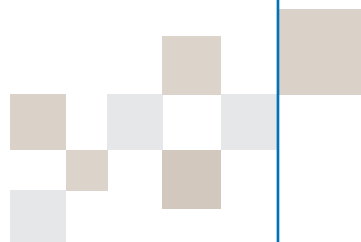


Reexamen de las bases “médicas y científicas” en la interpretación de las convenciones internacionales de drogas: ¿será que el “régimen” está desnudo?

Francisco E. Thoumi

- La Convención única de estupefacientes de 1961 ha sido ratificada por ciento ochenta y cinco países, y las Convenciones de 1971 y 1988 han recibido apoyo similar.
- No obstante, la consistencia lógica de las convenciones está en entredicho, porque, a pesar de la limitación de los usos de las drogas a los “fines médicos y científicos”, estos no están definidos en instrumentos cuya interpretación ha excluido cualquier contribución de las ciencias sociales.
- A esto se agregan problemas de traducción en las distintas versiones de las convenciones (árabe, chino, francés, español, inglés y ruso), que se traducen en debates acerca de las motivaciones de estos instrumentos.
- Mientras las convenciones no definan los conceptos de “médicos” y “científicos”, es imposible decir que solo existe una interpretación posible de ellas.
- La epidemiología médica y las ciencias sociales y humanas muestran, por otra parte, que la adicción a las drogas varía sustancialmente entre sociedades, de donde se deduce la imposibilidad de formular e implementar políticas al respecto basadas solo en la medicina y la ciencia.
- Todo ello obliga a pensar de nuevo en la utilidad de las convenciones como marco regulador para una política frente a las drogas con pretensiones universales.





Contenido

Introducción	5
¿Hay defectos lógicos en las convenciones y en su interpretación?.....	6
¿El preámbulo de las convenciones es suficientemente claro sobre sus propósitos?.....	8
¿Qué es la ciencia? ¿Existen las ciencias sociales?.....	9
La etiología y epidemiología de la producción, tráfico y consumo de drogas ilegales.....	12
La imposibilidad de formular e implementar políticas de drogas exitosas basadas solamente en la medicina y la ciencia	12
Algunas conclusiones	15
Algunos desafíos que enfrenta el sistema internacional de control de drogas.....	16
Bibliografía.....	19







Introducción¹

El sistema internacional de control de drogas surgió de la preocupación por el crecimiento de la adicción al opio en el siglo veinte, especialmente el ocurrido en China después de las guerras del opio. En 1909, en la Comisión del Opio de Shanghái la delegación de Estados Unidos, apoyada por China, propuso limitar su uso y el de otras drogas psicoactivas a los “fines médicos y científicos”². Otros países se opusieron a los esfuerzos para controlar internacionalmente a sus florecientes industrias farmacéuticas. Además, los poderes coloniales que producían y exportaban opio o permitían su consumo sostenían que el uso “cuasi médico” de las drogas era legítimo y que la regulación de los mercados era mejor que la prohibición total de los usos “no médicos o científicos” (Collins, 2015; Thoumi, 2015). La Comisión produjo una serie de recomendaciones no vinculantes y no apoyó la propuesta estadounidense y china.

Estados Unidos continuó buscando la misma restricción al uso de las drogas en las conferencias en las que se negociaron la Convención del opio de La Haya de 1912, y las convenciones de 1925, 1931 y 1936 de la Sociedad de Naciones. Sin embargo, no logró su objetivo, llegando incluso a retirarse de la Conferencia de 1925 debido a ello. En la Sociedad de Naciones Estados Unidos solo firmó la Convención de 1931, en la que se avanzó en la meta de controlar el uso de las drogas.

Al final de la segunda guerra mundial la política del control internacional de drogas había cambiado drásticamente y el sistema de control se desarrolló bajo la conducción del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Durante los años cuarenta y cincuenta el desorden y la ilegalidad en el mercado del opio hicieron que Estados Unidos liderara un movimiento para crear una Convención única que consolidara todas las normas y tratados internacionales y estableciera un sistema que controlara la producción global, con el propósito de limitar los usos de las drogas a las necesidades “médicas y científicas”³. A pesar de estos esfuerzos, las negociaciones sobre la Convención se estancaron, lo que llevó a transar un acuerdo que produjo el Protocolo del opio de 1953, cuyo artículo 2º afirma que “las Partes limitarán el uso del opio exclusivamente a sus necesidades médicas y científicas”. Sin embargo, este protocolo fue visto como un producto de matoneo diplomático, y muchos estados miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) rechazaron la limitación al número de países que podrían producir opio y otras medicinas para el mercado internacional. Por eso, a pesar de los esfuerzos de Estados Unidos, no pudo ponerse en vigencia durante los años cincuenta.

Entretanto, bajo liderazgo británico, la Convención única llegó a verse como un documento que contrarrestaría los excesos del Protocolo de 1953, que fue negociado en una Conferencia plenipotenciaria en 1961. Inicialmente, Estados Unidos rechazó el documento por ser muy débil, pero este recibió un apoyo abrumador entre los estados miembros y entró en vigencia en 1964. Estados Unidos finalmente lo ratificó en 1967. Esta Convención también se basó en la meta de limitar los usos de todas las drogas controladas a “los fines médicos y científicos”. El artículo 4º, párrafo reza:

1 Este ensayo se publicó originalmente en inglés, en un informe de la London School of Economics (LSE): “After the Drug Wars. Report of the LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy”, de febrero de 2016, y fue traducido por el autor, quien agradece los comentarios de Marcela Anzola y John Collins a borradores de este escrito.

El ensayo fue elaborado independientemente por Francisco E. Thoumi con sus propios fondos. Las opiniones expresadas son personales y no reflejan las de la Junta Internacional de Estupefacientes o de la Academia Colombiana de Ciencias Económicas.

2 Visiones panorámicas de la evolución del sistema internacional de control se encuentran en Collins (2012) y Thoumi (2015).

3 McAllister (2000) presenta un análisis histórico detallado de estos desarrollos.



Artículo 4°. Obligaciones generales

Las Partes adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias:

[...] Sin perjuicio de las disposiciones de la presente Convención, para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos (resaltado por el autor).

Sin duda, este fue el principal fin de la Convención, cuyo preámbulo afirma:

Las Partes,

Deseando concertar una Convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos.

Los Comentarios a la Convención única concuerdan con esa meta:

el objetivo del sistema internacional de estupefacientes es limitar a fines exclusivamente médicos y científicos el comercio y el uso de los estupefacientes controlados. Desde un comienzo este ha sido un principio básico del sistema multilateral de estupefacientes, aunque todos los tratados autorizan algunas excepciones al respecto. Las Convenciones de 1912 y de 1925 y el Protocolo de 1953 tenían disposiciones que incorporaban este principio. La ampliación gradual de la esfera de su aplicación constituye un aspecto característico de los procesos realizados en este sector del derecho de los tratados. Uno de los logros más importantes de la Convención única es haber puesto fin a las excepciones permitidas en tratados anteriores, a reserva únicamente de disposiciones transitorias de aplicación local y duración limitada (Naciones Unidas, 1989: 121).

Este ensayo explora la consistencia lógica de las convenciones de drogas porque, a pesar del enorme apoyo a la limitación del uso de drogas a los “fines

médicos y científicos”, estos no están definidos y su interpretación ha excluido cualquier contribución de las ciencias sociales. Además, como se muestra más adelante, las motivaciones expresadas en el preámbulo son confusas porque difieren en los diferentes idiomas oficiales de la ONU. Estos temas se analizan en las dos secciones siguientes.

La cuarta sección explora los conceptos de ciencia usados comúnmente, los que incluyen las ciencias “básicas” o “duras”, la medicina y las ciencias sociales. Siguen otras dos secciones que analizan la etiología y la epidemiología del consumo, la producción y el tráfico de drogas y la imposibilidad de formular políticas de drogas efectivas basadas solo en medicina y ciencias “duras”. Las dos últimas secciones presentan algunas conclusiones y algunos desafíos del sistema internacional de control de drogas.

¿Hay defectos lógicos en las convenciones y en su interpretación?

Las convenciones de drogas confían implícitamente en que la mejor política para proteger la “salud y el bienestar” de la humanidad es la de limitar el uso de las sustancias controladas a los fines “médicos y científicos”⁴. Esta fórmula, propuesta por primera vez en 1909, se inspiró en la confianza prevaleciente en ese tiempo en que los grandes desarrollos científicos recientemente obtenidos en medicina y otras ciencias permitirían que las sociedades disminuirían los daños sociales ocasionados por el uso de las drogas.

Sin duda, los países deben cumplir las convenciones, pero para evitar contradicciones y confusiones estas deben ser claras y lógicamente consistentes. Para evitar estos problemas, las convenciones por lo general definen cuidadosamente todos sus términos más importantes. En este aspecto, las convenciones

4 Preámbulo de la Convención única sobre estupefacientes de 1961.



de drogas son defectuosas, porque no definen sus dos términos más importantes: los “fines médicos y científicos”. En lenguaje jurídico, tienen una “laguna o vacío legal”: “una situación de vacío en la ley que ha sufrido la patología jurídica de omitir en su texto la regulación concreta de una determinada situación, parte o negocio, que no encuentra respuesta legal específica”⁵.

El primer artículo de las tres convenciones de drogas define los términos y conceptos importantes utilizados⁶. Las demás definiciones se refieren a los nombres de los órganos de drogas de la ONU y de sus funcionarios. Esta lista confirma que en la negociación de las convenciones fue importante aclarar de qué se estaba hablando para que no hubiera ambigüedades y confusión. Desafortunadamente, la interpretación de las convenciones depende fundamentalmente de las definiciones de medicina y ciencia que se utilicen, dado que estos términos no están definidos en las mismas. Además, la mención en el artículo 4º inciso c de la medicina y la ciencia como conceptos separados levanta dudas sobre si las convenciones consideran que la medicina es una ciencia o no, porque si es ciencia, no habría por qué separarlos.

No obstante, los comentarios a la Convención única dan algunas luces:

Los gobiernos no han interpretado de manera uniforme el término ‘fines médicos’ al aplicar las disposiciones de los tratados sobre estupefacientes que los contenían. Algunos han prohibido el consumo de estupefacientes por todos los toxicómanos, con excepciones únicamente cuando eran necesarias

para aliviar los sufrimientos durante el periodo de abstinencia; otros países han permitido el consumo de las cantidades mínimas necesarias para sobrevivir, por personas cuya toxicomanía es incurable. También ha habido algunos casos en los que se prohibió todo consumo de estupefacientes por toxicómanos, incluso cuando estaban bajo tratamiento por síndrome de abstinencia.

El término ‘fines médicos’ no comporta el mismo significado en todo momento y en toda circunstancia. Su interpretación debe depender del estado en que se hallen las ciencias médicas en el momento concreto de que se trate, y no solamente en la medicina moderna, a veces también calificada de ‘medicina occidental’, sino también en sistemas legítimos de medicina autóctona, como los que existen en China, la India y el Paquistán, que deben tenerse en cuenta a este respecto.

El término ‘fines médicos’ comprende los fines veterinarios y los dentales (Naciones Unidas, 1989: 121).

Estos comentarios muestran que los países han interpretado el término “fines médicos” de diversas maneras y reconocen métodos de las medicinas autóctonas tradicionales para tratar la adicción, inclusive sistemas de mantenimiento de ella, los cuales “deben tenerse en cuenta a este respecto”⁷, afirmación suficientemente vaga que requiere interpretación. De cualquier manera, aunque ni las convenciones ni los comentarios intentan definir medicina y ciencia, es posible especular por qué:

- ◆ Una posibilidad sería que todos sepamos claramente el significado de medicina y ciencia, por lo que no es necesario definir las.
- ◆ Otra que son conceptos tan complejos que no podrían ser discutidos adecuadamente en un documento político de un organismo complejo y multicultural.

5 https://es.wikipedia.org/wiki/Laguna_jurídica.

6 La siguiente es una lista parcial de los términos definidos: cannabis, planta de cannabis, resina de cannabis, arbusto de coca, hoja de coca, cultivo, estupefaciente, tráfico ilícito, importación, exportación, fabricación, opio medicinal, opio, adormidera, paja de adormidera, preparado, producción, producto, existencias especiales, existencias, territorio, región, locales, transportista comercial, decomiso, entrega vigilada, embargo preventivo, bienes, sustancia psicotrópica, estado de tránsito.

7 La versión inglesa de los comentarios utiliza “may be taken into account” (Naciones Unidas, 1973: 111), que no implica que “deben tenerse en cuenta”, sino que “podrían tenerse en cuenta”. Esta es otra inconsistencia que dificulta la interpretación de la Convención.



- ♦ Otra sería que la interpretación adecuada de las convenciones no requiere definir esos términos.
- ♦ Otra que las políticas de drogas deben ser formuladas por consensos dentro de la medicina, pero aceptando que estas sustancias podrían tener usos en investigaciones en las ciencias “duras”.

No hay duda que es posible formular otras hipótesis, pero en mi experiencia con quienes han participado en la interpretación e implementación de las convenciones he encontrado que la última hipótesis probablemente ha prevalecido porque muchos de ellos suponen implícitamente que las ciencias sociales y otras ciencias “blandas” no son ciencias ni deben tomarse en serio porque son simples especulaciones⁸. Por consiguiente, las políticas de drogas deben ser formuladas por científicos “duros” y médicos. La lógica de esta posición es sencilla: la medicina sabe muy bien cómo las drogas psicoactivas afectan negativamente el cerebro y el sistema nervioso central, y ese conocimiento le da a los toxicólogos y otros médicos, apoyados por otras ciencias “duras”, el poder para formular las políticas de drogas aplicables a toda la humanidad. Esto es como si el hecho de que los médicos estén acostumbrados a decidir qué drogas deben y no deben usar sus pacientes, justificara el que decidan por todas las sociedades en cualquier situación.

Independientemente de las razones, el hecho es que los órganos de drogas de las Naciones Unidas no han definido los “fines médicos y científicos”, pero han interpretado las convenciones de drogas desde una perspectiva que rechaza la legitimidad de las ciencias sociales y que le da al establecimiento médico el monopolio para decidir cuáles son los únicos usos legítimamente aceptables de las drogas psicoactivas.

8 En efecto, en mayo de 2012 después, del segundo día de la primera sesión a la que asistí como miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (Jife), un brillante y dinámico miembro de la Junta que la había liderado durante dos décadas, me explicó que las ciencias sociales no eran ciencias verdaderas, sino simples especulaciones. ¡Era obvio que yo había desperdiciado mi vida estudiando ciencias sociales durante cincuenta años!

Esto presenta un dilema lógico: como los términos clave que determinan las políticas requeridas para cumplir con las convenciones no han sido definidos, es lógicamente imposible establecer si una política cumple o no con ellas porque no es posible rechazar las justificaciones de las políticas por no tener una base científica. Por ejemplo, si las ciencias sociales son aceptadas como ciencias, los centros de inyección en los que se proporcionan agujas y jeringas limpias a los heroinómanos y se les hace una prueba de sus drogas para evitar la sobredosis y la intoxicación, justificados en estudios de costos y beneficios sociales y económicos, bien podrían cumplir con las convenciones. Pero si las ciencias sociales no son ciencias, estos centros las violarían.

La creencia de que las únicas ciencias son solamente las “básicas” o “duras” no se encuentra enraizada solamente en el régimen internacional de control de drogas. Por ejemplo, Humphreys y Piot (2012) reconocen la necesidad de tener en cuenta en la formulación e implementación de las políticas de drogas factores que van más allá de la “evidencia científica”, y afirman que “las investigaciones de la economía ayudan a que los artífices de política establezcan la eficacia de las políticas”⁹. Este argumento implica que los factores sociales deben tenerse en cuenta, pero que la economía y las ciencias sociales no son ciencias. El argumento, sin embargo, no da pautas sobre cómo deben tenerse en cuenta esos factores, lo que permite que quienes defiendan las políticas arguyan que sí lo hacen, sin tener que explicar cómo.

¿El preámbulo de las convenciones es suficientemente claro sobre sus propósitos?

El preámbulo de toda convención da información sobre las razones y motivaciones que incidieron en

9 Estos autores tienen credenciales académicas reconocidas, pero también experiencia práctica y han tenido posiciones claves en la Oficina Nacional de Políticas de Drogas, de la Administración de la Salud de los Veteranos (de guerra) de los Estados Unidos y del programa OMS-Sida.



su formulación, por lo que se espera que las políticas que surgen de las convenciones sean consistentes con dichas motivaciones.

En el caso de la Convención única de 1961 esto no parece ser así. Esta fue negociada en inglés y el preámbulo en ese idioma empieza “*Las partes, preocupadas por la salud y el bienestar de la humanidad*” (“*The Parties, concerned with the health and welfare of mankind*”). Aun cuando el artículo 40, párrafo 1 reza: “la presente Convención, cuyos textos chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos”, las versiones en español y francés son distintas a la inglesa: “*Las partes, preocupadas por la salud física y moral de la humanidad*”, y “*Les parties, soucieuses de la santé physique et morale de l’humanité*”. Al revisar los prefacios de las versiones rusas, china y árabe se encuentra que se refieren al bienestar o “sentirse bien” de la humanidad¹⁰. El Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971 presenta la misma diferencia entre la versión en inglés y las versiones en español y francés.

Los preámbulos de las dos convenciones presentan una aparente contradicción entre las versiones en árabe, inglés, ruso y chino, por un lado, y las versiones en español y francés, por el otro: la principal motivación para el primer grupo es “la salud y el bienestar de la humanidad”, mientras que en el segundo fue la “salud mental y moral de la humanidad”. Hubiera podido ser que en 1961 el término “bienestar” en inglés hubiera tenido alguna connotación moral, pero al revisar las definiciones de bienestar en varios diccionarios y enciclopedias de lengua inglesa no se encontró ninguna referencia a un significado moral¹¹. El hecho es que los términos “bienestar” y “moral” no son sinónimos y su significado varía en el tiempo y

entre diversas sociedades. Por eso, para evitar confusión, el mismo término debe ser definido y utilizado en todos los idiomas. Además, si se acepta el término “moral”, las Convenciones estarían argumentando que es posible tener una moral única en el mundo, lo cual sería rechazado por la mayoría de la gente. Si, por otro lado, se usa el término “bienestar”, las políticas serían mucho más flexibles que si sus propósitos fueran morales, porque para saber si una política promueve o perjudica el bienestar se requeriría un análisis riguroso de costos y beneficios socioeconómicos, cuyo resultado no podría determinarse a priori.

¿Qué es la ciencia? ¿Existen las ciencias sociales?

Como las Convenciones no definen la ciencia, el cuadro 1 presenta las definiciones dadas por los diccionarios de la Real Academia de la Lengua Española y de la Universidad de Cambridge¹².

Estas definiciones muestran que los intentos de definir ciencia también han desarrollado sistemas para clasificar el conocimiento científico. El contraste entre las definiciones de los dos diccionarios es notable. El de la Universidad de Cambridge limita su definición a lo que sería la ciencia moderna que surgió de la ilustración, mientras que la definición de la Real Academia de la Lengua Española incluye también campos premodernos como la ciencia infusa y las ciencias ocultas, que caerían en la categoría de “obstáculos epistemológicos” al conocimiento científico (Bachelard, 1948).

Los intentos de clasificar las ciencias han sido innumerables y han producido una gran variedad de agrupaciones. El siguiente es un ejemplo:

- ◆ Ciencias naturales: física, química, ecología, oceanografía, geología, meteorología, biología humana y botánica.

10 El árabe fue agregado como idioma oficial de la ONU después de 1961, por lo que no se menciona en la Convención.

11 Las siguientes son algunas definiciones encontradas: “La buena fortuna, salud, felicidad, prosperidad, etc., de una persona, grupo u organización”; “el sentirse bien con respecto de la fortuna, felicidad y prosperidad”; “la salud y felicidad de la gente”; “la salud y felicidad física y mental”; “la salud, felicidad y fortuna de una persona o grupo”.

12 El lector que busque otras fuentes encontrará que no hay una definición única, y diferencias semejantes entre las definiciones de dichas fuentes.



Cuadro 1. Definición de ciencia

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (23 edición)	Cambridge University Dictionary (en línea)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente. ♦ Saber o erudición. ♦ Habilidad, maestría, conjunto de conocimientos sobre cualquier cosa. ♦ Conjunto de conocimientos relativos a las ciencias exactas, químicas, físicas y naturales. ♦ Ciencia ficción: género literario o cinematográfico, cuyo contenido se basa en logros científicos y tecnológicos imaginarios. ♦ Ciencia infusa: conocimiento no adquirido mediante el estudio, sino atribuido en algunas tradiciones a factores sobrenaturales. ♦ Ciencia pura: estudio de los fenómenos naturales y otros aspectos del saber por sí mismos, sin tener en cuenta sus aplicaciones. ♦ Ciencias exactas: matemáticas. ♦ Ciencias humanas: ciencias que, como la historia, la filosofía y la filología se ocupan de aspectos diversos de la actividad y el pensamiento humanos. ♦ Ciencias naturales: ciencias que, como la botánica, la geología y la zoología, se ocupan del estudio de la naturaleza. Algunas veces se incluye la física y la química. ♦ Ciencias ocultas: prácticas y conocimientos misteriosos como la magia, la alquimia, la astrología, etc., que, desde la antigüedad, pretenden penetrar y dominar los secretos de la naturaleza. ♦ Ciencias sociales: ciencias que, como la economía, la sociología y la antropología se ocupan de la actividad humana en la sociedad. ♦ Gaya ciencia: arte de la poesía. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El estudio sistemático de la estructura y comportamiento del mundo físico y natural, o el conocimiento del mundo obtenido observando y experimentando cuidadosamente. ♦ Ciencias también son áreas particulares como la biología, la química y la física. ♦ Ciencia también se refiere a los sujetos estudiados como la ciencia política y las ciencias de la computación.

- ♦ Ciencias sociales: antropología, arqueología, administración de negocios, comunicación, criminología, educación, gobierno (ciencia política), lingüística, economía, relaciones internacionales, psicología, sociología, derecho, historia y geografía.
- ♦ Ciencias formales: teoría de decisiones, lógica, matemáticas, estadística, teorías de sistemas y computación.
- ♦ Ciencias aplicadas: todos los campos de la ingeniería, matemáticas aplicadas, física aplicada, medicina y computación aplicada.

Las definiciones y clasificaciones de las ciencias muestran que hay muchas definiciones posibles de ciencia, y también que el término “ciencia” no se aplica solamente a la cuarta definición de la Real Academia de la Lengua Española: “Conjunto de conocimientos relativos a las ciencias exactas, químicas, físicas y naturales”, que podría ser cercana a la que algunos científicos considerarían como ciencias “básicas”. Por eso, mientras las convenciones no definen los conceptos de “médicos” y “científicos”, es lógicamente imposible argumentar que solo existe una interpretación posible de dichas convenciones. Además, para ser lógicamente consistente, cual-



quier interpretación debería aclarar cual definición de ciencia estaría asumiendo.

Propongo que para decidir si una disciplina académica pueda tratarse de la misma manera que la medicina bastaría con responder positivamente a dos preguntas: ¿el conocimiento en esa disciplina ha sido obtenido por métodos científicos modernos? O sea, por la observación metódica y estructurada, y técnicas razonadas de verificación empíricas. Y, ¿es ese conocimiento relevante para las políticas de drogas?

Los análisis de las drogas involucran muchas disciplinas académicas: medicina, salud pública, derecho, criminología, química, finanzas, ciencia política (gobierno), sociología, economía, relaciones internacionales, estadística, agronomía, antropología, ecología e historia, entre otras. La cuestión es si los saberes en esas ciencias se obtuvieron de acuerdo con los métodos científicos modernos.

En 1909 muchos de esos campos de estudio eran muy débiles comparados con la química y la física, que también eran débiles comparadas con las actuales. Desde entonces, el desarrollo y complejidad de las universidades y centros de investigación en todos los campos crecieron exponencialmente y los campos de conocimiento cada vez han sido más especializados. Al mismo tiempo, los métodos de investigación avanzaron en virtualmente todos los campos. Las ciencias sociales han avanzado notablemente aplicando métodos analíticos, desarrollando modelos y utilizando técnicas empíricas de verificación de hipótesis. En campos como la economía y la psicología del comportamiento los métodos experimentales comunes a los de las ciencias duras y la medicina hoy son la norma. Por otro lado, la neurociencia, que virtualmente no existía en 1961, ha tenido grandes avances con respecto a los procesos y factores generadores de adicción que no se conocían cuando se negoció la Convención.

No sorprende que tanto quienes apoyan el sistema internacional de control de drogas como sus críticos insistan en que sus posiciones se fundamentan en la ciencia y en la evidencia científica.

Quienes apoyan implícitamente suponen que:

- ◆ El sistema internacional de control de drogas actual tiene un apoyo científico.
- ◆ Que la ciencia proporciona modelos e instrumentos para comprender los fenómenos asociados a las drogas psicoactivas.
- ◆ Que existe un consenso sobre la manera de interpretar la evidencia sobre esos fenómenos.
- ◆ Que la ciencia ha generado el conocimiento necesario para hacer el salto de los modelos científicos a políticas socialmente satisfactorias.

Los críticos de las políticas actuales coinciden con los tres últimos supuestos, pero difieren con respecto del primero: desde su perspectiva, estas políticas no tienen en cuenta muchos avances científicos ni reconocen la evidencia empírica sobre los efectos de las políticas.

Los críticos también resaltan:

- ◆ La debilidad de algunos estudios usados para apoyar las convenciones, como el Informe de la Comisión de investigación sobre las hojas de coca de las Naciones Unidas (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1950), que fue un documento motivado políticamente y no cumplió con los requisitos de la ciencia (Gootenberg, 2008: 236-239; Henman y Metaal, 2009: 4-5). Además, un resumen de este informe afirma que "al presente no parece que mascar hojas de coca pueda considerarse como una adicción en sentido médico". El informe también encontró que el hábito de mascar coca tenía profundas raíces en las estructuras sociales e historia de Bolivia y Perú, a pesar de lo cual recomendó prohibir esa práctica: "[D]ado que mascar coca no es un acto aislado, sino la consecuencia de un número de factores sociales y económicos desfavorables, la solución del problema tiene dos aspectos paralelos fundamentales: primero, la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población entre la cual el hábito de mascar coca está ge-



neralizado, y segundo, la necesidad de iniciar simultáneamente una política gubernamental para limitar la producción de la hoja de coca, controlar su distribución y erradicar la práctica de mascar-la” (Unodc, 1950).

- ♦ Que los esfuerzos para reprimir el consumo de drogas y eliminar su oferta no tienen en cuenta la evidencia sobre sus consecuencias, las que frecuentemente se descartan como no intencionales o accidentales y atribuibles al consumo, producción y tráfico de drogas que las políticas están atacando.

Es notable que tanto quienes apoyan las políticas como sus críticos están convencidos de su objetividad y de la factibilidad de formular políticas de drogas racionalmente sin interferencia de sus emociones e intuiciones, o sea, políticas independientes de sus creencias y sentimientos.

La etiología y epidemiología de la producción, tráfico y consumo de drogas ilegales

En las ciencias “duras”, como la química y la física, las relaciones de causalidad se pueden identificar en la mayoría de los casos, pero cuando se intenta verificar empíricamente esas relaciones en el campo de las drogas ilegales eso no es posible. La epidemiología médica muestra que la adicción a las drogas varía sustancialmente entre sociedades¹³. En algunos casos la genética tiene un papel muy importante, como ocurre con la adicción al alcohol en algunas comunidades nativas de Norteamérica, pero en todos los casos los factores sociales son muy importantes. Es claro que la genética no desempeña un papel importante en el desarrollo de la industria de drogas ilegales. Sin embargo, en ninguno de los casos mencionados hay relaciones directas de causa y efecto.

Todos los estudios epidemiológicos identifican factores que contribuyen y protegen a las personas, pero no factores causales directos. Por ejemplo, hay muchos factores sociales que contribuyen a que la prevalencia de adicción aumente: familias desintegradas, fracaso escolar, pobreza, exclusión social, presiones para tener éxito profesional, etcétera. Otros factores como familias estables, creencias y participación activa en religión, éxito escolar, protegen a los individuos y disminuyen el riesgo de adicción a las drogas. Todos estos factores permiten formular perfiles de riesgo de personas vulnerables, pero la mayoría de quienes tienen ese perfil no se convierten en consumidores de drogas. Los factores de riesgo simplemente aumentan la probabilidad de que una persona consuma drogas, pero no son causas en el sentido de las matemáticas y las ciencias “básicas” tales que drogas (D) sean una función de X, Y o Z tal de manera que se pueda argumentar que $D = f(X, Y, Z)$.

La imposibilidad de formular e implementar políticas de drogas exitosas basadas solamente en la medicina y la ciencia

Las convenciones de drogas suponen que es posible formular e implementar políticas internacionales de drogas exitosas basadas solamente en la medicina y la ciencia. Este supuesto implica que los médicos, apoyados por científicos, principalmente profesionales de las ciencias “duras”, deben tener el monopolio para decidir qué usos pueden tener las drogas en todo el mundo. Esto es, que en ningún caso los humanos puedan ingerir las drogas psicoactivas controladas, excepto bajo supervisión médica. Por consiguiente, en los documentos de las agencias de drogas de la ONU los usos recreativos, experimentales, religiosos, sociales y similares están totalmente prohibidos y son considerados como abusos. Esto implica que el sistema de control internacional tenga como meta un mundo sin drogas, excepto para curar enfermedades y hacer investigaciones. Debido a esto, quienes están en las profesiones de la medicina, la policía y la justicia han terminado actuando

13 Para confirmar esta afirmación basta con ojear cualquier *Informe mundial de drogas* de la Unodc.



como expertos en política pública y han formulado las políticas de drogas desde una estrecha perspectiva que desprecia la etiología social de la producción, el tráfico y el consumo de drogas.

Al ignorar las ciencias sociales y otras ciencias, el sistema internacional de control de drogas no ha tenido en cuenta un punto fundamental de las políticas públicas: el éxito de las políticas depende de los mecanismos para implementar las que estén disponibles en una sociedad. La medicina puede establecer los efectos de las drogas en el cuerpo humano, pero no puede prevenir la adicción, y la prohibición de los usos de las drogas no es medicina, es un acto que está en el ámbito de las ciencias sociales. La no cooperación con las ciencias sociales en la formulación de políticas es equivalente a que la Jife les dijera a los países: “ustedes aceptaron estas políticas cuando firmaron las convenciones y cumplir con ellas es su problema, independientemente de cualquier costo, beneficio o consecuencia, y es nuestro trabajo inducirlos a cumplir” (Thoumi, 2015: 249-251).

La producción, el tráfico y el consumo de drogas ilegales presentan problemas multidimensionales complejos que no se pueden resolver con soluciones provenientes de solo uno de los campos del conocimiento que tienen que ver con el problema. La solución a los problemas de la adicción no puede formularse únicamente desde la perspectiva de médicos o economistas o sociólogos o policías, etcétera, no importa que tan científicos sean los métodos de cada cual para formular sus recomendaciones. Y a pesar de que pueda haber un consenso sobre la complejidad del asunto, la gran mayoría de los formuladores de política y de los estudiosos de las políticas de drogas analizan estos asuntos desde una perspectiva limitada por los modelos teóricos desarrollados dentro de su disciplina académica.

Cada disciplina académica tiene un sujeto de estudio, enfrenta problemas específicos y desarrolla un paradigma para resolverlos¹⁴. En las ciencias físicas

(“duras”) hay poca controversia y la mayoría de los estudiosos concuerdan en cómo son los sujetos de su estudio. Dentro de las ciencias sociales es posible lograr consensos, aunque estos sean más difíciles de alcanzar y su aceptación se limite a quienes comparten el paradigma de una disciplina y no necesariamente se extienda a otras ramas del conocimiento (Kuhn, 2006).

En todos los campos académicos puede haber un consenso sobre la necesidad de utilizar métodos científicos modernos, pero las diferentes ramas no concuerdan respecto a la importancia relativa de los diversos métodos, por ejemplo, el inductivo frente al deductivo, los análisis cuantitativos frente a los cualitativos.

Las distintas disciplinas también tienen metas diferentes que generan conflictos entre ellas porque reflejan las diversas cosmovisiones (*Weltanschauung*) de cada una de ellas. Los médicos quisieran prohibir el uso de las drogas a los fines “no médicos y científicos”, pero los economistas, sociólogos y politólogos argumentan que al buscar esa meta utilizando el sistema policial, militar y jurídico se desestabilizan las estructuras económicas y sociales y se genera violencia. Cada grupo argüiría que ha llegado a su conclusión aplicando métodos científicos y considerando la evidencia. Estas diferencias entre ramas académicas surgen de las distintas formas de considerar lo que es evidencia y de la manera en que esta se analiza, y confirman que una evaluación puramente “científica” de cualquier política es válida solamente dentro del paradigma en que se formuló.

Un problema más profundo surge del hecho que a la mayoría de los humanos le es muy difícil tomar decisiones de política basadas solamente en la evidencia científica, aunque así lo pretendan. Por ejemplo, las teorías económicas marxista y neoclásica desarrolla-

14 Kuhn (2006: 50) define paradigma como: “logros científicos universalmente aceptados que durante algún tiempo sumi-

nistran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales”. Este consenso es un prerrequisito para tener una “ciencia normal” entre los miembros de la comunidad académica. Esta ciencia normal proporciona respuestas a un número significativo de problemas (Kuhn, 2006).



das en el siglo pasado se basaron en el principio del “*homo economicus*” que siempre toma decisiones racionales. Pero con el correr del tiempo se ha mostrado que no explican muchos comportamientos económicos reales. Las ciencias del comportamiento han tenido grandes avances que han demostrado que los sentimientos y las experiencias de vida de los individuos tienen gran influencia en las decisiones económicas, factores que serían irracionales para el “*homo economicus*” de los modelos de la economía tradicional.

El caso de la medicina es análogo al anterior:

A pesar de que la investigación básica exitosa permite entender las causas de un fenómeno, lo cual ayuda a formular políticas, frecuentemente hay un volumen grande de información estructurada de otra forma que es más útil para los artífices de política, quienes utilizan mucha información que no tiene bases analíticas ni teóricas (como la proporcionada por la investigación científica). En este sentido la ciencia médica que busca cambiar cuerpos y mentes es prototípica de la ciencia política. Se estima que aproximadamente la mitad de la información utilizada por los médicos no se basa en la biología, la química u otra ciencia, sino que se basa en la experiencia acumulada. Este conocimiento pasa de una cohorte médica a la siguiente como ‘la forma en que se hacen las cosas’ porque ‘así funcionan’ (Etzioni, 2006: 833-834).

Además, en muchos casos los enfoques de toma de decisiones puramente racionales no son prácticos. Todos debemos decidir continuamente sobre muchas cosas, por ejemplo, quien va al supermercado debe decidir qué cereal comprar entre treinta o más variedades, lo que racionalmente requeriría tener información sobre el consumo diario o semanal, el volumen y peso de cada caja de cereal, el tipo de cereal, su contenido de fibra, grasa, azúcar, y su precio por gramo, etcétera. Luego se necesitaría un modelo matemático al que habría que alimentar toda la información obtenida para llegar a una “decisión racional”. Esto es impráctico, por lo que la gente aprende a simplificar esos procesos de toma de deci-

sión. La psicología moderna prueba empíricamente que la gente aprende a usar atajos heurísticos que utilizan sentimientos, como la lealtad a una marca o a una firma comercial, que evaden la decisión racional y que en la mayoría de los casos funcionan bastante bien (Kahneman, 2011).

La pretensión de formular políticas de drogas basadas solamente en la “medicina y la ciencia” es un intento de despolitizar las decisiones de política, lo cual es un oxímoron¹⁵. La formulación e implementación de políticas es fundamentalmente un proceso político en el que quienes proponen una política presentan una lista de razones para justificarla¹⁶.

Otro asunto interesante es si un consenso basado únicamente en medicina y ciencia puede producir políticas de drogas exitosas. No cabe duda que la medicina debe informar a los artífices de política, pero los consensos entre profesionales son solamente opiniones de gente educada, análogos a elecciones que solamente prueban cual candidato recibió más votos, por ejemplo, un consenso dentro la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud puede probar que la mayoría de los médicos de esas agencias creen que los usos no médicos de las drogas controladas deben prohibirse, mientras que un consenso entre economistas orientados hacia el mercado, que no deberían prohibirse. Pero ningún consenso demuestra que la política consensuada pueda implementarse exitosamente mientras no haya tenido en cuenta, entre otras, las restricciones financieras, políticas, culturales, religiosas que la sociedad estuviera enfrentando.

Una vez la restricción en el uso de las drogas a los “fines médicos y científicos” fue consagrada en la Convención única de 1961, se interpretó como una prohibición a todos los usos diferentes a los médi-

15 La simbiosis entre los conceptos de hacer política y formular políticas es tal que, aun cuando sean conceptos diferentes, en todos los idiomas romances solo hay una palabra para referirse a ambos.

16 Thoumi (2015, capítulo 14) de construye estos y otros argumentos semejantes.



cos y en investigación, lo cual se basó en la creencia de que los médicos tenían el poder para decidir por toda la humanidad. Esta medida implícitamente busca “un mundo sin drogas”, lo cual puede ser una meta loable de acuerdo con algunos códigos morales. La prohibición de todos los usos de las drogas no médicos o en investigación ha sido un fascinante experimento en ingeniería social, que ha pretendido despolitizar las políticas de drogas, y que para tener éxito requiere que todas las partes dediquen grandes cantidades de recursos para evitar que la gente se vuelva adicta, y si son adictos, para tratarlos, rehabilitarlos y resocializarlos¹⁷. Además, compromete a los países a gastar ingentes recursos en el control de sus territorios, financiar programas de desarrollo para prevenir el surgimiento de organizaciones productoras y traficantes de drogas, aumentar los recursos del sistema de justicia, aumentar el número de cárceles, etcétera. Los programas gubernamentales requeridos para cumplir con el compromiso de limitar los usos de las drogas a los “fines médicos y científicos” simplemente desplazarían los recursos utilizados en otros programas de salud, infraestructura, educación, vivienda, educación, etcétera.

En realidad, la meta de “un mundo sin drogas” es imposible de lograr dadas las restricciones financieras e institucionales que enfrentan todos los gobiernos, lo que lleva frecuentemente a políticas de “pedirle al vecino”, o sea a otros países, lo que ellos no pueden lograr internamente. Por ejemplo, los colombianos se quejan de que Estados Unidos no controla sus mercados ilegales de drogas, y los estadounidenses de que Colombia no controla su territorio, cultivos y carteles de drogas. Los requisitos financieros necesarios para lograr un mundo en el que las drogas solamente tengan “fines médicos y

científicos” son tan grandes, que esta es solamente una meta a la que una sociedad ideal, pero no una real, podría aspirar. Enfrentar esta realidad en las reuniones oficiales internacionales ha sido muy difícil porque una vez un tratado entra en vigencia hay muchos obstáculos para cambiar políticas que han echado raíces en la sociedad. Por eso no sorprende que las declaraciones políticas de los órganos internacionales de control de drogas periódicamente reafirmen sus metas ideales y prometan que “dentro de diez años, si continuamos con las políticas actuales, la producción, tráfico y consumo de drogas van a ser sustancialmente menores que hoy”¹⁸. Esto equivale a evadir la complejidad de los problemas de consumo, producción y tráfico de drogas y a postergar la toma de políticas difíciles.

Algunas conclusiones

El sistema internacional de control de drogas se basa en la premisa de que las drogas psicoactivas adictivas solo deben ser usadas “con fines médicos y científicos”, formulada por primera vez en la Comisión del Opio de Shanghai de 1909. Las convenciones de 1912, 1925, 1931 y 1936 aceptaron esta restricción al uso de drogas, pero con excepciones. La Convención única de 1961, que consolidó el sistema, eliminó las excepciones y generalizó la restricción a todas las sustancias controladas. En ese momento el consenso fue virtualmente universal, y los términos “médicos” y “científicos” no fueron definidos en la Convención, a pesar de tener una larga lista de definiciones, lo cual presenta dificultades para interpretarla, puesto que sus dos términos clave quedaron como si fueran tan obvios que no necesitaban ser definidos.

Los preámbulos y comentarios a las convenciones hubieran podido aclarar esta situación, pero no lo hicieron. Además, los propósitos de las convencio-

17 La prohibición a los usos diferentes a los médicos e investigativos es análoga a una política que para eliminar la desnutrición en el mundo les exija a los países que los alimentos de una dieta diaria individual saludable no tengan en ningún lugar un costo superior a USD0,50, o a una política que para garantizar que todos los niños crezcan en familias con padre y madre, declare ilegal todo sexo extramarital y prohíba los divorcios en todo el mundo.

18 Esto fue lo que se hizo en la Asamblea general especial sobre el problema mundial de las drogas de 1998 y en la Declaración política de la Comisión de Estupefacientes de 2009.



nes en inglés, ruso, chino y árabe son distintos a los de las versiones en español y francés. Para el primer grupo, las convenciones buscan la “salud y el bienestar de la humanidad”, mientras que para el segundo la meta es la “salud física y moral de la humanidad”. Como se argumentó, la decisión de si una política cumple o no con los requisitos “médicos y científicos” varía dependiendo de qué propósito se aplica. Los comentarios mencionan que algunos países han interpretado el concepto de medicina incluyendo las prácticas de la medicina tradicional y no solamente las de la medicina moderna u “occidental”.

Como se explicó, las decisiones con respecto a cuáles políticas cumplen con “los fines médicos y científicos” dependen de cuál de los dos propósitos es utilizado. Los comentarios no aclaran este asunto y solo mencionan que algunos países han interpretado que el concepto de medicina incluye las prácticas médicas tradicionales, no solamente la medicina moderna u occidental.

Las definiciones de ciencia encontradas en los mejores diccionarios son muy diversas. Sin embargo, la manera en la que las convenciones han interpretado el término “ciencia” ha dejado la formulación de las políticas en manos de los médicos, los expertos en salud pública y los agentes del estado encargados de hacer cumplir las leyes. Este ha sido un esfuerzo para despolitizar las políticas de drogas bajo el supuesto que estas solo deben basarse en la “medicina y las ciencias ‘duras’”, sin tener en cuenta la etiología social de la adicción, la producción y el tráfico de drogas psicoactivas. Como los artífices de política son humanos, no solo científicos puros sin sentimientos y enamorados de la belleza que se encuentra en la verdad, por lo que sus recomendaciones de política siempre están influenciadas por sus propios sentimientos, sus experiencias de vida y sus culturas, la falta de definición del término ciencia implica que no hay una interpretación única de las convenciones. Por ejemplo, podría ser lógicamente posible aceptar que las políticas de Uruguay y algunos estados de Estados Unidos que han legalizado los usos no médicos de la marihuana cumplen con las convenciones,

si estas se fundamentan en la medicina y las ciencias sociales. Lo mismo se podría argüir con respecto de los centros de inyección de algunos países europeos.

Los estudios epidemiológicos muestran que hay muchos factores que contribuyen a o que protegen contra el desarrollo de la industria de drogas ilegales y la adicción; pero estos factores solamente afectan la probabilidad de que surjan el consumo, el tráfico y la producción de drogas. Las políticas contra las drogas basadas en la “medicina y la ciencia” generalmente solo atacan a factores contribuyentes, pero no las causas sociales subyacentes. Por eso, pueden tener algunos logros a corto plazo, pero no eliminan o disminuyen significativamente los fenómenos que buscan atacar.

Los críticos de las políticas actuales resaltan la ilegalidad de los mercados de drogas como la causa de muchos males sociales. Pero esta ilegalidad es solamente un factor contribuyente a dichos males, no una causa en el sentido de la ciencia moderna. Por ejemplo, si las drogas generan violencia, ¿por qué la tasa de homicidios tiene una variación tan grande en el tiempo y entre países y regiones involucradas en el narcotráfico? En estos casos la epidemiología del crimen claramente muestra que hay sociedades más vulnerables que otras, y que la legalización de los mercados de drogas no ataca a las estructuras sociales que permitieron que la industria de drogas ilegales y otras actividades ilegales echaran raíces en ellas.

Algunos desafíos que enfrenta el sistema internacional de control de drogas

Las convenciones internacionales se negociaron con un fin en mente:

Deseando concertar una Convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una coopera-



ción y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos.

Hoy la interpretación de esta restricción está siendo cuestionada en varios países americanos en los que hay movimientos que claman por la necesidad de un cambio en la estrategia contra las drogas y en algunos estados de los Estados Unidos, que son soberanos y no son Partes de las convenciones de drogas. Al aumentar el control territorial y el poder de las organizaciones traficantes en Asia y África, esos países posiblemente se unirán al clamor por el cambio en las políticas.

El sistema internacional de control de drogas enfrenta hoy desafíos importantes:

- ◆ Primero, la necesidad de reconocer que ciencias distintas a la medicina han hecho contribuciones fundamentales a la comprensión de los fenómenos de las drogas psicoactivas. El sistema internacional de control de drogas es hijo de la modernidad que implícitamente supone que cada país es soberano y su gobierno tiene el monopolio del control territorial y el poder, la violencia y la justicia. Esto supone implícitamente que cada país tiene cohesión social y un núcleo de valores comunes que lo identifican como nación. Por eso la sociedad de países se llama Naciones Unidas y no Países Unidos. En el mundo posmoderno actual hay muchas organizaciones como las grandes corporaciones transnacionales (especialmente químicas y farmacéuticas), ONG, instituciones financieras, religiones, asociaciones ciudadanas, organizaciones criminales, grupos subversivos y otras organizaciones con intereses en las políticas y fenómenos de drogas (“*stakeholders*”)¹⁹.
- ◆ Segundo, la producción y el tráfico de drogas ilegales es solamente una de muchas actividades ilegales rentables del crimen organizado. La meta de estos grupos es el dinero y el poder y las drogas son solamente un instrumento para obtenerlos. El interés de ellos, como el de cualquier firma moderna, es crecer y diversificar sus mercados. Por ejemplo, la Organización de los Estados Americanos (2013: 23), además de las drogas, identificó veintitrés categorías de actividades criminales en las que el crimen organizado obtiene ingresos y riqueza, algunas de las cuales generan más dinero y son menos riesgosas que las drogas²⁰.
- ◆ Tercero, el mundo actual enfrenta muchos males: pobreza extrema, desigualdad y exclusión, codicia y falta de cohesión y confianza sociales, corrupción, tráfico de armas y de seres humanos, tasas altas de homicidio, fraudes, crisis económicas, guerras internas e internacionales, etcétera. Comúnmente se afirma que las drogas son la causa de muchos de estos males sociales, por ejemplo, en Colombia la gente “sabe” que “las drogas han sido la principal causa del alto nivel de homicidios”. Pero la evidencia indica algo muy distinto: los males sociales están interrelacionados circular, pero no causalmente: cada mal contribuye a los demás porque aumenta la probabilidad de que los demás se desarrollen. Por eso, el consumo, la adicción, la producción y el tráfico de drogas son sintomáticos de las vulnerabilidades estructurales de cada sociedad, por lo que los esfuerzos tradicionales para hacer cumplir las leyes de drogas basados en los sistemas de policía y de justicia solamente logran disminuirlas o controlarlas en países con regímenes políticos muy autoritarios. Pero como el poder autoritario corrompe, aun en esos países las políticas también fracasan a largo plazo.
- ◆ Cuarto, el sistema internacional de control de drogas fue inspirado por dos problemas: los generados por las adicciones a ellas y la necesidad

19 Clunan y Trinkunas (eds.), 2010, analizan estos asuntos en varias regiones del mundo. El libro de Duncan (2014) es un excelente análisis del poder del narcotráfico en Colombia y México.

20 Por ejemplo, se estima que en años recientes en Colombia la minería ilegal generó más ingresos a las organizaciones criminales que el narcotráfico.



de controlar el comercio internacional, legal e ilegal, de sustancias psicoactivas. Las convenciones le dieron más importancia a la adicción que al tráfico de drogas, pero hoy varios países y grupos de interés cuestionan ese enfoque debido a los altos costos sociales y económicos asociados al cumplimiento de esa decisión, especialmente en relación con la marihuana, la erradicación de cultivos ilícitos y la lucha contra el narcotráfico. La relación circular entre los males sociales ha demostrado que en muchos casos los esfuerzos para eliminar un mal generan muchos otros que, en balance, agravan la situación social. Por eso sería útil tener un debate sobre las condiciones en las cuales un país podría permitir algunos usos no médicos de la marihuana.

- ◆ Quinto, el debate debe enfrentar el hecho que los avances científicos en política pública han demostrado que cuando las relaciones son circulares, es necesario tener políticas holísticas que consideren todos los "males" sociales y que busquen maximizar la diferencia entre los beneficios sociales y económicos de las políticas, y sus costos. Desde la perspectiva internacional, el tráfico ilegal de drogas no se debe tolerar. Pero la prohibición a la marihuana (u otra droga cualquiera), por medio de un tratado internacional, aun cuando su gobierno considera que genera más males que beneficios, es altamente cuestionable y contradice los resultados que se han obtenido aplicando métodos científicos en las ciencias sociales. Sin embargo, esto solo sería válido para la legalización de los mercados nacionales, garantizando que no haya transferencia de costos a otros países.
- ◆ Sexto, algunos podrían decir que la legalización de la marihuana llevaría a una "pendiente resbaladiza" que llevaría a la legalización del consumo no médico de todas las demás drogas psicoactivas como la cocaína, las anfetaminas o la heroína. Sin embargo, la evidencia muestra que en las sociedades modernas los gobiernos y los órganos de la sociedad civil no son estúpidos y reaccionan cuando el balance entre los costos y los be-

neficios de una política se torna muy negativo, sin necesidad de que una organización internacional paternalista los fuerce a hacer lo que ella cree que es lo mejor para la sociedad. Por eso, la prohibición al alcohol fracasó en Estados Unidos, pero ha sido exitosa en algunos países islámicos. La evidencia también muestra que a lo largo de la historia el control al uso de las drogas psicoactivas adictivas siempre ha sido ejercido por la familia, la religión, los clanes y otras organizaciones de la sociedad civil. El estado moderno es un desarrollo relativamente reciente que no puede controlar exitosamente los mercados y el uso de las drogas psicoactivas sin el apoyo de la sociedad civil.

- ◆ Séptimo, las políticas internacionales modernas de drogas deben ser parte de las políticas contra el crimen de cada país y no pueden tener éxito si se conciben independientemente del resto de las políticas de salud y de las que defienden los derechos humanos y el medio ambiente, que enfrentan la corrupción, el crimen organizado y promueven la gobernabilidad de los países, porque todos estos fenómenos están interrelacionados. Cuando la restricción a los usos de las drogas se formuló el mundo era mucho menos complejo y globalizado que hoy, y la solución simple de limitar los usos de las drogas a los "fines médicos y científicos" fue una idea poderosa que fue bien recibida por casi todo el mundo. En ese momento las drogas fueron posiblemente la actividad internacional ilegal más importante, pero hoy el crimen organizado esta muy diversificado y es muy complejo. El sistema internacional de control de drogas tiene que dar respuesta a esa complejidad de los problemas de drogas actuales o será inútil; después de todo, las normas del sistema son solamente "indicativas" (*"soft law"*) y no instrumentos para forzar a los países a cumplirlas.

El lema de la última UNGASS de drogas en 1998, que afortunadamente no quedó en la declaración política, fue: "¡Un mundo sin drogas, sí se puede!", ojalá que el de la UNGASS de abril de 2016 sea "¡Un mundo sin drogas, no se puede, pero aceptemos la



complejidad de los problemas de drogas y trabajemos juntos para minimizar los costos sociales de las adicciones y todos los demás males sociales!". Reconozcamos la necesidad de coordinar las políticas de drogas con las que atacan la corrupción, el crimen organizado, la codicia y otros males sociales, y trabajemos juntos con todos los grupos interesados para formular mejores políticas que permitan desarrollar un sistema internacional de control de drogas más complejo y fuerte que contribuya a sobrellevar mejor tanto las drogas como los demás males sociales.

Bibliografía

- Bachelard, Gaston. 1948. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento Objetivo*. Editorial Argos. Buenos Aires.
- Clunan, Anne y Harold Trinkunas. 2010. *Ungoverned Spaces. Alternatives to State Authority in an Era of Softened Sovereignty*. Stanford University Press. Stanford, CA.
- Collins, John. 2012. "The International Drug Control System". En J. Collins (ed.). *Governing the World Drug Wars*. LSE IDEAS Special Reports. October. <http://www/lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/SR014.aspx>
- _____. 2015. *Regulations and Prohibitions: Anglo-American Relations and International Drug Control. 1939-1964*. London School of Economics and Political Science (LSE). 15. <http://etheses.lse.ac.uk/3107/>.
- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 1950. *Informe de la Comisión de investigación sobre las hojas de coca*. ECOSOC. Lake Success. Nueva York.
- Duncan, Gustavo. 2014. *Más que plata o plomo. El poder político del narcotráfico en Colombia y México*. Penguin Random House. Bogotá.
- Etzioni, Amitai. 2006. "The unique methodology of policy research". En Michael Moran, Martin Rein y Robert E. Goodin. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford University Press. Oxford.
- Gootenberg, Paul. 2008. *Andean Cocaine. The making of a Global Drug*. The University of North Carolina Press. Chapel Hill.
- Henman, Anthony y Pien Metaal. 2008. "Coca Myths". *Debate Papers*. 17. June. Transnational Institute, Drugs and Democracy Programme. Amsterdam.
- Humphreys, Keith y Peter Piot. 2012. "Scientific evidence alone is not sufficient basis for health policy". *BMJ*. February 27.
- Kahneman, Daniel. 2011. *Thinking Fast and Slow*. Daniel Kahneman. Nueva York.
- Kuhn, Thomas S. 2006. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- McAllister, William B. 2000. *Drug Diplomacy in the Twentieth Century. An international history*. Routledge. Nueva York.
- Naciones Unidas. 1973. *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs. 1961*. Naciones Unidas. Nueva York.
- _____. 1989. *Comentarios a la Convención única de 1961 sobre estupefacientes*. Naciones Unidas. Nueva York.
- Organización de los Estados Americanos. 2013. *Drogas y seguridad. El problema de las drogas en las Américas: estudios*. OEA. Washington.
- Thoumi, Francisco E. 2015. *Debates y paradigmas de las políticas de drogas en el mundo y los desafíos para Colombia*. Academia Colombiana de Ciencias Económicas. Bogotá.
- Unodc. 1950. "Commission of Inquiry on the Coca Leaf". https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1950-01-01_4_page005.html



Acerca del autor

Francisco E. Thoumi. Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas y miembro de número de la Academia Colombiana de Ciencias Económicas.

Pie de imprenta

Programa de Cooperación en Seguridad Regional-
Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)

Calle 71 n° 11-90 | Bogotá-Colombia

Teléfono (57 1) 347 30 77

Fax (57 1) 217 31 15

www.fes-seguridadregional.org

Para solicitar publicaciones:

saruy.tolosa@fescol.org.co

Bogotá, abril de 2016

ISSN 2422-0663

Programa de Cooperación en Seguridad Regional

El Programa de Cooperación en Seguridad Regional de la FES busca contribuir al debate y a la construcción de propuestas de política pública para atender los diversos problemas de seguridad en América Latina, en donde amenazas globales, regionales y locales plantean un panorama complejo, ante todo por el desafío que estos problemas, en particular el crimen organizado, representan a la gobernabilidad democrática en la región.

El programa cuenta con una amplia red de trabajo en América Latina, en la que participan expertos, funcionarios, legisladores y representantes de la sociedad civil de diversas disciplinas. Con apoyo de esta red y mediante diversos eventos y publicaciones, el Programa promueve el debate y la difusión de conocimientos sobre asuntos de seguridad regional.

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.