

Los costos sociales del carácter punitivo contra las drogas: una mirada desde los Derechos Humanos

Marinilda Rivera Díaz

Universidad de Puerto Rico

marinilda.riveradiaz@upr.edu

<https://orcid.org/0000-002-6104-5072>

Leniel Arroyo-Sánchez

Atlantic Medical Center

e-leniellarsa@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4681-2982>

Recibido/Received
10 de junio de 2020

Revisado/Reviewed
22 de septiembre de 2020

Aceptado/Accepted
15 de octubre de 2020

Cómo citar este artículo (estilo APA) / How to cite this article (APA style)

Rivera Díaz, M., Arroyo-Sánchez, L. (2021). Los costos sociales del carácter punitivo contra las drogas: una mirada desde los derechos humanos. *Análisis*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.54114/revanalisis.v17i1.17919>

Derechos de autoría / Copyright: © 2021

Rivera Díaz, Marinilda & Arroyo-Sánchez, Leniel

Este es un artículo de acceso abierto y distribuido bajo los términos de la licencia y políticas de Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Resumen

Hablar sobre el costo social que tiene el carácter punitivo contra las drogas, requiere mirar la construcción socio histórica del concepto mismo y de la persona consumidora. Pero ello, también requiere de un análisis sobre aquellos determinantes sociales, particularmente estructurales, que inciden en el consumo problemático de drogas y en la violación a los derechos humanos de esa persona. Este artículo tiene el propósito de analizar las nociones del uso de drogas que se han gestado desde las diversas instancias de la sociedad y el Estado, con mayor énfasis en la política de Guerra Contra las Drogas y el impacto que esto tiene en la persona consumidora. Además, se discutirá la desigualdad social como factor apremiante del fenómeno de las drogas, apartándonos de la mirada individualista y punitiva, al reconocer los determinantes sociales de la salud y el marco de los derechos humanos como importantes coordenadas para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas.

Palabras claves: Guerra Contra las Drogas, derechos humanos, consumo de drogas, Puerto Rico.

Summary

To speak about the social cost of the drug's punitive approach had on society requires looking at the sociohistorical construction of the concept itself and the construction of the consuming person. Nevertheless, that also involves an analysis of those social determinants, particularly structural ones, that affect the problematic consumption of drugs and the violation of the human rights of the consuming person. This article aims to analyze the notions of drugs that have been developed from the various instances of society and State, with greater emphasis on the War on Drugs Policy and the impact these notions have on the consumer. It will also discuss social inequality as an imperative factor in the drug phenomenon, moving away from the individualistic and punitive perspective and recognizing the social determinants of health and the human rights framework as essential references for treating people with problematic drug consumption.

Keywords: war on drugs, human rights, drugs consumption, Puerto Rico

Los costos sociales del carácter punitivo contra las drogas: una mirada desde los Derechos Humanos.

**[EN] The Social Cost of the Punitive Approach Against Drugs:
A Look from a Human Right Perspective**

**Marinilda Rivera Díaz
Leniel Arroyo-Sánchez**

Introducción

Hablar sobre el costo social que tiene el carácter punitivo contra las drogas requiere mirar la construcción socio histórica del concepto mismo y de la persona consumidora. También requiere un análisis sobre los determinantes sociales, particularmente estructurales, que inciden en el consumo problemático de drogas y en la violación de los derechos humanos de la persona consumidora. Esta construcción social no está ajena a mi realidad personal, autora principal de este escrito. Nací y crecí en un residencial público, cuando era estudiante universitaria y viví la implementación de la política de Mano Dura Contra el Crimen¹, la ocupación del caserío y, con ello, la instalación de los portones para el control del acceso. En aquella época, los portones proliferaban en las urbanizaciones privadas con dos propósitos particulares: como mecanismo de protección contra la ola criminal y para abonar a la construcción social del significado de exclusividad, que de esta forma establecía fronteras concretas de circulación entre las clases sociales. Estos portones, a diferencia de las urbanizaciones privadas, no tuvieron el mismo propósito en el caserío. A nosotres se nos encerraba para controlar la salida de sujetos que socialmente habían sido identificados como peligrosos, traficantes, criminales, sin valores, consumidores y pobres. Jóvenes, la mayoría negros y negras, eran “volteados” a diario y sus carros revisados (ello, sin ninguna orden y bajo el entendido de mera sospecha) a punta de pistola, “zapas” y militares de la guardia nacional ocupaban las calles del vecindario. Junto a esto, vino la implementación de Escuelas ZELDA (Escuelas Zona Libre de Drogas y Armas). Las escuelas identificadas con este calificativo que apela a lo criminal, al encierro y a los peligros, se encontraban en su mayoría ubicadas en zonas clasificadas como “de alta incidencia criminal”. Posteriormente, las políticas de vivienda federal para aquellas personas procesadas criminalmente por algún delito relacionado a drogas, entre otras medidas, se sumaron a una lista de estrategias implementadas desde el entendido de la Guerra contra las Drogas.

En lo personal, no me había sentido tan señalada, peligrosa y sospechosa hasta ese entonces, por simplemente vivir en un espacio que históricamente había sido uno

¹ La política de Mano Dura Contra el Crimen fue implementada en el año 1993 por el gobernador de Puerto Rico, Dr. Pedro Rosselló. La misma autorizaba a la Guardia Nacional a trabajar con la Policía de Puerto Rico en la lucha contra el alza en la criminalidad y las drogas. Una de las principales estrategias era la intervención del Estado en los residenciales públicos.

socialmente desechado. Reflexionar sobre esto me reafirma, que lo peor no había ocurrido aún y que la Mano Dura fue solo un capítulo en la larga historia de represión y marginalización en los residenciales públicos del País. Mientras se invertían miles de millones de dólares en estas estrategias de militarización y guerra, historias como la de Juan y Julio se suman al discrimen por vivir en una “zona criminal”. Juan era un joven padre consumidor de drogas, asesinado por una deuda de \$1.00. Julio fue un compañero de estudios a quien la pobreza, los problemas de aprendizaje (en aquel momento no atendidos), y la falta de acceso a oportunidades educativas y empleo, le arrebataron la vida por sumarse al eslabón más débil de la cadena de producción del narcotráfico. Eso mismo pasó con Aladino, Marcos, Rafy, Melvin y miles de otros, que aún pagan las consecuencias nefastas de esta guerra. Los menciono porque tuvieron rostro, fueron seres humanos y pagaron con sus vidas el precio de la desigualdad, aunque las agencias del orden público les hayan convertido en mera expresión numérica para justificar sus políticas y allegar fondos.

Han pasado más de 25 años desde esta experiencia y no me queda más que concluir, que los costos sociales de estas políticas son miles de vidas de jóvenes asesinados o encarcelados y la profundización del imaginario social sobre quién es el sujeto vinculado a las drogas: un sujeto criminal, pobre, peligroso, vago, inmoral, un sujeto deshumanizado, que merece todo el castigo y repudio social. Quizás es tiempo de detenernos y mirar el precio que como sociedad hemos pagado y las alternativas que tenemos en el horizonte para poder atender el fenómeno de las drogas desde perspectivas más humanas.

Este escrito tiene como objetivos (a) presentar las nociones de drogas que se gestaron desde las diversas instancias de la sociedad y el Estado, y como ello incide en el imaginario en torno a la persona consumidora; (b) analizar algunos de los múltiples costos sociales de la política prohibicionista y la Guerra Contra las Drogas, particularmente en la población consumidora; (c) discutir la desigualdad social como factor apremiante del fenómeno de las drogas, al apartarnos de la mirada individualista y reconociendo los determinantes sociales de la salud; y (d) presentar algunas recomendaciones generales para el rescate de los derechos humanos en el tratamiento para personas con uso problemático de drogas.

Imaginario sobre las drogas: Algunos apuntes socio históricos

El consumo de drogas es una realidad tan antigua como la humanidad misma (García y Sánchez, 2008). Comprender el fenómeno de las drogas hoy, requiere atender las diversas definiciones o abordajes que existen entorno a ello. Existen varias nociones sobre el concepto de las drogas que han surgido a través del tiempo: la ideológica, la legal, la farmacológica y la médica (Coy, 1985; Slapak y Grigoravicius 2006). La noción ideológica parte del uso de ciertas sustancias que se relaciona con la desviación, el pecado y la brujería, cuando se impone un velo moralista al consumo de las drogas y sentimientos de desprecio hacia el consumidor (Slapak y Grigoravicius, 2006). La perspectiva legal, por su parte, cualifica la droga como un objeto de peligrosidad para la sociedad (Coy, 1985; Soriano,

2010), y aborda el consumo de las drogas desde sus implicaciones legales y delictivas (Pons, 2008), lo que impone un carácter punitivo y prohibicionista. De aquí el enfoque de castigo que permea en las políticas públicas en torno al tema. Por su parte, la farmacología se concentra más en el concepto de las drogas como influencia de modificaciones psíquicas en las personas consumidoras (Coy, 1985; Pons, 2008). Finalmente, la noción médica se centra en las modificaciones de las funciones biológicas (Coy, 1985), y considera el consumo de drogas como un asunto vinculado a los procesos internos de la persona, es una mirada individualista y patologizante (Pons, 2008). Esta noción médica deja a un lado el estudio exhaustivo de las influencias sociales, políticas y culturales que condicionan la conducta del consumo ampliamente documentado en la literatura (Pons, 2008). Cuando se aborda el consumo de drogas desde el velo moralista, de la noción médica o legal (derecho penal), se invisibiliza a la persona y se desconoce el componente histórico que enmarca este fenómeno (Tirado, 2016). Por eso, comprender el fenómeno de las drogas y de la construcción social de la persona consumidora requiere mirar algunos apuntes socio históricos, particularmente aquellas políticas que tomaron mayor preminencia en la atención a esta situación y cuyas nociones aún permanecen muy enraizadas en los abordajes actuales.

Las nociones sobre el concepto de las drogas se transfieren socialmente a través de medidas y políticas sociales, y viceversa, al crear o reforzar un imaginario sobre el fenómeno de las drogas y la persona consumidora de estas. El prohibicionismo se convierte en una herramienta de control debido a que el Estado trabaja con la oferta y la demanda, al partir, de que estas medidas merman la producción, lo que aumenta a su vez su precio y reduce el consumo (Santiago, Negrón, & Albizu, 2003). Miró (2014) señala que la prohibición fue resultado de la presión que los Estados Unidos ejerció sobre la comunidad internacional para adoptar acuerdos que vincularan a todos los estados. El primer intento para desarrollar una política internacional respecto al consumo de drogas se realizó en Shanghai, en el año 1909. Desde entonces, se fueron elaborando los postulados que serían ratificados por los países firmantes de la Convención Internacional del Opio, en La Haya en el 1912. Santiago y Albizu (2003) alegan que la génesis de las políticas prohibicionistas de las drogas a nivel internacional que dominan hoy día, surgen de las resoluciones firmadas en esta convención.

Estas políticas continuaron su ratificación, luego de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y a través de diversas convenciones como la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, en la que se desarrolló la estructura del régimen internacional del control de las drogas, o sea, las prácticas, las instituciones y los criterios orientadores para los países con relación a la política internacional de las drogas (Cardoso, Gaviria y Zedillo, 2009). Además, la Convención de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, amplió los procesos de fiscalización para incluir nuevas sustancias que eran utilizadas para fines médicos, pero estaban desvinculándose del mercado lícito. Del mismo modo, la Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 impuso mayores controles, desde la fabricación de la droga hasta el lavado de dinero, y

desarrolló una normativa para reprimir las conductas vinculadas a la cadena de producción, distribución y consumo (ONUC, 2008; Miró, 2014). De acuerdo con Souto (2019), estas tres convenciones son las que “conforman los pilares del régimen internacional del control de drogas” (p. 28).

Bajo esta lógica operó la Guerra contra las Drogas, serie de políticas sociales impulsada por el presidente Nixon de los Estados Unidos en 1971 (Martínez Llompart, 2015). Estas políticas estaban dirigidas a propiciar la creación de programas estatales y privados, enmarcados en una visión criminalista y punitiva (noción legalista descrita por Coy, 1985; Pons, 2008 y Soriano, 2010). Para ello, comenzó a destinar recursos para erradicar toda práctica relacionada con la producción y comercio de drogas en EE. UU. y alrededor del mundo, al imponer presencia militar en países de Latinoamérica (Miró, 2014). Además, dejó en segundo plano aspectos salubristas y sociales, y en materia de los derechos humanos de las personas involucradas en el consumo, y concentró los esfuerzos en el castigo a las personas con menos responsabilidades en la cadena del tráfico, tales como vendedores en puntos de venta, mujeres “mulas” o correos humanos, y personas consumidoras (CELTS, 2014).

Romani (2017) plantea que desde su origen este Régimen Internacional de Control de Drogas (RICD), contiene un modelo regulatorio que mantiene el control y prohíbe la producción, comercialización y el consumo de ciertas drogas, pero al mismo tiempo intenta garantizar el acceso a otras drogas “beneficiosas” para la salud. Estas convenciones establecen las clasificaciones que hoy día prevalecen y que continúan regulando aquellos productos que se consideran seguros para la utilización médica. Un dato importante es que, durante el siglo XIX se realizaron investigaciones sobre los efectos de los diversos componentes psicoactivos de las plantas, lo que dio paso a la extracción, sintetización y concentración de estos, y que permitió la posterior comercialización del consumo dentro del mercado capitalista y fomentó un monopolio industrial farmacéutico (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Ciertamente, esta historia aporta a la problematización y comprensión de asuntos que hoy son materia de debate tales como el uso medicinal de la marihuana, la participación de la industria farmacéutica en la producción de fármacos psicoactivos, el generar nuevos consumidores y consumidoras, y la legalización de las drogas, entre otros asuntos de impacto en las condiciones sociales de las personas y sus comunidades, como también en la intervención, la salud y los derechos humanos. De acuerdo con Albizu, Negrón y Santiago (2010), en el caso de Puerto Rico este discurso prohibicionista prevalece y “...continúa la criminalización del consumo de algunas drogas y se condiciona a más de una generación a respaldar el supuesto de que la prohibición es necesaria para mantener el orden moral y la seguridad ciudadana” (p. 1071). Esta situación continúa a pesar de la exhaustiva evidencia sobre el fracaso en los objetivos de esta guerra y sus implicaciones en la población.

El caso del cannabis medicinal en Puerto Rico, es una de las políticas de mayor avance en esta materia, dado a su reciente creación a través de la Orden Ejecutiva expedida en el año 2015 (Núm. 2015-010), por el exgobernador Alejandro García Padilla (Negrón, 2019). Su propósito era autorizar el uso medicinal de sustancias o componentes derivados de la planta de cannabis, lo que remueve a la planta de marihuana de la Clasificación I (alto potencial de abuso), y la coloca en la Clasificación II (uso médico aceptado bajo supervisión), de la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico de 1971 (Negrón, 2019). Posteriormente, se creó la Ley Medicinal del 2017, bajo el exgobernador Dr. Ricardo Rosselló, por lo que se derogó el reglamento Núm. 8766 creado bajo la Orden Ejecutiva del 2015, y se impone un nuevo reglamento (Núm. 9038), cuyo propósito principal es tanto el tratamiento para el paciente como la creación de una estructura jurídica en conformidad con las leyes federales (Negrón, 2019). A pesar de este adelanto en cuanto al uso del cannabis como alternativa de tratamiento, existen otros puntos controvertibles que son necesarios atender como sociedad para contrarrestar los efectos adversos de las políticas prohibicionistas en las futuras generaciones.

El costo social de esta guerra

Son múltiples las evidencias acerca del costo social y las violaciones a los derechos como efecto en la insistencia en un modelo prohibicionista para el combate y la guerra que profundiza la violencia y no cumple con su propósito (Baratta, 1991; CLETS, 2014; Miró, 2014). En Puerto Rico, el fracaso de esta política, y la de cero tolerancia, se refleja en una larga lista de consecuencias para las personas consumidoras y la sociedad en general. En ella pudiéramos destacar (a) el aumento de asesinatos en las pasadas décadas; (b) los encarcelamientos en masa a causa de severas penas impuestas; (c) la crisis de los organismos de defensa pública para personas indigentes, tales como la Sociedad para Asistencia Legal y la Corporación de Servicios Legales, y la falta de acceso igualitario a la justicia; (d) la violación de derechos humanos y condiciones de vida de las personas encarceladas, así como la privación de atenciones básicas que los hace vulnerables al VIH, la hepatitis C, entre otras condiciones de salud (Patricio-Llompart, 2015). Además, el estigma, la criminalización, y el discrimen manifestado particularmente en contra de la población identificada como consumidora de drogas, le resta reconocimiento como ser humano y socavan su dignidad. Para efectos de este escrito, se puntualizará en el aumento de la violencia, la criminalización, la violación de derechos humanos, el estigma y las infecciones de VIH y hepatitis.

Puerto Rico ocupa una de las tasas más altas de homicidios, con 20 asesinatos por cada 100,000 personas, y menos de la mitad de estos crímenes son esclarecidos (Patricio Llompart, 2015). El 70% de todos los asesinatos están relacionados a las drogas (Coto, 2011). De acuerdo con la Junta de Planificación (2010), durante el periodo de 1993-2009 unas 13,378 personas fueron asesinadas. Los años de mayor aumento en muertes relacionadas a las drogas fueron durante los periodos de 1993-2009, 1994-1998, y 2008

(Junta de Planificación, 2010). En el periodo que comprende de 2010 a 2019 se reportaron 6,191 asesinatos (Rosario, 2019). Según el informe preliminar de asesinatos de la Policía de Puerto Rico, el 46.3% de los asesinatos en el 2019, fueron vinculados con las drogas (Gobierno de Puerto Rico, 2020). De acuerdo con CELTS (2014), las respuestas estatales basadas en el combate policial y militar aumentaron los niveles generales de violencia, tal es el caso en Puerto Rico con las políticas como Mano Dura Contra el Crimen, Golpe al Punto, entre otras.

Múltiples estrategias se implementaron a través de políticas sociales enmarcadas en la guerra contra las drogas y el paradigma prohibicionista que criminaliza sectores históricamente marginados y privados de derechos humanos. Dentro de estas estrategias podemos identificarlas detenciones arbitrarias sin mediar lectura de derechos, y la violación del derecho a la presunción de inocencia. Ello, trae como consecuencia un aumento en la población carcelaria encerrada por delitos no violentos relacionados con las drogas y la exposición a abusos, y situaciones de violencia e incluso la muerte de esta población. La intervención de las autoridades estatales en este fenómeno refuerza la construcción ideológica del consumidor o consumidora de drogas ilegales como un criminal y una persona pobre (López y Guzmán, 2007). En Puerto Rico esto se refleja igualmente en la población bajo custodia en las facilidades correccionales. Para 1995, más de 24,471 personas estaban en facilidades correccionales por ofensas relacionadas a drogas, y 60% por consumo problemático (Martínez Llompert, 2015). Por otra parte, de acuerdo con las estadísticas del Departamento de Corrección y Rehabilitación (2019), para el 2019 el 65.2% de la población penal presentaba algún trastorno por consumo de sustancias de drogas al ingresar al sistema y el 71.3% no había recibido ningún tratamiento previo.

Las políticas prohibicionistas implementadas vulneran de manera directa los derechos humanos de esta población (CELTS, 2014; Count the Cost, 2012^a; Transnational Institute, 2018). Esto se refleja particularmente en temas de vivienda, educación, seguridad y bienestar social. Por ejemplo, en el escenario del derecho a la vivienda, el *Housing Opportunity Program Extension (HOPE) Act*, de 1996, estableció que cualquier residente de alguna unidad de vivienda pública podría ser desahuciado si él, ella o alguna persona que se aloja o visita dicha unidad, es procesada por algún delito relacionado a drogas (104th Congress, 1996; Rosa-Dávila, 2011). En cuanto al derecho a la educación, la política federal de *Higher Education Act* del 1998, impuso como requisito que las personas que soliciten asistencia económica federal para continuar estudios universitarios indiquen si tienen alguna convicción penal por ofensas relacionadas a drogas, lo que margina a quienes posean algún historial para esta asistencia e imposibilita, a su vez, el derecho a la educación. Otro ejemplo de derechos vulnerados por las políticas prohibicionistas de la guerra contra las drogas lo es la *Federal Welfare Reform Act* (1996), la cual reglamentó que cualquier persona convicta de ofensas relacionadas a drogas se le prohíbe solicitar o recibir beneficios de bienestar federal, lo que incluye los cupones de alimentos y las ayudas de TANF (*Temporary Assistance for Needy Families*), lo que atenta al derecho humano de la

seguridad social. Todas estas políticas, y otras no abordadas en términos de política pública, mantienen una visión prohibicionista y represiva hacia el fenómeno de la droga (Rodríguez, 1999; Arroyo, Cortés y Dávila, 2016).

El Exsecretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan (1996-2007) indicó que: “El miedo al estigma conduce al silencio, y el silencio es la muerte”. El estigma es una atribución profundamente desacreditada, que puede llevar a la deshumanización de la persona, que experimenta el rechazo social y los estereotipos (Goffman, 1963). Además, genera respuestas negativas, sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento en las personas estigmatizadas, lo que afecta su habilidad para coexistir en la sociedad. Según Goffman (1963), existen tres tipos de estigma (a) las abominaciones corpóreas; (b) las manchas de carácter; y (c) el estigma tribal. La primera está relacionada a deformidades físicas que presentan las personas. La segunda, se refiere a comportamientos socialmente no aceptables de una persona o por tener algún historial de institucionalización psiquiátrica, carcelaria, entre otros. Es este es precisamente el tipo de estigma que enfrentan las personas consumidoras de drogas, al asumir que la persona consumidora está carente de voluntad y moral para cumplir con las reglas sociales impuestas en torno a las drogas. El tercer estigma, es aquel que se da como producto de la pertenencia de la persona a un grupo étnico, racial, religión o nacionalidad.

Las políticas de guerra contra las drogas operan de forma negativa, pues estas imponen un imaginario sobre cómo es la persona consumidora, al caracterizarla como un sujeto “depravado, inmoral, criminal”, y con manchas de carácter como bien describiría Goffman (1963). Además, estas políticas generan la devaluación, el rechazo y la exclusión por parte de la sociedad, legitima toda acción punitiva contra la población y afectan severamente su habilidad para convivir plenamente como ciudadano o ciudadana con derechos en la sociedad (*Count the Cost*, 2012b; Miró, 2014; *Transnational Institute*, 2018). Además, esto tiene como consecuencia la resistencia en la búsqueda de servicios y la pobre adherencia al tratamiento por parte de la población consumidora.

El enfoque punitivo de esta guerra desplaza otras alternativas de tratamiento y reducción de daños para la población, propiciando (a) la inyección de drogas en espacios desprovistos de higiene y supervisión sanitaria; (b) el compartir la parafernalia contaminada para el consumo de drogas inyectables; (c) el uso inadecuado de dosis de drogas, lo que causa las muertes por sobredosis, entre otros. En el caso de Puerto Rico, las cifras de personas muertas por sobredosis de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, asciende a 4,172 personas entre el 2000-2015 (ASSMCA, 2016). Precisamente una de las principales vías de infección para el virus del VIH es el intercambio de parafernalia contaminada para drogas intravenosas. De acuerdo con el Departamento de Salud (2016), durante el periodo de 1981-2015, 43.5% de los diagnósticos ocurrieron entre consumidores de drogas inyectables. Otra de las consecuencias es en materia de hepatitis C, por lo que actualmente la prevalencia de esta condición es de 2.3 % (Vélez, 2019). A pesar

de que se evidencia el impacto negativo de la criminalización y de la estigmatización, muchas personas consumidoras de drogas continúan enfrentándose con diversas barreras para acceder a servicios de atención médica. La situación de exclusión y la falta de servicios adecuados en su realidad hacen que sea difícil aceptar las opciones de tratamiento y atención a las que tienen derecho (Sandi & Araya, 2017). Es por ello, que el tratamiento a la salud en esta población exige, no solo el acceso a los servicios de salud, sino también acción sobre los determinantes sociales que le vulneran su salud y condiciones de vida (OPS, 2018).

Desigualdad, determinantes sociales de la salud y los derechos humanos

Es importante reconocer la desigualdad social como factor apremiante en el fenómeno de las drogas cuando se analizan los costos sociales de las políticas punitivas, una dimensión totalmente ausente en las mismas. Jaime Breihl, uno de los exponentes principales de la epidemiología crítica, explica que las condiciones socioeconómicas son los principales determinantes de la salud. La desigualdad social es la distribución dispar de los recursos sociales y económicos, que incluyen el poder y el prestigio en una sociedad (Sen, 1999). Puerto Rico es el tercer país más desigual entre unos 101 países a nivel mundial (UPR, CIC, 2018). En nuestra sociedad esta desigualdad se manifiesta en las altas tasas de pobreza, violencia, desempleo e inseguridad laboral de las familias, entre otras (López-Alicea, 2015; Rivera-Díaz, 2015).

La desigualdad social produce a su vez desigualdad en salud, la cual se refiere a las diferencias prevenibles e injustas de la salud reflejadas en una población. La desigualdad en salud es vivida a diario por miles de personas consumidoras de drogas ilegales que se enfrentan a limitaciones para acceder a tratamientos médicos, negaciones de cubierta médica y acceso a medicamentos, pobre disponibilidad de servicios especializados, discriminación en espacios laborales, de vivienda, entre otros derechos humanos. Las desigualdades en salud son provocadas en parte por un sistema de salud basado en la enfermedad y el lucro, lo que provoca una cronicidad de condiciones de salud física y mental, incluido el consumo problemático de sustancias. Tanto la desigualdad social como la desigualdad en salud son innecesarias, injustas y evitables. Sus síntomas son palpables y se manifiestan de forma particular en los cuerpos, al adscribir en la persona la responsabilidad individual de su precaria condición de salud. Alrededor de esto, se enmarca toda una lógica de intervención de la salud pública y la medicina, las que promocionan medidas de autocuidado y disminución de conductas de riesgos como una buena alimentación, hacer ejercicios, minimizar el estrés, el uso del condón, alejarse de las drogas, no consumir alcohol, tener pensamientos positivos, conseguir un empleo que mantenga la mente ocupada, entre otros. Esta mirada, solo posiciona a la persona como un sujeto único responsable de su salud e invisibiliza la dimensión social de la salud y el consumo problemático de drogas ilegales. Sin embargo, si consideramos que la desigualdad en salud es un elemento estructural resultado de cómo se dan los procesos de distribución de los recursos sociales y económicos, incluido el poder, no podemos dejar a un lado e invisibilizar

que las políticas sociales en torno al manejo de la seguridad y la criminalidad, tales como Mano Dura Contra el Crimen, y otras discutidas en este artículo, también ejercen como determinantes en la consecución del bienestar y la salud de las personas.

La credibilidad y la legitimidad de los modelos promovidos en el marco de la guerra contra las drogas están seriamente erosionadas, y requiere elaborar nuevas formas para abordar el tema de las drogas (CELS, 2014). Estudios recientes plantean la necesidad de evaluar el fenómeno como un problema esencialmente de validación y promoción de los derechos humanos (Upegui y Torruella, 2015). Existe la necesidad de reconocer que el proceso de salud-enfermedad trasciende al individuo, pues abarca elementos culturales, sociales, económicos y políticos (Tirado-2016). No es un proceso que depende de la voluntad, la moral y la decisión de la persona. El marco de los determinantes sociales (OMS, 2009), nos puede ayudar a dismantlar la retórica de las drogas desde un discurso idealista, moralista, individualista y criminalizante, para de esta manera recuperar la dimensión social, política y económica de este fenómeno, y entender la desigualdad en salud que viven las personas consumidoras de drogas ilegales.

En el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresó la intención de crear una comisión mundial sobre los determinantes sociales de la salud. La misma tenía el propósito de "...avanzar la agenda en favor de la equidad y fortalecer el apoyo de la organización a los Estados miembros en la implementación de enfoques integrales sobre los problemas de salud e incluir sus raíces sociales y ambientales" (OMS, 2005, p. 43). En el 2008 esta comisión definió los determinantes sociales de la salud, como aquellas condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2008). El diagrama en la *Figura 1*, es el resultado del trabajo que se presentó en un informe en el que se detallan los determinantes estructurales de las desigualdades y los determinantes intermedios en la salud.

En el primer encasillado de izquierda a derecha, se detallan los elementos relacionados al contexto socioeconómico y político tales como: gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales como mercado de trabajo y vivienda; políticas públicas de educación, salud y protección social; cultura y valores sociales. Estos están directamente relacionados con la posición socioeconómica, la clase social, el género, la etnia, la educación, ocupación y el ingreso. Estos determinantes estructurales producen los determinantes intermedios de la salud, que son las circunstancias materiales como las condiciones de vida y el trabajo de las personas, los factores conductuales y biológicos, y los factores psicosociales; lo que tiene un impacto en las desigualdades en salud y en el bienestar de la ciudadanía. El sistema de salud tiene un rol igualmente determinante en la desigualdad en salud que viven las personas. En este informe la Comisión reconoció que la desigualdad en salud es el principal problema mundial, y que sus causas no se deben a factores biológicos o genéticos, estilos de vida, servicios de salud o riqueza general del país (Benach, Vergara & Muntaner, 2008, p. 35). Por tanto, este marco muestra que la relación

entre los factores socioeconómicos y la salud es complejo, dinámico e interactivo (Braveman & Gottlieb, 2014).

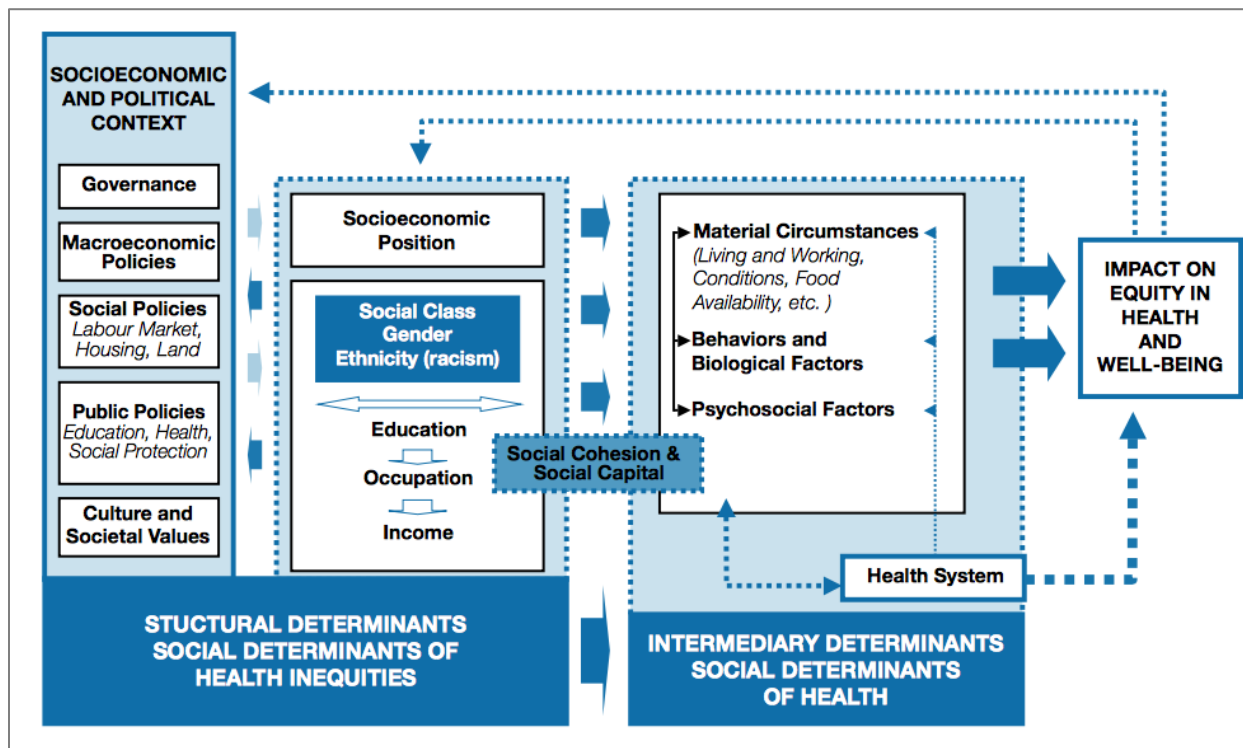


Figura 1: Marco conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Información tomada de Solar O, Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion [Paper 2].* Policy and Practice. Geneva; World Health Organization.

Existen factores identificados en la literatura que forman parte de la desigualdad en salud. Estos son (a) las malas condiciones laborales; (b) el no poseer una vivienda digna; (c) el no disponer de agua limpia; (d) la falta de protección y de servicios sociales; (e) la falta de recursos económicos y educativos; y (f) la falta de oportunidades para una vida saludable y digna (Benach, Vergara & Muntaner, 2008). Todos estos factores no son otra cosa que derechos humanos. Sin duda, este marco nos permite acercarnos a un abordaje más social, humanizante y con perspectiva de los derechos humanos.

Los derechos humanos son derechos y libertades que tenemos las personas por simplemente existir, y los cuales el Estado tiene que respetar, proteger y satisfacer (Bolívar, s/f). No son aspiraciones, ni favores otorgados por los estados, pues son producto de luchas y de movimientos sociales. El respeto a estos derechos permite crear las condiciones necesarias para que los seres humanos vivamos dignamente en un entorno de libertad, justicia y paz (Amnistía Internacional, 2020). Los derechos humanos están basados en una serie de principios o características que son universales, por tanto, son derechos “inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.

Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna” (ONU, 2019); pues son interdependientes e indivisibles, lo que significa que todos están relacionados entre sí, que no existen jerarquías entre ellos y que la violación o menoscabo de uno, tiene consecuencias en la garantía y disfrute de los demás derechos. Por tanto, se trata de una dependencia recíproca que es inalienable, esto implica que ninguna persona puede ser despojada de ellos; que son progresivos e inderogables, por tanto, no son estáticos en el tiempo, y que deben evolucionar de acuerdo a las transformaciones políticas, sociales e históricas, y una vez alcanzado, estos no pueden ser revertidos; que son irrenunciables e intransferibles, lo que no permite el que ninguna persona pueda renunciar o negociar con sus derechos, ni el Estado pueda obligarles a hacerlo.

Si bien es cierto, el tema de los derechos humanos es fundamental para el abordaje del consumo problemático de drogas, no es menos cierto que existen múltiples debates en torno a esta perspectiva, particularmente desde los países que conforman el Sur. Estudiosos y estudiosas del tema plantean que este discurso es una fuerte estrategia de control hegemónico e influencia cultural de países del occidente, que pretende la universalidad de estos derechos (Aguiló, 2009; De Sousa Santos, 2004; De Sousa Santos, 2014; Truell, 2016). Sin embargo, estos debates no les restan importancia a los derechos humanos como bandera para encausar justicia a favor de las personas más oprimidas y marginadas en la sociedad, como lo son las personas consumidoras de drogas (Transnational Institute, 2018).

Todas las personas, incluidas aquellas consumidoras de drogas, tienen derecho al reconocimiento y protección de todos los derechos humanos, también el derecho a la salud (Transnational Institute, 2018). El derecho a la salud es definido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), como aquel donde “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo, así como el de su familia, lo que incluye la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Así mismo, tienen derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de sustento por circunstancias más allá de su control” (Art. 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Vivimos en una época donde la idea de la autonomía individual toma mayor fuerza. Según esto la sociedad provee todas las alternativas necesarias para que las personas se desarrollen y estén saludables, y los resultados en la vida de cada individuo dependerán de las buenas o malas decisiones que toman, o sea, depende de su propia voluntad. Y hemos escuchado mucho ese discurso entre varios profesionales. Cuando las situaciones de la persona se complican, o no resultan como se espera socialmente, le etiquetamos como personas disfuncionales, problemáticos, y desviados. Como diría De Sousa Santos (2013), no puede existir autonomía sin las condiciones para ella, y esas condiciones deben estar distribuidas de forma equitativa en la sociedad. En nuestro país, las personas que llevan más

la carga de ser autónomas son las más privadas de las condiciones para poder lograrlo. Por tanto, si retomamos el tema de la desigualdad en salud previamente discutido, entenderemos que, a pesar de las consecuencias en las desigualdades sociales y salud, se vive y se siente de forma individual, y no por ello se debe asumir que es un fenómeno producto de las inacciones, las malas decisiones, la falta de voluntad o la falta de fuerza moral de las personas consumidoras de sustancias. Organismos internacionales tales como la ONU, reconocen que afrontar este problema requiere de un enfoque basado en los derechos humanos y en una salud pública donde se integre la prevención, el tratamiento y los cuidados médicos necesarios para toda la población. Sin embargo, esa salud pública tiene que ser una alterna, centrada en la dignidad y la vida de las personas, no puede prevalecer un modelo biomédico centrado en lo biológico y en la medicina clínica (Tirado, 2016), que excluya la discusión de los aspectos socio culturales, políticos y económicos. Esa salud pública alterna tiene que ser abordada desde el reconocimiento de la salud como un derecho humano y la universalidad de la atención a la salud como una responsabilidad del Estado. El Estado tiene el deber de desarrollar políticas públicas que garanticen los servicios de salud y la atención social a las personas con consumo problemático de drogas, así como a la población en general (RIOD, 2019). Dentro de las medidas que se sugieren está (a) la integración de servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas en los sistemas de salud y bienestar social; (b) el fortalecimiento de la atención primaria e intervenciones de base comunitaria para superar todas las barreras de acceso (físico, de clase, género, edad, y nacionalidad); (c) el fortalecimiento de recursos humanos, entre otros (RIOD, 2019).

Queda claro, que asumir un abordaje desde el entendido de los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud como coordenadas, requiere comprender que la desigualdad social y de salud no son producto de la persona. Por tanto, las políticas y programas para la atención a estas situaciones requieren la cooperación transversal de los diversos actores de la sociedad e instituciones públicas (RIOD, 2019).

Humanizándonos: Algunas recomendaciones para el rescate de los derechos humanos en el tratamiento de consumo de drogas

Las consecuencias negativas de las políticas de control de drogas son superiores a los daños causados por el propio consumo (CELS, 2014). Reconocer este elemento es trascendental, porque nos ayudará a comprender su fracaso para dejar atrás sus propuestas y movernos hacia abordajes más humanos y basados en los derechos humanos. El tratamiento al consumo problemático de drogas es parte inherente del derecho humano a la salud, y los principios que dirijan el mismo deben responder al enfoque de los derechos humanos y el respeto a la dignidad. No cualquier tratamiento responde a esta perspectiva. Para ello, se requiere que modifiquemos nuestras prácticas profesionales (Csete & Pershouse, 2007). Les profesionales de la salud que se vinculan al tratamiento de personas con consumo problemático de drogas, incluyendo profesionales del Trabajo Social, deben ser capaces de devolver la humanidad arrebatada a la persona consumidora, al reconocer

que es una persona que le cobijan todos los derechos humanos, lo que incluye el derecho a una vida digna. Así mismo, deben promover la erradicación de comportamientos, actitudes y percepciones estigmatizantes, y discriminatorias. Ello comenzará con el deber ético que tenemos de exponernos valientemente a experiencias educativas, donde se aborden paradigmas y modelos de acompañamiento alterno para la atención al consumo de drogas fuera de discursos moralistas y punitivos, que han ocupado este campo, y de participar de grupos, coaliciones y organizaciones que trabajen para y con la población.

También, debemos reconocer la voluntariedad, el consentimiento y el derecho a la autodeterminación y la participación de las personas consumidoras de sustancias en los procesos de tratamiento, tanto para su consumo como para cualquier otro servicio relacionado con su salud. Promover que se garantice el acceso (sin barreras económicas, físicas, o administrativas) y la disponibilidad de los servicios (con agilidad en la atención) a la población. Es un derecho humano, un deber ético y una responsabilidad social el proveer servicios de salud, éticos y aceptados por los participantes. A niveles nacionales, regionales e internacionales, es esencial el compromiso de profesionales de la salud, incluyendo a profesionales del Trabajo Social, en el análisis de las políticas públicas que son gestadas en materia de drogas con el fin de que las mismas puedan diseñarse, implementarse y evaluarse en el marco de los derechos humanos. A su vez, es primordial y necesario propiciar el compromiso de los organismos regionales e internacionales de derechos humanos para atender, a través de un seguimiento riguroso, las diferentes implicaciones de las políticas de drogas, (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015). Por último, es imperioso deconstruir y problematizar la función de profesionales de la salud en escenarios de atención a la población consumidora de drogas, y considerar que su función no es vigilar o castigar el comportamiento de las personas, sino que es comprender, abogar y dignificar la vida de ese ser humano, y pensar que mañana pudiera ser cualquiera de nosotros.

Referencias

- Aguiló Bonet, A. (2009). Los derechos humanos como campo de luchas por la diversidad humana: un análisis desde la sociología crítica de Boaventura de Sousa Santos. *Universitas humanística*, 68, 179-205.
- Alfaro-Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 1 (1), 36-46.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Amnistía Internacional. (2020). ¿Qué son los derechos humanos? Recuperado de <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/>
- Arroyo Sánchez, L., Cortés Díaz, F., & Dávila Rivera, K. (2016). *Políticas prohibicionistas de drogas: Influencias en el ejercicio profesional del Trabajo Social con las personas consumidoras de drogas ilegales en Puerto Rico y sus implicaciones para el reconocimiento, valoración, promoción y expansión de los derechos humanos*. [Tesis, Escuela Graduada de Trabajo Social. Universidad de Puerto Rico].
- Baratta, Alessandro. (1991). Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias. *¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate*. Editorial Popular.
- Bilbao, A. (2003). Sujetos Drogas y Sociedad. *Psicoperspectivas*, II, 35-52.
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/2>
- Bolívar, L. (s/f). *Derechos Humanos: concepto, característica y evolución histórica*. Universidad Católica Andrés Bello. Presentación inédita.
http://w2.ucab.edu.ve/tl_files/CDH/Lineastematicas/Presentacion%20Derechos%20humanos.pdf
- Cardoso, Gaviria, & Zedillo. (2009). *Drogas y Democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Comisión Latinoamericana Sobre Drogas y Democracia.
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/Drogas%20y%20Democracia.%20Hacia%20un%20cambio%20de%20paradigma.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2014). *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos: La experiencia del continente americano*. https://www.escri-net.org/sites/default/files/drogas_web_hojas.simples_0.pdf
- Coto, D. (2011). Puerto Rico poised to surpass homicide record. *The San Diego Union Tribune*. <https://www.sandiegouniontribune.com/sdut-puerto-rico-poised-to-surpass-homicide-record-2011nov16-story.html>
- Coy Ferrer, E. (1985). La cuestión de las drogas: consideraciones elementales. *Anales de Psicología*, (2), 29-40. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/32701>

- Csete, J., & Pershouse, R. (2007). Dependent on Rights: Assessing Treatment of Drug from a Human Rights Perspective. *Canadian HIV/AIDS Legal Network*.
www.aidslaw.ca/drugpolicy
- Count the Costs. (2012a). La Guerra contra las Drogas: Socavando los derechos humanos.
http://fileserv.idpc.net/library/Human_rights_Briefing_Spanish.pdf
- Count the Costs. (2012b). La Guerra contra las Drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación.
http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Stigma_Spanish.pdf
- De Sousa Santos, B. (2-6 de marzo de 2004). *Los derechos humanos y el Foro Social Mundial*. En XXV Congreso de la Federación Internacional de los Derechos Humanos, Institut de Drets Humans de Catalunya.
- De Sousa Santos, B. (2014). *Derechos humanos, democracia y desarrollo*. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad.
- Departamento de Corrección y Rehabilitación. (2019). *Perfil de la Población Confinada 2019*.
https://estadisticas.pr/files/inventario/publicacionesespeciales/DC_perfil_poblacion_confinado_2019.pdf
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). *La epidemia del VIH en Puerto Rico: 2003-2014*. Programa Vigilancia VIH/SIDA. Oficina de Investigación y Epidemiología.
<http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20VIH/Presentaciones/Epidemia%20del%20VIH%20en%20Puerto%20Rico,%202003%20-%202014.pdf>
- Gobierno de Puerto Rico. (2020). *Informe Preliminar de Asesinatos 2019*. Recuperado el 10 de agosto de 2019 de <https://policia.pr.gov/informe-preliminar-de-asesinatos/>
- Golichenko & Ka Hon Chu. (2018). Human Rights in patient care: drug treatment and punishment in Russia. *Public Health Review*, 39 (12), 1-12.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984458/>
- IDPC. (2011). *Count the Cost, 50 years of the war on drugs*.
<https://idpc.net/alerts/2011/03/count-the-costs>
- Junta de Planificación de Puerto Rico. (2010). *Boletín Social: Criminalidad en Puerto Rico: Serie histórica 1900-2009*. <https://docplayer.es/16585856-Boletin-social-criminalidad-en-puerto-rico-serie-historica-1900-2009-lcda-leslie-j-hernandez-crespo-presidenta-interina.html>
- Jurgens, Csete, Amon, Baral & Bayrer (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. *The Lancet*, 376, 475-485.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60830-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60830-6/fulltext)

Link B.G. & Phelan, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68184-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68184-1/fulltext)

López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M.D., Antequera, R., & Álamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuad Med Forense*, 17 (1), 1-33.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000200003

Miró, G. (2014). Daño Social y Políticas del Estado: Un Análisis de las Políticas de Drogas Como Causantes de Grave Daño Social. *Crítica Penal y Poder*, 7, 149-178.

Negrón, J. (2019). El empleado-paciente de cannabis medicinal en Puerto Rico. *Revista Jurídica de la Universidad de Puerto Rico*, 3, 920-958.
<http://revistajuridica.uprrp.edu/wp-content/uploads/2019/05/El-empleado-paciente-de-cannabis-medicinal-en-Puerto-Rico.pdf>

Oficina Contra la Droga y el Delito. (ONODC). (2008). *Un siglo de fiscalización de drogas. Se evita una catástrofe sanitaria mundial, pero los más vulnerables aún enfrentan la exclusión*. Naciones Unidas.

https://www.unodc.org/documents/26june/26june08/100ydrugcontrol_S.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/en>

Palazzolo, F. (2014) Uso de Drogas Ilegales: Entre Nuevos Debates y Viejas Representaciones. *Diálogos*. <http://dialogosfelafacs.net/secciones/informes-de-investigacion/>

Patricio Llompert, (2015). In the Custody of Violence: Puerto Rico Under La Mano Dura Contra el Crimen, 1993-1996. *Revista Jurídica UPR*, 84, (2), 447-493.
<http://revistajuridica.uprrp.edu/wp-content/uploads/2016/05/84-Rev.-Jur.-447.pdf>

Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación Y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 4 (2).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006

Primera hora. (2018). Puerto Rico entre los 10 países más violentos de Latinoamérica. <https://www.primerahora.com/noticias/policia-tribunales/nota/puertoricoentrelos10paisesmasviolentosdelatinoamerica-1264947/>

- RIOD. (2019). Un enfoque de salud pública en materia drogas: de la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Comisión Salud Pública, RIOD. <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/UN-ENFOQUE-DE-SALUD-P%C3%9ABLICA-EN-MATERIA-DROGAS.pdf>
- Rivera Ortiz, R. (2010). *En Búsqueda de Bienestar: Un Análisis de Cuatro Modelos de Política Pública Relativos al Fenómeno de las Drogas Ilegales y sus Implicaciones Para Puerto Rico*. [Disertación doctoral, Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico]. <https://search.proquest.com/openview/2677f03f976d7a428005c619cfa180d0/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Rodríguez, J. (2005). La Tercera Frontera: La Guerra Contra las Drogas en el Caribe y Puerto Rico. *Drogas y democracia en América Latina: El impacto de la política de Estados Unidos*. FLACSO, 373-472. <https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/%25f/agora/files/fa-agora-2005-rivera.pdf>
- Romaní, M. (2017) Modelos de Regulación de Cannabis en las Américas. *Organization of Americas States*. <http://www.cicad.oas.org>
- Rosario, R. (2019). El Departamento de Seguridad Pública: Realidades y desafíos. *Revista Jurídica UPR*, 88 (3), 754-769. <https://revistajuridica.uprrp.edu/2019/05/21/el-departamento-de-seguridad-publica-realidades-y-desafios/>
- Settipani, C., Hawke, L, Virdo, G., Yorke, E., Mehra, K., & Henderson, J. (2018). Social Determinants of Health among Youth Seeking Substance Use and Mental Health Treatment. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 (4), 213-221. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254257/>
- Sandi, L. & Araya, G. (2017). Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica. *Subcomisión del modelo de reducción de daños*. https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de Drogas: La Constitución de un Problema Social. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 239-249.
- Soriano, R. (2010). Cuatro Fórmulas de Posicionamiento Frente a las Drogas. *A Fondo*, 1, 23-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3600199>
- Souto Zabaleta, M. (2019). El régimen internacional de control de drogas, las “interpretaciones flexibles” y las incómodas iniciativas de regulación del mercado de cannabis. *Pena y Estado*, 1(1), 26-56. <https://penayestado.org/wp-content/uploads/2019/06/Pena-y-Estado-NE-Souto-Zabaleta.pdf>

- Tirado-Otálvaro, A. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cadernos de Saude Pública*, 32 (7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177215>
- Transnational Institute. (2018). Derechos humanos y políticas de drogas. *Guía Básica*. <https://www.tni.org/es/publicacion/derechos-humanos-y-politicas-de-drogas>
- Truell, R. (2016). Hacia un marco de derechos de trabajo social. *International Federation of Social Workers*. <https://www.ifsw.org/hacia-un-marco-de-derechos-de-trabajo-social/>
- 104th Congress. Housing opportunity program extension act of 1996 (1996). *United States of America*. <https://www.congress.gov/104/plaws/publ120/PLAW-104publ120.pdf>
- Upegui, D. & Torruella, R. (2015). Humillación y abusos en centros de para uso de drogas en Puerto Rico. *Intercambios Puerto Rico*. <https://www.issuelab.org/resources/21941/21941.pdf>
- Vélez, J. M. (2019). Esperan que el gobierno de Puerto Rico logre contratación para erradicar la hepatitis C. *Medicina y Salud Pública*. <https://medicinaysaludpublica.com/esperan-que-el-gobierno-de-puerto-rico-logre-contratacion-para-erradicar-la-hepatitis-c/>