de actas de reuniones de los órganos especializados de la ONU, así como un cúmulo de comunicaciones de delegaciones de países miembros; la documentación revela el complejo y candente entramado político en la historia de los acontecimientos que llevaron a la firma de las convenciones. Según el analista, en esos documentos “se pone de manifiesto hasta dónde han llegado los partidarios de la línea dura para mantener el *statu quo*, valiéndose de retórica, desmentidos, manipulación, presentación selectiva, tergiversación y eliminación de pruebas, uso selectivo de expertos, amenazas sobre la asignación de fondos y purga de “derrotistas” del sistema de la ONU.”¹⁰⁰

Un reflejo de las disparidades que han existido en la llamada “comunidad internacional”, lo ofrece un pronunciamiento de Giorgio Giacomelli, director ejecutivo de UNDCP (hoy UNODC), en la apertura de la sesión de la Comisión de Estupeficientes en 1994:

“Es cada vez más difícil justificar la continua distinción entre sustancias teniendo sólo en cuenta su situación legal o su aceptación social. En la medida en que la adicción a la nicotina, el alcoholismo y el uso indebido de solventes e inhalables pueden representar una mayor amenaza para la salud que el abuso de otras sustancias sometidas actualmente a la fiscalización internacional, el pragmatismo llevaría a concluir que seguir con estrategias disparatadas para minimizar su impacto es, en última instancia, una medida artificial, irracional y poco rentable.”¹⁰¹

Un año después, en la sesión de la Comisión de Estupeficientes de 1995, se hizo tangible el reclamo de la *diferenciación* entre sustancias “estupeficientes”, a través de la disidencia de los Países Bajos expresando una postura alternativa frente al cannabis, con las consecuentes políticas públicas y dispositivos ya bien conocidos: distinción entre drogas “duras” y “blandas”; liberalización del uso de cannabis, comercio regulado en establecimientos (*coffee-shops*), políticas de reducción de daños, entre otras medidas.

⁹⁸ Sinha, J. (2001). *The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions*. Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Law and Government Division, Canada; p. 27.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Jelsma, M. (2003). *Las drogas en el sistema de la ONU: la historia no escrita de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas*. The Transnational Institute, abril de 2003.

¹⁰¹ UNDCP. *Declaración del Director Ejecutivo del PNUFID en la 37ª Sesión de la Comisión de Estupeficientes*. Viena, 13 de abril de 1994.

Paralelamente a la dinámica de la discusión política y la toma de decisiones en los órganos de control de drogas de la ONU¹⁰², la Organización Mundial de la Salud ha jugado su propio rol en estas materias, con relativa independencia de esos órganos, aunque sometida a los mismos avatares en razón de los intereses y las posturas políticas de los países contribuyentes.

El papel de la OMS en el sistema de fiscalización de drogas ilícitas de la ONU normalmente se limita a recomendar en qué lista de las convenciones se deben clasificar determinadas sustancias según sus efectos sobre la salud. Jelsma señala que la OMS “siempre se ha mostrado en desacuerdo con el sistema de control de drogas establecido, ya que nunca ha comprendido la lógica que se esconde tras la actual distinción entre sustancias lícitas e ilícitas.”¹⁰³

La razón principal de esta disparidad de criterios entre organismos de las Naciones Unidas, es que para la OMS sustancias como el alcohol y el tabaco representan mayores desafíos, dados los costos sociales y para la salud asociados al consumo nocivo de estas sustancias, que superan con creces los costos del consumo nocivo de las sustancias ilícitas sumadas.

Comenzando el nuevo siglo, las propias estadísticas de la OMS muestran que el conjunto de todas las drogas ilícitas es responsable de la pérdida de un 0,6% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVAD, comparado al 6,1% provocado por el alcohol y el tabaco.¹⁰⁴

Una ilustración del disenso la brinda el proyecto de la OMS sobre cannabis, el cual se inició en 1993, doce años después de haber publicado este organismo un primer informe sobre el tema, y atendiendo “numerosas peticiones” para que hiciera un nuevo estudio. El temario de investigación incluía una evaluación comparativa de las consecuencias físicas y psíquicas derivadas del uso del alcohol, el cannabis, la nicotina y los opiáceos. El informe, entregado en agosto de 1995, concluía: “Considerando los patrones de uso, la cannabis representa un problema para la salud pública mucho menor que el del alcohol y el tabaco en las sociedades occidentales.”¹⁰⁵

Según miembros del equipo de investigación, algunos funcionarios de la OMS se mostraron irritados al leer el informe y presionaron la decisión de suprimir esa conclusión comparativa. Luego, en un comunicado de prensa, la OMS defendió esa decisión, alegando que no existía “ningún intento de ocultar información” y que la misma se fundaba en “criterios científicos que no tenían relación alguna con presiones políticas.”¹⁰⁶

¹⁰² La Comisión de Estupeficientes (*Commission on Narcotic Drugs –CND*), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*) –antes PNUFID/ *UNDCP*-, y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes (*JIFE/ INCB –International Narcotics Control Board*).

¹⁰³ Jelsma (2003), p. 13.

¹⁰⁴ World Health Organization (WHO). *The Global Burden of Disease*, Alan D. Lopez, Epidemiology and Burden of Disease Team, Organización Mundial de la Salud. 2020 Focus 5, Brief 2, febrero de 2001.

¹⁰⁵ Hall, W., Room, R. and Bondy, S. (1995). *WHO Project on Health Implications of Cannabis Use: A Comparative Appraisal of the Health and Psychological Consequences of Alcohol, Cannabis, Nicotine and opiate Use*; National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, and Addiction Research Foundation, Toronto. En: Jelsma, 2003, pp. 14-17.

¹⁰⁶ WHO. *WHO did not bow to political pressure in publishing a report on cannabis*. Press release WHO/26, 19 February, 1998.

La versión definitiva del informe, publicada en 1997, incluía el siguiente comentario sobre la polémica comparación de la marihuana con el alcohol y el tabaco:

“La fiabilidad y la importancia para la salud pública de dichas comparaciones son dudosas. (...) El riesgo cuantitativo del uso de cannabis supone una gran incógnita puesto que se carece de estudios epidemiológicos fidedignos y, por lo tanto, estas comparaciones tienden a ser de carácter más especulativo que científico” (WHO/MSA/PSA/97.4: 29).¹⁰⁷

El reconocimiento de las discrepancias acerca de la fiscalización de sustancias psicoactivas, la consistencia de las listas de sustancias en las convenciones internacionales, y la posible legalización de la marihuana, se hizo explícito en el primer Informe Mundial sobre Drogas de las Naciones Unidas, producido en 1997 por UNDCP¹⁰⁸:

“Es innegable que, en algunas personas y según el tipo de uso, la cannabis provoca problemas en la salud física y mental como, por ejemplo, pérdida de memoria a corto plazo, pérdida de concentración, problemas motores y afecciones bronquiales y pulmonares. (...) De otra parte, el consumo no muestra los mismos patrones de uso continuo a largo plazo y dependiente como el fumar cigarrillo, y no se han registrado fatalidades directamente atribuibles a los efectos acumulativos de la cannabis. (...) En el contexto de las drogas ilícitas, parece la menos nociva, y por una serie de motivos, quizás relacionados con su situación como droga prohibida, los costos sociales y sanitarios derivados de su uso han sido hasta ahora menos perjudiciales que los del tabaco y el alcohol”.¹⁰⁹

El valor relativo del conocimiento en la construcción, la vigencia o el ajuste de la política sobre marihuana es más incierto que el influjo del discurso hegemónico y su sustrato ideológico, político y de intereses particulares. La presunción de que las políticas sobre drogas deben ser el resultado obligado del análisis científico de las evidencias constituye, en opinión de algunos expertos, una postura ingenua.¹¹⁰ Es cierto que se ha avanzado notablemente en la desmitificación de nociones arquetípicas sobre la marihuana y otras sustancias; se han identificado con mayor claridad los posibles factores causales de un proceso adictivo y sus correlatos, todo lo cual va más allá de la sustancia; sin embargo, la racionalidad de la política pública, que se nutre no solo de conocimiento está ‘montada’ sobre la percepción social del hecho de consumir y sobre cómo ese consumo es contemplado, ética, social y culturalmente, por la sociedad. Esas visiones no necesariamente están definidas por la evidencia científica, sino muchas veces por la postura apriorística de quien observa y se posiciona; esto es, por juicios de valor previos, *pre-juicios*.¹¹¹

El caprichoso devenir que precede el orden legal dominante y los disensos en la visión, el fundamento gnoseológico, la racionalidad, la conveniencia social y muchas otras dimensiones de la política pública sobre la marihuana, interrogan inevitablemente la *legitimidad* de ese orden y sugieren, cuando menos, una posible redefinición de su objeto.

¹⁰⁷ WHO/MSA/PSA/97.4. *Cannabis: Una perspectiva sanitaria y agenda investigativa*; Programa de la OMS sobre Abuso de Sustancias, 1997.

¹⁰⁸ United Nations International Drug Control Programme (UNDCP). *World Drug Report*. Oxford University Press, 1997.

¹⁰⁹Ibíd, p. 194.

¹¹⁰ Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). *Problemas de drogas aquí y ahora*. Madrid: FAD, 2009; pp. 11-12.

¹¹¹ Ibíd.

En una sociedad democrática, la *legitimidad* es una condición esencial en toda legislación. Cuando esta legislación involucra prácticas sociales, conductas privadas, libertades y derechos civiles, expresiones culturales, diferenciación de usos y usuarios... resulta imperioso un fundamento sólido de *legitimidad*, so pena de tornarse arbitraria, incoherente, absolutista y destinada al fracaso. Como lo demuestra la historia del último siglo, la legitimidad de las leyes sobre drogas ha estado desde el comienzo en entredicho y ha sido crecientemente erosionada. El consenso impuesto y el carácter ideológico de su contenido restan sustancial legitimidad al orden legal dominante.

La definición misma del concepto de *legitimidad* contempla y se antepone a su antítesis: "Cuanto más forzado sea el consenso y más tenga un carácter ideológico, tanto más será aparente; por consiguiente, tanto menos legítimo."¹¹² Desde la noción primigenia de legitimidad expuesta por Weber, es evidente que aquí ella se ha soportado -o ha presumido hacerlo- en la "dominación en virtud de la confianza en su validez"; en la competencia 'objetiva' o al menos reconocida de prefectos sociales (poderosos no por sabios); en la "autoridad de la gracia" (el carisma y la fuerza de líderes políticos); y en la autoridad de la costumbre, el "eterno ayer".¹¹³ ...¿Y el consenso?

Hacia una redefinición del objeto: Bases para una alternativa legal

Perspectiva de Derecho

La pretensión de normatizar legalmente la conducta que no trasciende la esfera de lo individual y se rige por el fuero interno de cada persona se choca con algunas barreras que más allá de cualquier precepto jurídico aluden a la ontología del ser. Este dilema y las inevitables consideraciones respecto a la legitimidad de la ley son planteados así por Amartya Sen en su ensayo sobre la justicia:

"¿Están las personas invariablemente, o incluso típicamente, guiadas por la razón en lugar de la pasión o el impulso?. (...) Es posible que lo que parece a otros irracional e incluso abiertamente estúpido no sea tan inane. El diagnóstico del comportamiento imprudente puede a veces basarse en el fracaso en ver las razones subyacentes bajo las opciones particulares, incluso cuando esas razones existen y son suficientemente persuasivas."¹¹⁴

El derecho encierra nociones consustanciales de equidad e imparcialidad. Como lo expresa John Rawls, conlleva la exigencia de "evitar prejuicios en la evaluación del comportamiento ajeno, tener en cuenta los intereses y las preocupaciones de los otros y, en particular, evitar el influjo de nuestros intereses creados, o de nuestras prioridades, excentricidades y prevenciones. En general, puede verse como una exigencia de imparcialidad."¹¹⁵

¹¹² Bobbio, N. et al. (2005). *Diccionario de política*. 14ª ed. en español. México: Siglo XXI; pp. 862-866.

¹¹³ Weber, M. (1919). *La ciencia como profesión. La política como profesión*. Madrid: Espasa Calpe, 2007; pp. 89-90.

¹¹⁴ Sen, Amartya. (2009). *La idea de la justicia*. 1ª reimpresión. Bogotá D.C.: Taurus, 2010; pp. 207-209.

¹¹⁵ Rawls, J. *Teoría de la justicia* (México: Fondo de Cultura Económica, 1979), *El liberalismo político* (Barcelona: Ed. Crítica, 1996), y *La justicia como equidad: una reformulación* (Barcelona: Paidós, 2002).

Más allá de las teorías del derecho, como lo establece una célebre sentencia de la Corte Constitucional de Colombia en 1994, “puede afirmarse con certeza que lo que caracteriza a esa forma específica de control de la conducta humana es el tener como objeto de regulación el comportamiento *interferido*, esto es, las acciones de una persona en la medida en que injieren en la órbita de acción de otra u otras, se entrecruzan con ella, la interfieren.” Mientras eso no ocurra, es la norma moral la que evalúa la conducta del individuo actuante. “Mientras el derecho es *ad alterum*, la moral es *ab agenti* o, de otro modo, mientras la norma jurídica es bilateral, la moral es unilateral.”¹¹⁶

Si se invoca como motivo de prohibición el peligro potencial que para los otros implica la conducta desencadenada por el uso de drogas, la Corte Constitucional contrapone como consideración el trato “abiertamente discriminatorio” que la ley establece para los consumidores de drogas y para los consumidores de otras sustancias -v.gr., el alcohol. Otra consideración remite al hecho de que un sistema jurídico liberal y democrático, “debe estar proscrito el *peligrosismo*, tan caro al positivismo penal, hoy por ventura ausente de todos los pueblos civilizados.”¹¹⁷

Es indudable que el miedo ante la desestructuración y el daño -percibidos o imaginados- aportó mucho a la consolidación del discurso ‘peligrosista’ de los años ochenta; temor y desazón asociados a un conjunto de iconos (deterioro, enfermedad, muerte, delincuencia, ruina), capaces de aglutinar y convencer a grupos sociales e institucionales diversos alrededor de una causa más o menos compartida. La generalización de resultados presuntos a todas las sustancias, todas las situaciones, todas las experiencias, todos los sujetos.... se considera, como dice el documento publicado por la FAD, “un error del pasado, y un déficit en la actualidad para resituar el discurso y las alternativas.”¹¹⁸

Al respecto, quizás resulten sugerentes para algunos lectores estas palabras de Spinoza:

“La superstición no entra en el corazón de los hombres sino con el miedo (...). No es de extrañar que no quede en la antigua religión sino el culto exterior y que la fe se halle reducida a prejuicios y credulidades. ¡Y qué prejuicios! Prejuicios que cambian a los hombres de seres racionales en brutos, quitándoles el discernimiento de lo verdadero y de lo falso, el libre uso de su juicio, y que parecen haber sido forjados a propósito para ahogar y extinguir la antorcha de la razón humana. (...) Esta libertad puede ser concedida sin daño para la paz del estado y los derechos del soberano, y aún más, no puede destruísela sin peligro para la paz pública y sin daño para el estado mismo. (...) Me apoyo en el derecho natural de cada uno, el cual no tiene otros límites que los de sus deseos y su potencia, y (...) nadie está obligado, según el derecho de la naturaleza, a vivir al antojo de otro, siendo cada uno protector nato de su propia libertad.”¹¹⁹

¹¹⁶República de Colombia. Gaceta de la Corte Constitucional – 1994. Edición Extraordinaria. *Sentencia No. C-221 de mayo 5 de 1994. Despenalización del consumo de la dosis Personal de Estupefacientes*; p. 13.

¹¹⁷Ibíd, p. 16.

¹¹⁸FAD (2009), pp. 40-41.

¹¹⁹Spinoza, B. (1670). *Tratado teológico-político*. Madrid: Ed. Gredos, 2011; pp. 288-295.

La racionalidad, como condición inherente al ser humano, significa en esencia que éste es capaz de autocontrol, o, como sentenció Kant, que es “autónomo”.¹²⁰ En su famoso ensayo sobre la Ilustración, Kant definió ésta como la condición auto-legisladora del hombre:

“*Ilustración* significa el abandono por parte del hombre de una *minoría de edad* cuyo responsable es él mismo. Esta *minoría de edad* significa la incapacidad para servirse de su entendimiento sin verse guiado por algún otro. (...) Para esta ilustración tan sólo se requiere *libertad* y, a decir verdad, la más inofensiva de cuantas pueden llamarse así: el hacer *uso público* de la propia razón en todos los terrenos.”¹²¹

De lo anterior se deduce, como afirma Gracia, “algo tan importante como que no promover la autonomía y el autocontrol de los seres humanos, a favor de la heteronomía y el heterocontrol, es culposo o, como hoy diríamos, inmoral.”¹²²

Una singular referencia al racionalismo emergente del siglo XVII, y cuya vigencia reclama el análisis del reciente acontecer, proviene de uno de los políticos más influyentes en América y en Europa en la segunda mitad del siglo XVIII, Thomas Jefferson, quien escribió esto en 1782:

“No parece suficientemente erradicada la pretensión de que las operaciones de la mente, así como los actos del cuerpo, estén sujetos a la coacción de las leyes. Nuestros gobernantes no tienen autoridad sobre esos derechos naturales, salvo que se la hayamos cedido. (...) Los poderes legítimos del gobierno sólo se extienden a los actos que lesionan a otros (...). La razón y el libre examen son los únicos agentes eficaces contra el error, sus enemigos naturales, y sólo el error necesita apoyo del gobierno. La verdad se vale por sí misma (...). Sometamos nuestras opiniones a coerción: ¿quiénes serán nuestros inquisidores? Hombres falibles, hombres gobernados por malas pasiones, por razones públicas así como privadas. Y ¿por qué someterlas a coerción? Para producir uniformidad. Pero, ¿es deseable la uniformidad de opinión? No más que la de rostro y estatura.”¹²³

En lo que podría ser una versión contemporánea de los asertos expuestos por Jefferson, la Sentencia de la C.C.C. (1994) desnuda el dilema moral, político y jurídico que envuelve la actual legislación sobre drogas. Si se asume que el Estado no es omnímodo, con pretensiones de injerencia en las más íntimas decisiones del ciudadano, sino un Estado paternalista y protector de sus súbditos, que conoce mejor que éstos lo que conviene a sus propios intereses y hace entonces obligatorio lo que para una persona libre sería opcional, “por esa vía benévola se llega al mismo resultado inadmisibles: la negación de la libertad individual, en aquel ámbito que no interfiere con la esfera de la libertad ajena.”¹²⁴

¹²⁰Kant, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. En: Diego Gracia. *El autocontrol en los consumos: Utopía o exigencia*. FAD (2009), pp. 231.

¹²¹Kant, I. (1784). *¿Qué es la Ilustración?. Y otros escritos de ética, política y filosofía de la historia*. Madrid: Alianza Ed., 2011; pp. 83-85.

¹²²Gracia, Diego. *El autocontrol en los consumos. Utopía o exigencia*. En: FAD (2009), p. 232.

¹²³ Jefferson, Th. *Notas sobre Virginia* (1782). En: Escobedo, A. *Historia de las drogas*, 2. 3ª edición revisada y ampliada. Madrid: Alianza Editorial, 1995; pp. 18-19.

¹²⁴Corte Constitucional de la República de Colombia(1994); Op. cit., p. 18.

El considerar a la persona como autónoma tiene consecuencias inevitables; la primera y más importante consiste en que “los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatárle brutalmente su condición ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen.”¹²⁵

Las consideraciones precedentes remiten al fundamento esencial –profundo- del Derecho, a la constitucionalidad de las normas jurídicas y su correspondencia con principios hoy universales en la filosofía del derecho que se afirma en las sociedades democráticas. No están circunscritas a la simple decisión de *despenalizar* el uso de marihuana u otras sustancias; remiten al basamento en el que asienta todo el régimen legal sobre esas sustancias y las relaciones que con ellas establecen las personas.

Perspectiva farmacológica y fenomenológica

Desde la perspectiva farmacológica, el cannabis es singular y se diferencia del alcohol, los alucinógenos, los opiáceos, los barbitúricos y las anfetaminas. A riesgo de simplificar, es posible que en ciertos aspectos esté más próximo al alcohol (animación, euforia, relajamiento) y a los sedantes, que a cualquier otra clasificación fácilmente identificable. En pequeñas dosis produce estimulación y luego sedación. En virtud de que existen diferencias significativas entre el cannabis y todas las demás sustancias (incluidos el alcohol y los sedantes), éste debería ser una sustancia por derecho propio.

Con respecto al alcohol en particular, el análisis comparativo desde una perspectiva farmacológica resulta tan sugerente que, en un mundo más coherente, debería poder traducirse también al orden legal. Partiendo de una revisión de estudios científicos reportados en publicaciones prestigiosas¹²⁶, Chris Conrad resume así el panorama:

“A dosis bajas, los efectos de la marihuana y el alcohol etílico son afines, aunque el margen de seguridad del THC es muy superior al del alcohol. Ambas producen una fase inicial de excitación, seguida de la fase posterior de sedación. Habitualmente se utilizan como euforizantes, relajantes e intoxicantes. (...) A grandes dosis, el alcohol actúa como anestésico general y provoca la depresión primaria y continuada del sistema nervioso central. (...) Por su parte, el cannabis influye en la percepción y ejerce consecuencias inapreciables en las ondas cerebrales [ayuda a centrar el pensamiento, reduce la fatiga, favorece el pensamiento no lineal y las conexiones tangenciales o alegóricas]. (...) La marihuana agudiza el hambre y el consumo de alimentos, y el alcohol los reduce. (...) Las bebidas alcohólicas proporcionan calorías inútiles que sustituyen a los alimentos sanos, lo que da por resultado la pérdida de proteínas y vitaminas y, en algunas personas, un déficit de tiamina que puede convertirse en atrofia cerebral. Su capacidad destructiva, la promoción comercial y la facilidad con que produce desinhibición han hecho que el alcohol sea responsable de muchos conflictos sociales y delictivos. Por su parte, la marihuana no ha sido relacionada con ninguno de los graves problemas físicos o sociológicos del alcohol.”¹²⁷

¹²⁵ *Ibíd*, p. 22.

¹²⁶ *Annals of Internal Medicine, Archives of General Psychiatry, Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, Psychopharmacologia, Clinical Pharmacology and Therapeutics, y The Pharmacological Basis of Therapeutics*, entre otras.

¹²⁷ Conrad (1998); pp. 73-75.

Correlativamente con el análisis farmacológico particular de la marihuana o en comparación con otras sustancias, es preciso abordar la experiencia subjetiva del usuario, sin desestimar ni soslayar por 'impuros' los estados subjetivos *hedónicos* que induce la sustancia. Como lo señala Elster en su tratado sobre las emociones y la conducta humana, "algunas drogas producen una estimulación placentera; otras, una relajación placentera."¹²⁸ En su estudio sobre los consumos y el fenómeno de la adicción, Elster reafirma los fundamentos bioquímicos de la experiencia y correlativamente explora los determinantes subjetivos de orden fenomenológico: La búsqueda de estimulación 'hedónica' y la mitigación de estados 'anhedónicos'.

El estudio pionero de Jacques-Joseph Moreau de Tours sobre el hachís, publicado en 1845, representa un hito en la perspectiva de hacer del cannabis un medio de exploración mental, a través de un método introspectivo basado en el principio epistémico de la observación interior experimental.¹²⁹ Los efectos subjetivos producidos por la sustancia – como la extensión del tiempo, el diálogo interior y la sensación de recogimiento- causaron un gran revuelo en el recién nacido campo de la psicoterapia. Moreau de Tours se interesó por la influencia del cannabis en la mente en una época en la que la psique humana al fin se abordó desde una perspectiva natural y humanista, antes que como el reino sobrenatural e incontrolable de ángeles y demonios. Gracias a una minuciosa observación de las reacciones de las personas al hachís –sobre todo su disposición positiva a las sugerencias y a evaluar nuevas posibilidades-, Moreau planteó la hipótesis de que las sustancias psicoactivas podían servir para tratar la enfermedad mental y contribuir a la curación de los enfermos. Su estudio sentó las bases de la psicofarmacología moderna y el empleo de numerosos tratamientos con drogas psicomiméticas.¹³⁰

Una ilustración de la perspectiva fenomenológica la brinda esta descripción de Escotado:

"La marihuana potencia la imaginación y la introspección. (...) Los cinco sentidos captan lados inusuales de sus objetos, destacando entre ellos el oído, que se siente más inclinado a hacer o escuchar música. Muchas risas acompañan el acto de apartar las máscaras que la rutina ha adherido a nuestras personas y a lo demás del mundo. Pronto o tarde, junto a la jovialidad acaba apareciendo una lucidez crítica o más bien autocrítica, que Walter Benjamin llamó "sentimiento de sospecha y congoja". Lo primero viene de una disposición a jugar, que se despoja alegremente de convenciones, y lo segundo de que el juego desnuda el fondo – rara vez tan risueño- de la vida. (...) Experimentos con animales muestran que la marihuana aumenta la actividad cerebral, reduciendo la agresividad; el gato no ataca al ratón si está sometido a su influjo."¹³¹

¹²⁸Elster, J. (1999). *Sobre las pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós; p. 64.

¹²⁹Carneiro, Henrique. *A construação do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina*. En: *XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG)* Belo Horizonte, 15/07/2002.

¹³⁰Moreau, J.J. "Lypemanie avec Stupeur: Tendence á la demence, Traitement par l'extract Guerison, Resineux de Cannabis indica", *Gazette des Hopitaux Civils et Militaires* 30, 1857, p. 391. En: Conrad (1998), pp. 32-33.

¹³¹Escotado, A. *La cuestión del cáñamo*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1997; pp. 51-52.

La perspectiva que conjuga la dimensión farmacológica y la fenomenología, debe a su vez incorporar una aproximación antropológica que aborda las expresiones y los condicionantes de orden cultural. Llevando el análisis a lo que de ahí se deriva para indagar la racionalidad del ordenamiento jurídico, surgen implicaciones evidentes que develan el trasfondo ideológico y cultural de dicha racionalidad. Siendo consustancial al objeto de lo que se legisla, en toda su *pluridimensionalidad* y su *multicausalidad*, esta perspectiva farmacológica-fenomenológica-cultural se expresa de este modo en la citada sentencia de la Corte Constitucional:

“Mientras el alcohol tiene la virtud de verter hacia el otro a quien lo consume, para bien o para mal, para amarlo o para destruirlo, el efecto de algunas de las sustancias que la ley 30 incluye en la categoría de "drogas", como la marihuana y el hachís, es esencialmente interior, intensificador de las experiencias íntimas, propias del ser monástico. Por eso ha podido decir Octavio Paz que el vino se halla vinculado al diálogo (la relación con el otro) desde sus comienzos: el simposio griego. La droga a los viajes interiores, más propios de la cultura oriental. Quien toma alcohol, se halla dentro de la más pura tradición occidental, mientras que el que se droga es un heterodoxo (tal vez sea por eso por lo que se le castiga).”¹³²

El término “*recreacional*”, con el que la literatura oficial califica todo uso no medicinal de la marihuana conlleva no solo una sobre-simplificación sino además una trivialización de la experiencia del usuario y del valor que para él tiene la sustancia. Como ha sido reseñado en estas mismas páginas, la evidencia documentada a lo largo de los siglos demuestra que la marihuana, cuando no como fármaco medicinal, ha sido usada *no tanto* para ‘divertirse’, sino para relajarse, tranquilizarse, meditar, departir o “calmar problemas”. Esto, como concluyó el grupo multidisciplinario de expertos en el encuentro organizado por la FAD en 2009 en Madrid¹³³ con la única finalidad de sostener un diálogo franco sobre el llamado ‘problema de las drogas’, significa que existe y así se debe reconocer, una cultura de *uso no problemático, regulado individual y colectivamente*, que no admite rotulaciones estereotipadas bajo códigos clínicos.

Un argumento manido de voceros de la prohibición es la utilización en las últimas décadas de “tecnologías agrícolas modernas y más sofisticadas para desarrollar nuevas variedades de cannabis de gran potencia”¹³⁴, como lo señaló la JIFE en su informe de 1994 y ha continuado haciéndolo en sucesivos informes anuales. Frente a esta tesis, algunos estudios demuestran que en la actualidad, como ocurría en el siglo XIX, se pueden encontrar plantas silvestres con contenidos de THC similares a los más altos obtenidos hasta ahora mediante selección y modificación genética. Así mismo, aunque se han logrado variedades con contenidos de delta 9 THC superiores a 20%, ni en muestras registradas en los mercados de EEUU o Europa (*e.gr.*, en los *coffee-shops* de Holanda), ni en plantaciones ilícitas detectadas se han encontrado especímenes con contenidos superiores a 18%, siendo el promedio de las variedades con alto contenido no mayor a 12-14%.¹³⁵

¹³² Corte Constitucional de la República de Colombia (1994), p. 16.

¹³³ FAD (2009), pp. 39-48.

¹³⁴ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). E/INCB/1994/Supp. 1. *Eficacia de los tratados internacionales de control de drogas, Suplemento al Informe de la JIFE para 1994*, Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

¹³⁵ Referencias en: Russo E. (2007), ABRAMD (2006), European Commission (2009).

Perspectiva terapéutica

La historia del uso terapéutico de la marihuana se remonta a las fases primigenias de la medicina, la farmacología y la psicofarmacología. Los usos terapéuticos de la marihuana, tanto en su forma herbal o de resina, y como base de diversas preparaciones farmacológicas, se extienden a una amplia variedad de quebrantos y dolencias físicas y psicológicas. Chris Conrad describe más de setenta aplicaciones terapéuticas del cannabis, muchas de ellas fumando o ingiriendo oralmente su forma herbal o de resina.¹³⁶

En 1988, Vinciguerra corroboró el valor médico de la marihuana fumada. En 1991, un equipo de la Universidad de Harvard comprobó que el 44 por ciento de los oncólogos que respondieron a una encuesta recomendaron en privado a algunos enfermos que fumaran cannabis a fin de aliviar los efectos secundarios de la quimioterapia. El 48% también declaró que, si fuera legal, la prescribiría en algunos casos, a la vez que el 54% coincidió en que el cannabis debería ser legal para que los médicos lo recetaran.¹³⁷

A lo largo de casi todo el siglo XX, la marihuana terapéutica ha quedado prácticamente eclipsada por la enconada guerra propagandística que se libra en torno al consumo recreativo de la planta. Aunque en unos pocos países continuó la investigación del cannabis y sus aplicaciones médicas, la presión internacional se acrecentó con la adopción de la Convención Única de las Naciones Unidas. No obstante, el cannabis siguió siendo parte esencial de incontables medicamentos. Al día de hoy, se ha demostrado su efectividad para estimular el apetito en pacientes con SIDA, reducir las náuseas causadas por la quimioterapia a la hora de tratar el cáncer, reducir los espasmos musculares en pacientes con desórdenes neurológicos, reducir la presión intraocular en personas con glaucoma e, incluso, para mejorar los síntomas del asma y la ansiedad.

El redescubrimiento en décadas recientes de las ventajas naturales de la marihuana como medicina ha conducido a un resurgimiento en su utilización. En la actualidad, la mayoría de pacientes optan por medicarse utilizando el cannabis en su forma natural, en lugar de concentrado o en versiones sintéticas. El cannabis herbal y sus extractos pueden permitir un mayor control y una mejor determinación de la dosis, y también pueden aportar un repertorio más extenso de cannabinoides, muchos de los cuales parecen tener interacciones beneficiosas al ser administrados a la vez.

Lester Grinspoon, profesor emérito de la Facultad de Medicina de *Harvard University*, connotado experto y partidario del cannabis, sostiene lo siguiente:

“Los efectos euforizantes de las variedades sativa las convierten en una mejor elección para un uso medicinal diurno, cuando es deseable estar bien despierto. Del mismo modo, los efectos más relajantes de las variedades indica a menudo las hacen más adecuadas para el uso por la tarde y por la noche. Las variedades híbridas pueden ofrecer lo mejor de los dos mundos a muchos pacientes, pero pueden ser menos adecuadas para otros.”¹³⁸

¹³⁶ Conrad (1998), pp. 200-208.

¹³⁷ *Ibíd*, pp. 40-42.

¹³⁸ En: www.sensiseeds.com

En la década de los 60, El $\Delta 9$ -tetrahidrocannabinol ($\Delta 9$ -THC), principal componente psicoactivo del cannabis sativa (*C. sativa*), fue aislado de la planta. De ahí en adelante, se iniciaron los principales avances en la investigación dentro del campo de los *cannabinoides* que culminaron, entre finales de la década de los ochenta y el inicio de los noventa, con el descubrimiento del mecanismo de acción de estas sustancias. Fue en ese momento cuando se descubrieron los *receptores para cannabinoides* (CB1 y CB2) y se hallaron también los *endocannabinoides* que actúan de forma fisiológica al activar estos receptores (*anandamida* y el *2-araquidonilglicerol*).¹³⁹

Los cannabinoides tienen propiedades antioxidantes y son aplicables en el tratamiento de gran variedad de enfermedades asociadas a la oxidación, así como en enfermedades isquémicas, relacionadas con la edad o enfermedades inflamatorias o autoinmunes. Los cannabinoides pueden también aplicarse como *neuroprotectores* y limitan el daño neurológico en casos de accidente cerebrovascular como trauma, o en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia, el Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y el VIH.¹⁴⁰

Escenarios alternativos

Como corolario del análisis precedente, resta esbozar lo que las propias realidades emergentes insinúan como posibles escenarios de alcance global, aunque no por ello únicos o de forzosa elección en el aquí y el ahora. No parece del todo pertinente, menos aún *legítimo*, plantear conclusiones al dictado de lo antes expuesto. Que concluya y dictamine cada lector lo que a bien tenga es la única recomendación que dicta el recorrido de estas páginas.

- Que la marihuana se legalice porque se reconocen sus propiedades y aplicaciones terapéuticas, pero sólo para fines “médicos y científicos”. Grandes compañías farmacéuticas, como también quizás herbarios populares, podrían tomar provecho de esta redefinición. Cientos de miles de usuarios en el planeta derivarían a su vez beneficio de la accesibilidad expedita a un recurso médico formidable. Afuera quedarían cientos de millones que reclaman el gusto, el deseo y el derecho ontológico como únicas razones de *legítima legalidad*. Sin embargo, este escenario parece improbable en el corto plazo, por el tortuoso reconocimiento político de la paradoja que encierra la aceptación de algo que fue declarado ilegal justamente porque no se reconocía como terapéutico.
- Que la marihuana se legalice porque su consumo es un problema de salud pública, una enfermedad que, como cualquier otra enfermedad... es *ilegislable*; ajena y sustraible a cualquier marco jurídico que no se refiera específicamente a su atención. La producción y la distribución con fines comerciales podrían seguir siendo prohibidas y sancionadas penalmente, excepto si el Estado decide asumir su monopolio, autónomamente (*v.gr.*, creando un aparato burocrático especial que se encargue del tema), o en co-administración y delegación de la parte operativa a compañías privadas. Aunque tal vez menos improbable que la opción anterior, por representar una solución de compromiso a la oposición entre el enfoque penal y el enfoque salubrista, deja insoluble la perspectiva del derecho integral; aquel que estima inaceptable la patologización y el estigma del consumo *per se* y la intromisión del Estado en la órbita de la vida privada y el fuero íntimo del usuario.

¹³⁹ *Ibíd.*

¹⁴⁰ *Ibídem.*

- Que la marihuana se legalice para que el Estado pueda seguir ejerciendo el rol paternalista de tutor que regula los usos ‘benéficos’ y los diferencia de los usos ‘indebidos’. Además de un *ídem* a los supuestos anteriores, conlleva una indebida consagración de la potestad del Estado para legislar sobre proyectos de vida, identidades culturales y opciones personales de usar esto o aquello porque sí.
- Que la marihuana se legalice, estableciendo márgenes, regulaciones y determinadas restricciones sobre la producción, el comercio, el suministro y las circunstancias de uso. La legalización, en su sentido más amplio y consistente, es el estatus que atiende y garantiza el derecho individual del usuario, conciliándolo con la protección y la prevalencia del interés y el bienestar colectivo. En términos prácticos, significa que el uso, la posesión y el cultivo de marihuana para fines personales, e incluso compartirla con otras personas están permitidos y no solo “para fines médicos o científicos”. Al mismo tiempo, se establecen limitaciones en varias esferas, incluida la dimensión del consumo -prohibiendo por ejemplo (como ocurre con el alcohol y el tabaco), el consumo de marihuana en los ámbitos educativo, laboral, institucional, de eventos culturales, el espacio público y otros contextos ciudadanos. Con algunas variaciones, tal es la tendencia emergente en las dos últimas décadas en varios países de Europa¹⁴¹, en Canadá y en algunos estados de EEUU¹⁴².

En todos los escenarios anteriores, probablemente los mayores beneficios serían la reducción del narcotráfico y los delitos asociados, la sustracción de una masa considerable de usuarios de marihuana de esos circuitos nefastos e, incluso, la disminución del mercado de otras sustancias ilícitas. También habrán de considerarse los ingresos fiscales provenientes de la producción, la distribución y el suministro regulados de marihuana. (“Más plata para la salud”, dirán algunos; en tanto que otros juzgarán inaceptable que la salud o la educación se sigan financiando “con el vicio”).

En general, la legalización significa que es posible para un numeroso grupo de personas obtener marihuana sin que haya una sanción y que esta sea cultivada por las mismas personas o producida y distribuida por algunas entidades sin ninguna sanción penal.¹⁴³ Puede haber restricciones tanto del lado de la oferta como de la demanda, incluso con sanciones penales por infracciones; por ejemplo, vender marihuana a un menor de edad o tener más de cierto nivel de sustancia en el cuerpo cuando se conduce un vehículo.

En su acepción más amplia y coherente con principios básicos del Derecho, la legalización no restringe el uso de la sustancia a fines médicos o científicos, puesto que dicha restricción implicaría mantener la prohibición, aunque con salvedades. En este sentido, el principal alcance de la legalización es justamente permitir otros usos distintos a los terapéuticos o investigativos, pero no por ello menos legítimos, ni *per se* perjudiciales para el usuario o para otras personas.¹⁴⁴

¹⁴¹ European Commission (2009).

¹⁴² OEA (2013).

¹⁴³ *Ibíd.*, p. 91.

¹⁴⁴ *Ibíd.*

Referencias bibliográficas

- Aniyar de Castro, Lola (2011). *Drogas, otra vez por la memoria. De la subjetividad histórica a la subjetividad construida*. En: Touzé, Gabriela y Goltzman, Paula (Comp.). *América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre políticas de drogas*. Buenos Aires: Intercambios.
- Arkowitz H. y Lilienfeld, S. O. (2013). *A verdade sobre a erva*. En: *Scientific American. Mente e Cérebro. Especial Maconha*. Sao Paulo; marzo 2013.
- Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD). *MACONHA – Uma Visão Multidisciplinar*. Sao Paulo, 2006; p. 4. En: www.neip.info
- Bobbio, N. et al. (2005). *Diccionario de política*. 14ª ed. en español. México: Siglo XXI.
- Carneiro, Henrique. *A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina*. En: XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG) Belo Horizonte; 15/07/2002.
- Conrad, Ch. *Cannabis para la salud*. Barcelona: Eds. Martínez Roca, 1998.
- Crafts, W.S. et al. *Intoxicating Drinks and Drugs in All Lands and Times*, Int. Ref. Bur., Washington, D.C., 1900. En: Escohotado (1999).
- Davenport-Hines, R. (2001). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Primera edición en castellano; Madrid: Turner – Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Du Pont, *Annual Report*, 1937, y L. Du Pont, “From Test Tube to you”, *Popular Mechanics*, junio de 1939. En: Conrad (1998).
- Elster, J. (1999). *Sobre las pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós.
- Escohotado A. (1995). *Historia de las drogas, 2*. 3ª edición revisada y ampliada. Madrid: Alianza Ed.
- Escohotado, A. (1995). *Historia de las drogas, 3*. 3ª edición revisada y ampliada. Madrid: Alianza Ed.
- Escohotado, A. (1997). *La cuestión del cáñamo*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Escohotado, A. (1999). *Historia General de las Drogas, incluyendo el apéndice Fenomenología de las Drogas*. 2 ed. Madrid: Espasa Calpe.
- European Commission. *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007. Full Report*. European Communities, 2009.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. 6ª reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. 2ª edición. México D.F.: Siglo XXI, 2012.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). *Problemas de drogas aquí y ahora*. Madrid: FAD, 2009.
- GALILEU. *Dossie: Maconha*. Ed. 258. Sao Paulo; enero de 2013.
- Hall, W., Room, R. and Bondy, S. (1995). *WHO Project on Health Implications of Cannabis Use: A Comparative Appraisal of the Health and Psychological Consequences of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use*; National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, and Addiction Research Foundation, Toronto.
- Inglis, B. (1994). *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. Gerona, España: Tikal Eds.
- Jefferson, Th. (1782). *Notas sobre Virginia*. En: Escohotado, A. (1995, 2).
- Jelsma, M. (2003). *Las drogas en el sistema de la ONU: la historia no escrita de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas*. *The Transnational Institute*, abril de 2003.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). E/INCB/1994/Supp. 1. *Eficacia de los tratados internacionales de control de drogas, Suplemento al Informe de la JIFE para 1994*, Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
- Kant, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. En: Diego Gracia. *El autocontrol en los consumos: Utopía o exigencia*. FAD (2009).
- Kant, I. (1784). *¿Qué es la Ilustración?. Y otros escritos de ética, política y filosofía de la historia*. Madrid: Alianza Ed., 2011.
- Leinwand, M. A. (1971). *The International Law of Treaties and United States legalization of marijuana*. *Columbia Journal of Transnational Law*, Vol. 10, 413-441.
- Lucas, P. et al. (2012). *Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients*. *Addiction Research and Theory*, 20 September 2012.
- Mikuriya, T. H. (2004) *Cannabis as a Substitute for Alcohol: A Harm-Reduction Approach*. *Journal of Cannabis Therapeutics*, Vol. 4(1).
- Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes, UNODC, OEA/CICAD. *Estudio nacional e consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008*. Bogotá D.C.: Ed. Guadalupe, 2009.
- Moreau, J.J. “*Lypemanie avec Stupeur: Tendence á la demence, Traitement par l’extract Guerison, Resineux de Cannabis indica*”, *Gazette des Hopitaux Civils et Militaires* 30, 1857, p. 391. En: Conrad (1998).
- Musalem Nazar, P. y Sánchez Bustos S. (Comp.) *Aportes para una nueva política de drogas*. Colegio Médico de Chile. Santiago de Chile: Eds. Tierra Mía, 2012.

- Musto, David F. (1973). *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Yale University Press.
- Musto, David F. (1993). *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en EU*. Edición aumentada. Bogotá D.C.: Eds. Uniandes y Tercer Mundo Eds.
- OEA / CICAD – Observatorio Interamericano de Drogas. *Informe comparativo de consumo de drogas en Colombia y otros países de Suramérica – 2008, con datos ponderados para la población de 15 a 64 años*. (Informe no publicado).
- OEA. *El problema de las drogas en las Américas. Introducción e informe analítico*. Washington: OEA – Secretaría General; mayo de 2013.
- OEA. *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025*. Washington: OEA - Secretaría General; mayo de 2013.
- OMS/OPS, SSA & Oxford University Press. *La Política de Drogas y el Bien Público. El grado de riesgo o daño que implican distintas sustancias*. Washington D.C., 2010.
- Padua, J. P. *Entre excitación y torpeza: Sociedad civil y política de drogas*. En: Touzé, G. y Goltzman, P. (2011).
- Rawls, J. *Teoría de la justicia* (1979). México: Fondo de Cultura Económica.
- Rawls, J. (1996). *El liberalismo político*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Rawls, J. (2002). *La justicia como equidad: una reformulación*. Barcelona: Paidós.
- República de Colombia. Gaceta de la Corte Constitucional – 1994. Edición Extraordinaria. *Sentencia No. C-221 de mayo 5 de 1994. Despenalización del consumo de la dosis Personal de Estupefacientes*. Bogotá D.C.
- Russo, E. B. (2007). *History of Cannabis and Its Preparations in Saga, Science, and Sobriquet*. En: *Chemistry & Biodiversity* – Vol. 4-
- Salvat, Jordi (1996). *Érase una vez el cannabis en la historia*. En: *Ajoblanco, Especial Marihuana*. 3ª edición. Barcelona: Eds. Culturales ODEÓN, Primavera de 1996.
- Sánchez Bustos, S. *Contexto histórico del uso y figuración social actual de las drogas*. En: Musalem Nazar, P. y Sánchez Bustos S. (2012).
- Savater, F. *Tesis sociopolíticas sobre las drogas*. En: *Los costos del prohibicionismo de las drogas*. Coloquio Internacional en Bruselas, 1988. Bogotá: ICFES-MEN-UNDCP, 1990.
- Schroeder, Richard C. (1982). *El mundo de las drogas (The Politics of Drugs)*. México D.F.: EDAMEX, 1990.
- Sen, A. (2009). *La idea de la justicia*. 1ª reimpresión. Bogotá D.C.: Taurus, 2010.

- Sinha, J. *The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions. Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Law and Government Division, Canada, 2001.*
- Spinoza, B. (1670). *Tratado teológico-político*. Madrid: Ed. Gredos, 2011.
- Strang, J. *Guidelines to improve opiate agonist maintenance treatments: the challenge of translating evidence-based guidelines into practice*. Technical seminar on drug addiction prevention and treatment: from research to practice. Viena: UNODC, 16-18 de diciembre de 2008. Presentación en Ppt.
- Swartz, R. *Medical marijuana users in substance abuse Treatment. Harm Reduction Journal* 2010, 7:3.
- Szasz, T. (1994). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Szasz, T. (1996). *La farmacopea política del Estado Terapéutico*. En: *Ajoblanco, Especial Marihuana*. 3ª edición. Barcelona: Eds. Culturales ODEÓN, primavera de 1996.
- Touzé, Gabriela y Goltzman, Paula (Comp.). *América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre políticas de drogas*. Buenos Aires: Intercambios, 2011.
- United Nations International Drug Control Programme (UNDCP). *Declaración del Director Ejecutivo del PNUFID en la 37ª Sesión de la Comisión de Estupefacientes*. Viena: ONU, 13 de abril de 1994.
- UNDCP. *World Drug Report*. Oxford University Press, 1997.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2012*. Nueva York: Naciones Unidas; junio de 2012.
- Varenne, G. (1973). *El abuso de las drogas*. Madrid: Guadarrama.
- Weber, M. (1919). *La ciencia como profesión. La política como profesión*. Madrid: Espasa Calpe, 2007.
- World Health Organization (WHO). *The Global Burden of Disease, Alan D. Lopez, Epidemiology and Burden of Disease Team, Organización Mundial de la Salud*. 2020 Focus 5, Brief 2, febrero de 2001.
- WHO/MSA/PSA/97.4. *Cannabis: Una perspectiva sanitaria y agenda investigativa; Programa de la OMS sobre Abuso de Sustancias, 1997.*

El autor:

Carlos Arturo Carvajal García, psicólogo de la Universidad de los Andes, con estudios de *magister* en Planificación y Administración del Desarrollo Regional en la misma universidad. Catedrático, investigador, coordinador y asesor de programas de prevención del abuso de sustancias psicoactivas en Colombia y otros países de América Latina y el Caribe. Co-autor de la “Declaración de principios rectores de la reducción de la demanda de drogas”, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1998. Durante casi dos décadas funcionario, consultor y miembro del grupo internacional de expertos en reducción de la demanda de drogas de Naciones Unidas (UNODC). *Master Trainer* en tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia del programa global *Treatnet* de UNODC y OMS (Red Mundial de Centros de Tratamiento y Rehabilitación). Ex-asesor de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría Distrital de Salud/ Dirección de Salud Pública en políticas y estrategias sobre drogas (2012-2014).

Correo electrónico: carloscarvajalster@gmail.com