

# ➤ Cannabís, ciencia y diplomacia: la base de la evidencia y el sistema regulatorio internacional de drogas, 1924-1961<sup>1</sup>

James H. Mills

*Ningún gobierno debe tomar medidas unilaterales sin considerar el impacto de sus acciones y, en última instancia, las consecuencias para todo un sistema que tomó a los gobiernos casi un siglo establecer.*

**E**n 2003, David Blunkett, entonces Secretario de Estado para Asuntos Internos, trató de reclasificar el cannabis, asegurando se que aquellas personas capturadas en posesión de esta sustancia en el Reino Unido no fueran arrestadas. Su acción fue inmediatamente condenada por Philip Emafo, quien empleó la cita reseñada arriba para criticarlo. En ese momento, Emafo era Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas, y ostentaba la autoridad más alta del mundo en materia de drogas. El reproche de Emafo hacia Blunkett reflejaba la historia.

Este documento empieza por responder la cuestión planteada por la reacción de Emafo, a saber: ¿estaba Emafo en lo correcto al mostrarse confiado en que la historia apoyaba su argumento? En otras palabras, ¿era seguro presumir que el siglo de acciones regulatorias sobre el cannabis se había caracterizado por decisiones sensatas, fundadas en razones valederas, que habían resultado en un enfoque coherente y bien pensado para controlar la droga, una historia sobre la cual ningún gobierno sensato podría considerar realizar mejoras? La discusión aquí se enfocará en un aspecto de la evidencia base –los datos científicos que fueron presentados en momentos clave para la incorporación del cannabis al sistema regulatorio internacional de las drogas–, a fin de entender qué tipo de información yace detrás de la expansión del rango de drogas incorporadas al sistema a lo largo del siglo XX.

## LA SEGUNDA CONFERENCIA SOBRE OPIO Y CANNABIS EN GINEBRA

El cannabis hizo su ingreso al sistema regulatorio internacional de drogas en 1925, durante la Convención sobre Opio en Ginebra realizada ese año. El contexto completo de la convención es explorado en otro documento<sup>2</sup> pero, en resumen, la delegación egipcia tomó la iniciativa de incluir el cannabis en la agenda que había sido inicialmente diseñada para discutir temas relacionados al opio, opiáceos y cocaína. Muy pocas otras delegaciones contaban con mayor información disponible sobre el cannabis, y una retórica impresionantemente persuasiva de los representantes egipcios parece haber bastado para convencer a la mayoría de los asistentes de los argumentos contra esta droga. Los dramáticos anuncios sobre las

<sup>1</sup> Este documento proviene de una investigación financiada por el ESRC (RES-000-27-0018), y la Fundación Wellcome (WT085432/Z).

<sup>2</sup> James H. Mills, *Cannabis Britannica: Empire, Trade, and Prohibition 1800-1928* [Cannabís Británica: Imperio, Comercio y Prohibición 1800-1928] (Oxford University Press, 2003), 152-87.

implicaciones del consumo de cannabis para la salud mental en Egipto tuvieron considerable impacto, debido a que el delegado principal de ese país, Mohammed El Guindy, pudo apoyar estos anuncios con estadísticas. Durante su discurso de apertura sobre el tema, el delegado sostuvo que el “consumo ilícito de hachís es la principal causa de la mayoría de los casos de demencia que ocurren en Egipto... en términos generales, la proporción de casos de demencia causada por el consumo de hachís varía de 30 a 60 por ciento del número total de casos que se producen en Egipto”. Evidencias similares fueron incluidas en el documento oficial “*Memorandum with reference to hashish as it concerns Egypt*” [Memorándum con referencia al hachís en lo que concierne a Egipto], presentado por esa delegación en apoyo de los discursos de El Guindy. Sin embargo, en este documento las cifras eran aún más alarmantes, alegando que “cerca del 70 por ciento de las personas dementes en asilos para desquiciados en Egipto ingieren o fuman hachís”.<sup>3</sup>

A lo largo de la campaña desplegada por la delegación egipcia, éste fue el único material presentado que podría ser considerado como evidencia “médica” o “científica”. Puede sostenerse que, si las cifras eran confiables, ésta era toda la evidencia necesaria. Sin embargo, ello también plantea la cuestión respecto al origen de las estadísticas, y cuán convincentes eran éstas. Sus orígenes recaen en la Oficina sobre Demencia de Egipto. Esa agencia había sido el feudo personal de un ciudadano inglés durante más de un cuarto de siglo. John Warnock fue nombrado para ocupar este cargo por el Departamento de Salud Pública en El Cairo en 1895, en momentos en que Egipto formaba parte del Imperio Británico. En ese momento, él había estado trabajando en el asilo británico durante más de una década, y se le consideraba la persona ideal para reformar el Asilo de Abbasiya. Warnock permaneció a cargo de esta tarea hasta 1923, tiempo durante el cual expandió la institución existente, construyó un nuevo hospital, redactó leyes sobre salud mental en Egipto, y creó todo un nuevo Departamento dedicado a la Demencia, dentro del Ministerio del Interior de la colonia. Al momento de su jubilación, casi 2,500 egipcios había recibido tratamiento en alguna ocasión en las unidades del Departamento de Demencia.

Warnock parece haber desarrollado escasos vínculos con el lugar que sería su hogar durante una porción tan considerable de su vida. Él admitía no haber estudiado el idioma árabe escrito, y dijo que le parecía “imposible aprender todas las lenguas necesarias para conversar con todos los pacientes y sus amigos”, y que su comprensión de la lengua nativa era tal que sólo podía “dar a entender lo que [él] quería, e impartir órdenes”. El país lo agotaba, y hacia 1916 tuvo que tomar una prolongada licencia debido al estrés que le causaba su trabajo en Egipto, tensión que se había exacerbado por la presencia de soldados afectados por la neurosis de la guerra, provenientes de las campañas que se libraban en África durante la Primera Guerra Mundial. Warnock descartaba despectivamente las ambiciones políticas de los egipcios después de la guerra, y advertía que la “auto-determinación estaba resultando ser un desorden mental infeccioso”.<sup>4</sup> A pesar de esta aparente ausencia de simpatía por la sociedad que lo rodeaba, Warnock estaba convencido de poder identificar la causa principal de la demencia en la población egipcia. Esta causa era el consumo de cannabis.

Su primer año en el asilo fue un período particularmente difícil. Warnock llegó a su puesto en febrero de 1895 y anotó las siguientes dificultades:

*Aparte de la casi completa falta de fondos, mi total ignorancia del árabe y la absoluta ignorancia de cualquier idioma que no sea árabe por parte de los pacientes y el personal me impidieron hacer cosa alguna durante cierto tiempo. Ni siquiera podía decirle al sirviente que cierre la puerta ni preguntarle a un paciente su nombre. No tenía intérprete. Sin embargo, después de un tiempo, encontré a un paciente que podía escribir inglés*

3 Propuesta de la Delegación Egipcia para la Inclusión del Hachís, 12 de diciembre de 1924, PRO HO 144/6073.

4 John Warnock, “Twenty-Eight Years’ Lunacy Experience in Egypt (1895-1923)” [Experiencia de Veintiocho Años con la Demencia en Egipto], *Journal of Mental Science*, 70 (1924): 233-261.

*y durante un tiempo lo tuve empleado para traducir cartas en árabe, etc., hasta que se descubrió que éste insertaba numerosos datos incorrectos que correspondían a sus delirios. En ese tiempo no disponía de un empleado que hablase inglés o francés. Durante un tiempo, y respecto a la mayoría de las cosas, sólo podía observar y adivinar lo que pasaba*<sup>5</sup>.

Sin embargo, pese al espectro de dificultades encontradas para reunir detalles precisos sobre los pacientes —incluyendo problemas de traducción, información deliberadamente errada, falta de comunicación con el personal, y dependencia de conjeturas—, al cabo de 10 meses de su llegada Warnock sostenía poder elaborar una crónica acertada de las causas de enfermedades mentales en el asilo. Tal crónica está contenida en el documento *"The Cairo Asylum: Dr Warnock on Hasheesh Insanity by TS Clouston MD Edinburgh"* [El Asilo de El Cairo: Elaboración del Dr. Warnock sobre Demencia Producida por Hachís, Dr. Thomas S. Clouston, Edimburgo], aparecido en la publicación *Journal of Mental Science* en 1896. Éste era el resumen de las observaciones realizadas por Warnock sobre las estadísticas del asilo que su hospital había generado durante el período desde su llegada en febrero, hasta fines de 1895. Las estadísticas de Warnock constituían el núcleo del argumento de Clouston y, tras señalar cifras tales como: "en el 41 por ciento de todos sus pacientes varones, el hachís —consumido solo o en combinación con alcohol— provocaba la enfermedad", éste concluía: "No tengo duda alguna que en un gran número de casos el hachís es la principal, sino la única, causa de la enfermedad mental". Clouston proseguía señalando los rasgos clínicos de esta "Demencia causada por el Hachís", la misma que incluía "un estado de euforia y temeridad, en el cual frecuentemente existen alucinaciones ópticas y delirios de que el diablo se apodera del sujeto", o incluso "alucinaciones aterradoras, miedo de los vecinos, conducta escandalosa, agitación y conversación incesantes, falta de sueño, agotamiento, incoherencia pronunciada y completa inmersión en ideas dementes". Las estadísticas, sumadas a la exótica ubicación, parecieron suficientes para convencer a T.S. Clouston, quien exclamó: "Ésta es la última palabra en relación al hachís y la demencia que éste produce".<sup>6</sup>

Pese a la franca admisión por parte de Warnock de no saber mucho sobre lo que ocurría a su llegada a Egipto —y a que, de hecho, no contaba con medios confiables para remediar tal situación sin arriesgarse a lanzar sus propias conjeturas y tratar de interpretar las lunáticas traducciones de su delirante empleado—, al cabo de un año de asumir el cargo, parece que el británico estaba satisfecho con sacar conclusiones precipitadas sobre la causa de la enfermedad entre una considerable proporción de sus pacientes. Es muy posible que para entonces hubiese ya leído un informe anterior sobre la enfermedad mental en Egipto, pero ciertamente hacia el final de su carrera ya lo conocía y lo citaba en su artículo que escribió en 1924; en dicho informe sostenía que "en el caso de los varones, la aparición de la demencia era atribuida en casi todos los casos a una de tres causas: el consumo de hachís, alguna decepción o pesar, y excitación religiosa. De estas tres, la primera es de lejos la más frecuente".<sup>7</sup> Cualquiera sea el caso, éstas fueron las conclusiones a las cuales se apegó. En 1903, Warnock publicó una extensa crónica de sus observaciones en el asilo. Una vez más, se apoyó en evidencia numérica para demostrar su argumento: "en Egipto, hay estadísticas disponibles desde el año 1895. A lo largo de seis años, entre 1896 y 1901, de los 2,564 casos de varones dementes admitidos en el Asilo en El Cairo, 689 fueron atribuidos al abuso de hachís, es decir, casi 27 por ciento". Warnock citaba estadísticas de la India para realizar comparaciones: "entre 1882 y 1892, el cáñamo de la India provocó del 25 al 35 por ciento de los casos de demencia admitidos en asilos en Bengala", a pesar de que la confiabilidad de tales cifras era cuestionada incluso por la propia Comisión de Droga del Cáñamo de la India (IHDC, siglas en inglés). Warnock se esforzó por refutar las conclusiones de la IHDC y enfatizó que, "mi experiencia no

5 Thomas S. Clouston, "The Cairo Asylum: Dr. Warnock on Hasheesh Insanity" [El Asilo de El Cairo: Dr. Warnock Expone sobre la Demencia producida por el Hachís], *Journal of Mental Science*, 42 (1896): 793-794.

6 Ibid.

7 A. R. Urquhart y William S. Tuke, "Two Visits to the Cairo Asylum, 1877 and 1878" [Dos Visitas Realizadas al Asilo de El Cairo, 1877 y 1878], *Journal of Mental Science* 25 (1879-80): 43-53.

confirma la creencia por parte de la Comisión de la India respecto a que el cannabis indico sólo en ocasiones causa demencia. En Egipto, éste la provoca con frecuencia". Se esforzó en resaltar que sus estadísticas eran totalmente confiables. Lo hizo argumentando que cada paciente contabilizado como afectado por demencia causada por el hachís había sido correctamente diagnosticado. Warnock no creía en los informes policiales sobre consumo de hachís, ni daba mucho crédito a los parientes de los internos. De hecho, tampoco creía en los propios pacientes, señalando que "se sabe por experiencia que las airadas protestas y negativas del hábito identifican a un redomado fumador de hachís". En lugar de ello, Warnock se apoyaba en su propia intuición y seguía cuestionando a los pacientes hasta obtener una confesión.

Vale la pena considerar cuán confiable era este método para establecer que un caso correspondía a consumo de cannabis. En 1895, Warnock declaró creer que uno de los síntomas clave de la debilidad mental causada por la demencia del hachís consistía en que las personas afectadas "niegan consumir hachís". Warnock aclaró en 1903 que, "cuando el estado mental del paciente mejora, éste es cuestionado nuevamente respecto al hachís y, antes de ser dado de alta, se le anima a dar detalles completos sobre su hábito". Entonces, pareciera que los procedimientos seguidos en el hospital de Warnock estimulaban a los internos a confesar el consumo de preparaciones de cannabis, por cuanto el último escollo consistía en otro interrogatorio sobre el tema de consumo de cannabis, a cargo de un doctor quien admitía que consideraría una negación del hábito como síntoma de problemas mentales.

De hecho, sus propias conclusiones eran más ambiciosas de lo que resultaba justificado. Basándose en su experiencia de casos en el asilo, que él consideraba eran causados por consumo de cannabis, Warnock extraía observaciones generalizadas tales como: "el consumo de cannabis indico en Egipto parece tener efectos mentales y sociales más graves que en la India, y es responsable por gran número de casos de demencia y delincuencia en este país". Sin embargo, Warnock también admitía que, "respecto a si el consumo excesivo de drogas de cáñamo es más común aquí que en la India, no puedo dar mi parecer, pero miles y miles de personas lo consumen aquí diariamente"; y de hecho fue más allá al señalar que, aunque "muchas miles de personas fuman hachís, comparativamente sólo unos pocos sufren de los graves síntomas tóxicos".<sup>8</sup> En otras palabras, Warnock lanzó amplias generalizaciones sobre el consumo de cannabis y sobre quienes lo fumaban, generalizaciones destinadas a aplicarse a todos los consumidores, en todo Egipto, a pesar de que él sólo había visto a una pequeña proporción de ellos en los hospitales. Nunca pareció preocuparle si ésta era una proporción representativa de los consumidores de cannabis en el país, y amplió sus conclusiones extraídas a través de su contacto con personas perturbadas en el asilo, para aplicarlas a miles de ciudadanos egipcios comunes y corrientes que consumían hachís, y que sin embargo nunca habían estado bajo su escrutinio. En resumen, su método para establecer que un sujeto internado en su hospital era consumidor resultaba cuestionable, y las conclusiones que extraía sobre el consumo de cannabis en general se basaban simplemente en la pequeña muestra de personas que terminaban en su hospital, entre todos los muchos consumidores que existían en Egipto. Al igual que en la India durante el siglo XIX, los hábitos en que incurría gran parte de la población local recibían la condena de médicos coloniales que no tenían idea de lo que ocurría fuera de las paredes de los hospitales, y a quienes nunca se les había ocurrido que una pequeña banda de lunáticos no podía ser de ninguna manera considerada una muestra representativa sobre la cual se podían basar observaciones respecto a la sociedad en su conjunto<sup>9</sup>. Fue en estas circunstancias que se generó la evidencia científica que garantizó la incorporación primigenia del cannabis en el sistema regulatorio internacional para el control de las drogas.

<sup>8</sup> John Warnock, "Insanity from Hasheesh" [Demencia Producida por el Hachís], *Journal of Medical Science* 49 (1903): 96-110.

<sup>9</sup> James H. Mills, *Cannabis Britannica: Empire, Trade, and Prohibition 1800-1928* [Cannabis Británica: Imperio, Comercio y Prohibición 1800-1928] (Oxford University Press, 2003), 93-123.

## LA OMS Y LA CONVENCIÓN ÚNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES DE 1961

Durante las tres décadas siguientes, el cannabis siguió representando una incómoda presencia en el sistema regulatorio internacional de drogas. A menudo ignorado en las deliberaciones en la Sociedad de Naciones y luego en las Naciones Unidas, cuando figuraba en las discusiones provocaba opiniones divididas y causaba confusión a quienes no estaban familiarizados con la sustancia. Como tal, vino a ser una especie de alivio para la Comisión de Estupefacientes del Secretariado de las Naciones Unidas cuando, en 1952, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Drogas Narcóticas emitió una clara declaración sobre el tema de si las sustancias que se elaboraban de esta planta servían algún fin útil. El Comité era de la opinión que las preparaciones hechas de cannabis eran prácticamente obsoletas y que, por cuanto concernía al Comité, no había justificación para el uso médico de preparaciones hechas de cannabis.<sup>10</sup>

De un plumazo, una serie de sustancias que durante siglos habían figurado en los sistemas médicos de sociedades en África, Asia y otros lugares, junto con las preparaciones alopáticas de la planta que se habían desarrollado desde el siglo XIX, fueron declaradas sin valor. El Secretariado de las Naciones Unidas adoptó de buena gana la declaración, la cual eventualmente se vería consagrada en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la pieza central del sistema regulatorio internacional de este período.

La evidencia para fundamentar la postura de la OMS puede encontrarse en la declaración contenida en el documento *"The Physical and Mental Effects of Cannabis"* [Los Efectos Físicos y Mentales del Cannabis] presentado a la Comisión de Estupefacientes en 1955. Su autor era Pablo Osvaldo Wolff, quien se había desempeñado como Secretario del Comité de Expertos sobre Drogas que Crean Adicciones de la OMS. La declaración resultaba condenatoria en sus revelaciones y en su tono, y recurría a más de 50 publicaciones y documentos científicos en apoyo de su argumento. Entre esas publicaciones figuraba aquella escrita por John Warnock, que se ha discutido antes. Muchos de los documentos habían sido considerados por el Sub-Comité sobre Cannabis de la Sociedad de Naciones, el cual había reunido pacientemente información sobre la planta y sus preparaciones durante cinco años, entre 1935 y 1940, sólo para encontrar que no podía llegar a conclusiones claras o definitivas pues cada vez era más evidente que los temas involucrados resultaban cada vez más complejos.

Wolff fue enfático al declarar que había tenido éxito en llegar a conclusiones claras, allí donde su predecesores habían fracasado, porque no tenía paciencia para tratar con quienes "minimizaban la importancia de fumar marihuana". El informe escasamente se refería a los efectos físicos del consumo: "entre quienes fuman cannabis son frecuentes las enfermedades del tracto respiratorio, esquistosomiasis y problemas circulatorios, así como las afecciones del sistema digestivo que se vuelven refractarias, etc." El autor estaba más preocupado por los efectos mentales. Wolff abarcó ampliamente los trabajos presentados por otros autores, y planteó sus observaciones sobre diversas condiciones tales como "intoxicación transitoria", "manía derivada del hachís", "psicosis aguda asociada con la privación de cannabis índico a personas adictas", o "un cierto vínculo entre el consumo crónico de cannabis y el cuadro atípico de esquizofrenia".

Wolff se refirió a evidencias provenientes de su propia investigación para tratar de convencer a los delegados en las NN.UU. que estas condiciones médicas no constituían simplemente riesgos para los consumidores individuales sino que más bien eran amenazas a la sociedad en su conjunto y, con ello, concitó más atención. Wolff recurrió a "recortes periodísticos de diarios publicados en países sudamericanos, los cuales sufren especialmente las consecuencias del abuso de marihuana, y que el escritor ha venido coleccionando durante años". Obviamente consciente de cuán frágil lucía el argumento, se vio forzado a admitir que los recortes eran de un carácter "un tanto sensacionalista", pero se aseguró de insistir en la recurrencia de tales historias,

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud, *Third session of the World Health Organization Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction* [Tercera sesión del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Drogas Responsables por Crear Adicciones] (Ginebra, 1952), [http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin\\_1952-01-01\\_3\\_page008.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1952-01-01_3_page008.html).

así como en las declaraciones policiales mencionadas en los artículos, que “prueban que éstos ser ciertos”. Habiendo hecho esto, seleccionó los incidentes más alarmantes; “Cuatro jóvenes, el menor de ellos de 16 años de edad, robaron y asesinaron al empleado de una gasolinera. La defensa admitió que se encontraban tan intoxicados con marihuana que no sabían lo que hacían. El jurado se rehusó a aceptar este hecho como defensa y declaró a todos ellos culpables de homicidio en primer grado”. A pesar de reconocer la debilidad de tal evidencia, no dejó a sus colegas dudar sobre la “influencia criminológica de la resina de cannabis”, y concluyó que el “cannabis constituye una droga peligrosa desde todo punto de vista, ya sea físico, mental, social o criminológico”.<sup>11</sup>

El Sr. Yates, miembro del Secretariado, felicitó a Wolff por su informe presentado ante la Comisión, considerando que éste “encarnaba no sólo una declaración de hechos, sino también una serie de apreciaciones críticas”.<sup>12</sup> El Presidente de la Comisión, el representante por Francia, Charles Vaille, y Harry Anslinger, tuvieron el cuidado de hacer constar su aprecio por los esfuerzos desplegados por Wolff. Curiosamente, un libro publicado con anterioridad por Wolff y que contenía el mismo material, fue empleado como evidencia en un juicio por asesinato en Gran Bretaña en 1952; en esta ocasión, la información fue descartada por un médico inglés quien, luego de escuchar pasajes del libro, concluyó lo siguiente: “En lo personal, me producen desconfianza ciertos materiales elaborados al otro lado del Atlántico”. No hubo tales reparos por parte de la Comisión de Estupefacientes, la cual acordó que la crónica de Wolff fuera enviada a su entidad superior, el Consejo Económico y Social de las NN.UU.<sup>13</sup>

## CONCLUSIÓN

La intención de este documento no es argumentar que la ciencia que subyace a la incorporación del cannabis en el sistema regulatorio internacional de las drogas era fallida y, en consecuencia, resulta errada la actual inclusión de las preparaciones de la planta en la lista mundial de drogas prohibidas. El cannabis es una sustancia compleja con la cual continúan lidiando farmacólogos y científicos médicos, y que promete desafiar en el futuro próximo las generalizaciones facilistas para fines de gestión de políticas. Antes bien, la idea ha sido tratar de entender el papel que el conocimiento y la evidencia juegan en la evolución del sistema regulatorio internacional de las drogas, particularmente en la medida en que éste se expandía más allá del opio desde la década de 1920. Este artículo ha sugerido adicionalmente que, en momentos clave de esta historia y en relación al cannabis, la evidencia presentada y, de hecho, aceptada como justificación para las acciones tomadas, tenía un origen cuestionable y fue fácilmente adoptada con escaso escrutinio.

¿Qué significa ello para quienes contemplan la historia más amplia de la evolución del sistema regulatorio internacional de drogas, y consideran su posible futuro? Los episodios narrados arriba retrotraen la atención hacia la base de evidencia que ha sido presentada en el pasado para todas las decisiones clave, en relación no sólo al cannabis sino respecto a la lista más amplia de drogas. Si el material reunido en apoyo de la inclusión de las preparaciones de cannabis en el sistema regulatorio internacional de drogas fue tan nimio, se plantea la cuestión sobre cuán endeble puede haber sido la evidencia presentada similarmente para imponer controles sobre otras drogas. Historiadores como Frank Dikotter y Yangwen Zheng han empezado a responder a esta pregunta, reexaminando los supuestos que se formularon sobre el mercado del opio en China durante el siglo XIX, que subyacen a los orígenes del sistema regulatorio internacional de drogas. Estos historiadores han

11 *The Physical and Mental Effects of Cannabis, Additional Study* [Los Efectos Físicos y Mentales del Cannabis, Estudio Adicional], 17 de marzo de 1955, BL, WHO/APD/56, p. 32.

12 Comisión de Estupefacientes, Resumen de la Décima Sesión de la Reunión Número Doscientos Sesenta y Seis, 20 de abril de 1955, BL, UN, E/CN.7/SR 266, p. 14.

13 Comisión de Estupefacientes, Resumen de la Décima Sesión de la Reunión Número Doscientos Sesenta y Siete, 21 de abril de 1955, BL, UN, E/CN.7/SR 267, p. 4.

sostenido que tales supuestos se basaban en tergiversaciones y malentendidos sobre las culturas de consumo y las agendas políticas en la China de este período.<sup>14</sup> Queda por verse si la evidencia relacionada a otros aspectos del establecimiento y desarrollo del sistema regulatorio internacional de drogas resiste el escrutinio.

En cualquier caso, esta débil base de evidencias debe actuar como un freno para políticos y funcionarios como Philip Emafo, quien trata de usar la longevidad del sistema para defenderlo, asumiendo que su historia es racional y bien fundamentada. Si el sistema no está fundado en una base sólida de evidencias ni en una evaluación racional de dicha base, entonces, ¿qué lo impulsa? Otros, como William McAllister y David Courtwright, están en una mejor posición de ofrecer una respuesta cabal pero ciertamente, al menos en relación al cannabis, el caso es que las ambigüedades políticas y diplomáticas, los prejuicios personales y morales y las fuerzas burocráticas han sido importantes factores. Para aquellos que piensan sobre el futuro del sistema, resulta importante reconocer esto, y también darse cuenta que la mayoría de esas agendas políticas, posturas morales y fuerzas burocráticas han desaparecido desde hace mucho, y son recuerdos distantes de una época de imperialismo europeo, Guerras Mundiales, jerarquías raciales y valores desacreditados.

Si quienes abordan problemas contemporáneos quieren enfrentar el problema de las drogas y su consumo de una nueva manera, entonces la lección del pasado consiste en rechazarlo. Debe dejarse a un lado el *statu quo* como algo teñido por la confusión y la complicidad de generaciones anteriores, antes que algo formado por su sabiduría, y empezar con una hoja en blanco y una honesta declaración de intereses. Incluso si lo que emerge de tal proceso se asemeja a lo que está vigente actualmente, al menos se habrá arribado a ello mediante un proceso plenamente informado y transparente, antes que en una secuencia retorcida por los flujos de la historia del mundo. ■

---

<sup>14</sup> Zheng Yangwen, *The Social Life of Opium in China* [La Vida Social del Opio en China] (Cambridge University Press, 2005); Frank Dikotter, *Narcotic Culture: A History of Drugs in China* [Cultura de Estupefacientes: Una Historia de las Drogas en China] (University of Chicago Press, 2004).