

**Salud Mental:**

**Perspectivas y desafíos para  
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

## **Repensando los vínculos entre género y drogas desde la transdisciplina y la interseccionalidad**

**Evangelina Curbelo Arroqui**

**Juan E. Fernández Romar**

*Facultad de Psicología de la Udelar*



## Resumen

Durante las décadas de 1970 y 1980, en el contexto de las dictaduras cívico-militares latinoamericanas y en consonancia con la estrategia intervencionista de Estados Unidos, se consolidó un robusto aparato prohibicionista y abstencionista en torno al uso de drogas. Este régimen, caracterizado por la represión penal y policial, implicó un abordaje punitivo, higienista y patologizante en las políticas sobre drogas, reduciendo el tema a una cuestión de control social. Este proceso dio lugar a un incremento sostenido en la criminalización de personas de sectores históricamente vulnerados, con un impacto particularmente fuerte sobre mujeres cis y trans (quienes registran un alto porcentaje de imputaciones por delitos relacionados con el microtráfico). Estas dinámicas evidencian con claridad la imbricación entre el sistema prohibicionista y el orden patriarcal (Youngers et al., 2020). En forma paralela, este modelo redujo drásticamente —cuando no eliminó por completo— el margen para explorar las dimensiones del placer, el deseo y la autonomía personal vinculada a los usos de drogas, especialmente cuando se trata de cuerpos feminizados. Frente a esto, los enfoques de reducción de daños y gestión de riesgos y placeres emergieron como alternativas que no solo problematizan el paradigma prohibicionista y abstencionista, sino que también abren la posibilidad de pensar los usos de drogas desde la salud mental, el deseo, el cuidado y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Desde hace ya más de dos décadas, el Estado uruguayo incorporó en su estrategia nacional sobre drogas la reducción de daños y gestión de riesgos como enfoques desde los cuales abordar los usos de drogas. Estos enfoques también son incorporados en la Ley de regulación y control del cannabis (Uruguay, 2013), que modificó el marco normativo vigente sobre drogas, y en la Ley de salud mental (Uruguay, 2017). Los vínculos entre género y drogas se constituyen como un aspecto clave para comprender las dinámicas de poder, control y resistencia producidas por la imbricación del patriarcado y el prohibicionismo. Las lecturas que realizan sobre estos vínculos los estudios feministas con una perspectiva interseccional buscan poner de manifiesto las relaciones de poder que emergen de múltiples sistemas de opresión interconectados. Así, exponen cómo estos sistemas de opresión afectan de manera particular a las personas en función de su identidad de género, orientación sexual, ascendencia étnico-racial, edad, clase social y ubicación geopolítica, configurando desigualdades específicas. Asimismo, hacen visibles los impactos diferenciados del prohibicionismo en el contexto latinoamericano, territorio históricamente señalado como responsable de la producción y oferta de drogas a nivel mundial y, por lo tanto, uno de los

que más sufrió las consecuencias de la estrategia geopolítica de "guerra contra las drogas". Este grupo de trabajo tiene como objetivo reunir relatos de investigaciones en marcha o culminadas, como así también sistematizaciones de experiencias de trabajo en territorio que den cuenta de las múltiples consecuencias del prohibicionismo en los cuerpos feminizados. En este sentido, las contribuciones incluyen desde la criminalización de mujeres cis y trans vinculadas con drogas, la falta de dispositivos de atención y tratamiento para mujeres cis y trans con uso problemático de drogas, los sesgos de género en las investigaciones científicas sobre los efectos de las drogas en cuerpos feminizados, hasta la conformación de colectivos feministas antiprohibicionistas a lo largo de Latinoamérica. Para atender esta diversidad de dimensiones que hacen a los vínculos entre género y drogas, entendemos necesario el diálogo entre aquellos saberes situados que tienen las personas más afectadas por las actuales políticas de drogas con el conocimiento experto proveniente de distintas disciplinas. De este modo, el grupo de trabajo promueve la transdisciplina como forma privilegiada para la producción de conocimiento sobre los vínculos entre género y drogas, a la vez que se propone repensar la cuestión de las drogas desde una mirada interseccional, a fines de comprender cómo operan, de forma entrelazada, distintos sistemas de opresión —patriarcado, racismo, transfobia, clasismo y colonialismo— en la configuración de las políticas de drogas y sus efectos sobre las trayectorias vitales de las personas usuarias. Nos proponemos, entonces, habilitar un espacio para pensar y crear una agenda política, académica y comunitaria sobre género y drogas que apueste a potenciar los vínculos y las alianzas en la producción de saberes y prácticas. Por eso, este grupo de trabajo promueve la reflexión y especulación en torno a la construcción colectiva de futuros posibles, en los que podamos imaginar políticas de drogas post-prohibicionistas que reconozcan la complejidad de los usos de drogas, la agencia de las personas usuarias y la necesidad de dispositivos de salud mental y acompañamiento que no reproduzcan estigmas ni exclusiones.

## **1. Introducción: un problema que no puede seguir siendo invisibilizado**

Hay una pregunta que los sistemas de justicia latinoamericanos han evitado con particular esmero durante décadas: ¿qué tiene que ver el género con las drogas?

La respuesta, cuando finalmente se formula, resulta incómoda. Tiene que ver con todo. Con quién termina preso y quién no; con quién accede a tratamiento y quién queda librado a su suerte en la calle; con quién puede hablar abiertamente de su consumo y quién debe callarlo por miedo al estigma, a la pérdida de la custodia de sus hijos o a la persecución policial. Esta pregunta, lejos de ser académica, late en las trayectorias de miles de mujeres cis y trans que hoy cumplen condenas en cárceles de la región por delitos menores vinculados al microtráfico, muchas de ellas madres que crían solas, muchas de ellas en situación de pobreza extrema, la mayor parte de ellas invisibles para las estadísticas oficiales y para la narrativa dominante sobre el "problema de las drogas".

En esta exposición buscamos articular un marco conceptual y político que permita pensar estos vínculos desde coordenadas más complejas que las que habitualmente ofrece el prohibicionismo. Para ello, recurrimos a la interseccionalidad como herramienta analítica, a la transdisciplina como apuesta epistemológica y a los enfoques de reducción de daños y de gestión de riesgos y placeres como horizontes éticos y prácticos.

No partimos de cero. Este trabajo se inscribe en una conversación que ya se está dando en barrios, centros comunitarios, organizaciones feministas antiprohibicionistas y también —aunque más lentamente— en algunas universidades y organismos de salud pública de la región.

La ruta prevista para esta presentación es la siguiente. En principio, muy brevemente reconstruiremos la genealogía del prohibicionismo latinoamericano y su articulación con el orden patriarcal.

Luego, examinaremos las consecuencias concretas de esa articulación sobre los cuerpos feminizados, prestando atención tanto a la criminalización como a la falta de dispositivos de atención adecuados.

A continuación, exploraremos los aportes de los enfoques de reducción de daños y de la perspectiva interseccional para repensar las políticas sobre drogas. Y finalmente, presentaremos el caso uruguayo como un laboratorio de reforma parcial que merece ser evaluado con mirada crítica, reconociendo tanto avances como limitaciones.

## 2. La genealogía del prohibicionismo y su deuda con el patriarcado

Para entender el presente, conviene no olvidar de dónde venimos. El prohibicionismo como régimen global de control de drogas no nació en el vacío: se construyó en la intersección de intereses geopolíticos, moralismos higienistas y lógicas racistas que encontraron en el cuerpo de ciertos sujetos —racializados, empobrecidos, feminizados— su blanco predilecto. La "guerra contra las drogas" declarada por Nixon en 1971 y luego profundizada bajo Reagan en los años ochenta fue mucho más que una política de salud pública fallida. Fue, como señaló John Ehrlichman —asesor de Nixon— en una entrevista revelada décadas después, una estrategia deliberada para criminalizar a las comunidades negras y al movimiento antibelicista (Baum, 2016). En América Latina, ese diseño se trasplantó con violencia sobre el tejido social de países que atravesaban dictaduras cívico-militares, donde la represión al consumo de drogas se mezclaba, sin disimulo, con la represión política.

Lo que resulta menos explorado —y más urgente de examinar— es la dimensión de género de ese proceso. El prohibicionismo no fue neutral en términos de género: fue profundamente patriarcal tanto en su concepción como en sus efectos. Cuando se construyó la figura del "adicto" o del "traficante", se basó en siluetas masculinas. Las mujeres que consumían drogas quedaban atrapadas en una doble condena: la del sistema penal y la del estigma social, que las señalaba no solo como delincuentes, sino también como malas madres, mujeres indecentes, sujetos sin redención posible. La intersección entre el orden patriarcal y el sistema prohibicionista no es una metáfora: es una realidad cotidiana que se materializa en cada condena, en cada negación de tratamiento, en cada dispositivo de salud que reproduce el estigma en lugar de cuestionarlo.

Aquí opera algo que vale la pena nombrar con toda precisión: la patologización. El paradigma biomédico dominante en el tratamiento de los usos problemáticos de drogas tiende a construir al usuario de drogas como un sujeto enfermo, carente de agencia y necesitado de tutela. Cuando esa construcción se aplicó a cuerpos feminizados, las consecuencias fueron todavía más restrictivas, ya que se les negó no solo la autonomía sobre sus decisiones de consumo, sino también la posibilidad de articular su experiencia con el placer, el deseo o la exploración personal. El cuerpo de la mujer que consume drogas quedó atrapado entre la figura de la víctima sin voz y la de la desviada social sin redención.

### 3. Criminalización y cuidado: las mujeres entre el sistema penal y el vacío asistencial

Los datos disponibles para la región son, en el mejor de los casos, fragmentarios. De por sí, esta fragmentación es ya un dato político: lo que no se mide no existe, y lo que no existe no demanda respuestas. Con esa salvedad, la evidencia acumulada en los últimos años pinta un cuadro coherente y perturbador. En países como Argentina, Brasil, México y Colombia, las mujeres privadas de libertad por delitos relacionados con drogas representan entre el 60 y el 80 por ciento de la población carcelaria femenina (WOLA/IDPC, 2016; Youngers et al., 2020). La mayoría de ellas están imputadas por delitos menores —transporte, tenencia para comercialización en pequeña escala, microtráfico— que los sistemas penales tipifican con las mismas penas que reservan para los grandes operadores del narcotráfico. Esta disparidad no es accidental: es la expresión de un sistema que castiga a quienes son prescindibles para las redes de tráfico y deja intactas sus estructuras de poder.

¿Quiénes son estas mujeres? Son, en su gran mayoría, mujeres pobres, muchas de ellas afrodescendientes o indígenas, muchas de ellas madres que crían solas y sostienen hogares monoparentales. Son mujeres que ingresaron al microtráfico como estrategia de supervivencia económica, no como integrantes de cárteles ni como operadoras de redes organizadas. Esta superposición de vulnerabilidades —derivadas de condiciones socialmente impuestas por razones de género, clase, raza, maternidad, consumo— no puede analizarse por separado si se quiere comprender algo de lo que efectivamente ocurre.

El vacío asistencial es, en este contexto, tan grave como la criminalización. Los dispositivos de atención para personas con uso problemático de drogas en América Latina fueron diseñados, históricamente, pensando en varones adultos. Las comunidades terapéuticas tradicionales, que todavía concentran buena parte de la oferta de tratamiento en la región, reproducen con frecuencia lógicas autoritarias, estigmatizantes y heteronormativas que hacen del tratamiento una experiencia traumática para muchas mujeres cis y, con mayor intensidad aún, para mujeres trans. La ausencia de dispositivos con perspectiva de género no es una omisión técnica: es la continuación del paradigma higienista y punitivo por otros medios.

Lo que se busca, lo que se necesita —y aquí el saber de las propias usuarias es insustituible— son espacios donde sea posible hablar sin miedo, donde el cuidado no implique control, donde la persona que llega con un consumo problemático no sea

tratada como un caso clínico a normalizar sino como un sujeto con historia, con deseos, con derechos. Eso parece obvio cuando se lo enuncia así. La pregunta es: ¿por qué resulta tan difícil de construir?

#### **4. Los sesgos de género en la investigación científica: cuando la ciencia también reproduce desigualdad**

Una de las dimensiones menos visibles del problema, aunque no por ello menos grave, son los sesgos de género presentes en la investigación científica sobre drogas. Durante décadas, los estudios farmacológicos, toxicológicos y epidemiológicos sobre los efectos de sustancias psicoactivas se realizaron casi exclusivamente con muestras masculinas, bajo el supuesto implícito —y nunca del todo cuestionado— de que los hallazgos obtenidos en varones eran generalizables a toda la población. Las razones que se esgrimían para excluir a las mujeres de los ensayos eran de corte "proteccionista": la variabilidad hormonal complicaba el diseño experimental y el riesgo de embarazo durante el estudio desaconsejaba la participación femenina. El resultado de esa lógica fue que, durante décadas, se construyó un cuerpo de conocimiento sobre efectos, dosis, riesgos y mecanismos de dependencia que no refleja la experiencia de la mitad de la población.

Las consecuencias clínicas de ese sesgo no son menores. Sabemos hoy, gracias a investigaciones más recientes que comenzaron a incorporar variables de sexo y género, que los cuerpos feminizados metabolizan de manera diferente sustancias como el alcohol, la cocaína o los opiáceos; que las mujeres desarrollan dependencia con mayor rapidez que los varones con menor exposición acumulada —el fenómeno conocido como "telescoping"—; que los patrones de consumo, las motivaciones y las consecuencias sobre la salud mental presentan diferencias significativas que el modelo de investigación unisex simplemente no capturaba (Greenfield et al., 2010). Estos hallazgos tienen implicancias directas sobre los protocolos de tratamiento, la dosificación de medicamentos en terapias de sustitución, y el diseño de intervenciones en salud pública.

La buena noticia —si es que cabe llamarla así— es que algo está cambiando. La presión de los movimientos feministas dentro y fuera de la academia, sumada al impulso de algunas agencias regulatorias que comenzaron a exigir la desagregación de datos por sexo en los ensayos clínicos, produjo en los últimos quince años un crecimiento notable de la investigación con perspectiva de género en este campo. La mala noticia es que

ese conocimiento todavía llega con cuentagotas a los sistemas de atención en salud de la región, donde los protocolos de tratamiento siguen siendo mayoritariamente los mismos de siempre, y en las interpretaciones de los datos subyacen con frecuencia prejuicios y estereotipos, que influyen en las percepciones de los fenómenos.

## 5. La perspectiva interseccional como herramienta analítica y política

La interseccionalidad no es una etiqueta académica de moda: es una herramienta conceptual que permite ver lo que los análisis unidimensionales dejan en la sombra. Desarrollada originalmente por Kimberlé Crenshaw (1989) en el contexto de la crítica jurídica feminista afroamericana, la perspectiva interseccional parte de una premisa aparentemente simple pero de consecuencias analíticas profundas: las categorías de identidad —género, raza, clase, orientación sexual, edad, condición migratoria— no operan de manera aditiva sino que lo hacen en forma entrelazada, produciendo experiencias de opresión y privilegio que no pueden comprenderse mirando una sola variable a la vez.

Aplicada al campo de las políticas de drogas, esta perspectiva revela desigualdades que, de otro modo, permanecerían invisibles. Una mujer trans afrodescendiente que vive en una villa de emergencia y tiene un consumo de pasta base no enfrenta solo el estigma del consumo, o solo la transfobia, o solo el racismo, o solo la pobreza: enfrenta todo eso simultáneamente, en una configuración específica que no puede descomponerse en sus partes sin perder precisamente lo que la hace tan difícil de sostener. Los sistemas de atención que no ven esa complejidad —que tratan a esa mujer como si fuera solo "una adicta", o solo "una trans", o solo "una persona en situación de pobreza"— están condenados a la ineficacia, cuando no a la reproducción activa del daño.

Lo que la interseccionalidad exige no es solo una mirada más sofisticada. Exige principalmente una transformación de las prácticas. Exige que los dispositivos de atención en salud sean pensados con y para las personas más afectadas. Exige que las políticas públicas incorporen datos desagregados por múltiples variables. Y exige, también, una disposición a escuchar saberes que no circulan por los canales académicos habituales: los saberes de las personas usuarias, de las organizaciones comunitarias, de los colectivos feministas antiprohibicionistas que llevan años construyendo respuestas desde abajo.

## 6. Reducción de daños y gestión de riesgos y placeres: hacia una ética del cuidado sin tutelaje

Si algo distingue al enfoque de reducción de daños de los paradigmas que lo precedieron es su disposición a partir de donde las personas están, no de donde el sistema considera que deberían estar. Esta disposición, que puede parecer obvia, es, en realidad, un giro epistémico y ético de considerable importancia. Implica reconocer que las personas usan drogas por razones que tienen sentido en sus contextos de vida; que la abstinencia no es siempre posible ni siempre deseada; y que el objetivo de las intervenciones en salud pública no puede ser la normalización moral, sino la reducción del daño efectivo.

La gestión de riesgos y placeres va un paso más allá, ya que no solo acepta el consumo como una realidad con la que hay que trabajar, sino que reconoce que en el uso de las drogas también hay dimensiones de placer, de exploración, de sociabilidad y de alivio emocional que merecen ser consideradas sin moralismos. Esta ampliación del marco conceptual tiene consecuencias particularmente significativas cuando se trata de cuerpos feminizados, a los que el paradigma prohibicionista —y también cierta tradición feminista puritana— ha negado históricamente el derecho al placer y a la autodeterminación corporal. Reconocer que una mujer puede consumir drogas por placer, y que ese placer merece la misma protección que cualquier otra dimensión de su salud es un acto político de primer orden.

Estos enfoques, obviamente, no son perfectos ni están libres de tensiones internas. La reducción de daños puede convertirse, si no se la vigila adecuadamente, en una estrategia de gestión de poblaciones que no cuestiona las condiciones estructurales que producen el consumo problemático. La apelación al placer puede, en ocasiones, oscurecer situaciones de coacción o de consumo compulsivo en contextos de violencia. Por otra parte, las metodologías de pares, que en muchos países sostienen buena parte de las intervenciones de reducción de daños en territorio, plantean, de forma consecuente, preguntas sin respuesta sobre la remuneración, el cuidado de los cuidadores y la sustentabilidad de los proyectos. Reconocer estas tensiones no invalida el enfoque, sino que nos obliga a seguir pensándolo.

## 7. El caso uruguayo: avances reales, deudas pendientes

Uruguay ocupa un lugar singular en el centro de este debate, y no solo por el conocido experimento de regulación del cannabis que atrajo la atención global desde 2013. Lo que a menudo se pierde en esa narrativa de "país pionero" es el proceso previo: la incorporación de la reducción de daños en la estrategia nacional sobre drogas, que comenzó mucho antes de la ley de cannabis y que reflejó un debate interno que involucró a organizaciones sociales, colectivos de usuarios, académicos y funcionarios públicos. Ese proceso no fue lineal ni está terminado.

La Ley 19.172 de Regulación y Control del Cannabis (Uruguay, 2013) marcó, sin dudas, un punto de inflexión normativo. Al sacar al cannabis del régimen penal y establecer tres vías de acceso reguladas —autocultivo, clubes de membresía y venta en farmacias— se generaron datos sobre consumo, perfiles de usuarios y dinámicas de mercado que antes simplemente no existían. Esos datos empezaron a mostrar algo que muchos sospechaban pero no podían demostrar con números: que la regulación no produce un aumento masivo del consumo, que el mercado ilegal no desaparece de manera automática, y que los efectos sobre distintos grupos poblacionales son heterogéneos y requieren políticas diferenciadas (Queirolo et al., 2019).

La Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017) incorporó, en su artículo 11, el derecho de las personas con uso problemático de sustancias a recibir atención en el sistema de salud sin discriminación y con garantía de consentimiento informado. En el papel, esto supone un avance respecto a los modelos de tratamiento coercitivos que todavía predominan en muchos países de la región. En la práctica, la distancia entre lo que dice la ley y lo que ocurre en los efectores de salud sigue siendo considerable: la formación del personal en perspectiva de género y en reducción de daños es irregular, y las personas trans y las mujeres con consumo problemático siguen encontrando barreras de acceso que la norma no alcanza a dismantelar por sí sola.

Lo que el caso uruguayo enseña, entonces, que la reforma legal es una condición necesaria pero no suficiente, y que el trabajo de transformación cultural —en los equipos de salud, en las instituciones, en las representaciones sociales sobre drogas y género— requiere tiempo, recursos y voluntad política sostenida en el tiempo.

## 8. Los colectivos feministas antiprohibicionistas: saberes que circulan por fuera de la academia

Una de las apuestas más interesantes que emergen de este campo es la que realizan, desde hace años, los colectivos feministas antiprohibicionistas que se multiplican por América Latina. Desde La Revuelta en Argentina hasta el Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (CUPIHD) en México, pasando por organizaciones similares en Colombia, Chile, Brasil y Uruguay, estas redes articulan activismo político, producción de conocimiento situado y acompañamiento comunitario de formas que los dispositivos académicos e institucionales rara vez logran combinar.

Estas organizaciones hacen cosas que la academia observa con interés y que a veces intenta sistematizar: acompañan a mujeres detenidas por delitos de drogas y sus familias; producen materiales informativos sobre derechos orientados a usuarias; organizan espacios de intercambio donde las propias mujeres con experiencia de consumo pueden pensar colectivamente sus situaciones; al tiempo que construyen redes de solidaridad y contención en contextos de alta vulnerabilidad. De este modo se propicia la creación de espacios de participación e incidencia política en las decisiones que las afectan directamente. Y lo hacen, en su gran mayoría, con recursos escasos, voluntarismo sostenido y una convicción política que resiste el desgaste.

El diálogo entre estos saberes situados y el conocimiento académico es uno de los desafíos más complejos —y más prometedores— del campo. No se trata de romantizar el saber comunitario ni de subordinarlo al experto: se trata de construir formas de producción de conocimiento que reconozcan la legitimidad de diferentes fuentes epistémicas sin disolver sus diferencias. La transdisciplina, entendida no como una simple suma de disciplinas sino como un modo de producción de conocimiento que integra perspectivas heterogéneas orientadas a transformar realidades concretas (Nicolescu, 2002), ofrece un marco posible para ese proyecto. Pero ese marco requiere ser construido con cuidado, con humildad y con disposición real a ceder terreno desde las posiciones de mayor privilegio epistémico.

## 9. Hacia una agenda posprohibicionista con perspectiva de género

¿Cómo serían políticas de drogas que tomaran en serio todo lo que se ha dicho hasta aquí? La pregunta no tiene una respuesta única, y cualquier respuesta que se pretenda definitiva merece desconfianza. Lo que sí parece posible esbozar son algunos ejes que deberían articular esa agenda.

El primero es la descriminalización del consumo y del microtráfico de subsistencia, con especial atención a su impacto en mujeres en situación de pobreza. Mientras las penas para quienes transportan pequeñas cantidades de droga sean iguales a las que enfrentan los operadores de grandes redes de tráfico, la cárcel seguirá siendo el destino desproporcionado de las más vulnerables.

El segundo eje es la transformación de los dispositivos de atención en salud. Eso implica formación del personal en perspectiva de género e interseccional, creación de espacios específicos para mujeres cis y trans, incorporación activa de pares con experiencia de consumo en los equipos de atención y garantía de confidencialidad que no colisione con los derechos de quienes maternan en relación con la custodia de sus hijos.

El tercer eje es la reforma de los protocolos de investigación científica sobre drogas, incorporando como estándar la desagregación de datos por sexo, género e identidad, y abriendo espacio para metodologías cualitativas y participativas que permitan capturar dimensiones que los ensayos clínicos convencionales no pueden observar.

El cuarto eje, quizás el más difícil de operar políticamente, pero el más transformador en términos de fondo, es la construcción de marcos regulatorios que reconozcan la agencia de las personas usuarias —su derecho a tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos— sin por ello ignorar las condiciones estructurales que hacen que algunas decisiones sean mucho más libres que otras.

Ninguno de estos ejes puede ser pensado de manera aislada. La interseccionalidad no es solo una herramienta analítica: también es un principio de acción política que exige ver la complejidad antes de proponer soluciones.

## 10. Reflexiones finales: lo que todavía no sabemos

Sería deshonesto cerrar este artículo con la ilusión de haber respondido todas las preguntas que plantea. Las hay que permanecen abiertas y merecen serlo, porque su cierre prematuro sería más peligroso que la incomodidad de la incertidumbre.

No sabemos todavía cómo construir, de manera sostenible y a escala, dispositivos de atención que conjuguen la reducción de daños con una perspectiva de género e interseccional en contextos de alta vulnerabilidad y recursos escasos. No sabemos cómo evitar que la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de drogas se convierta en un barniz discursivo que no transforma las prácticas concretas. No sabemos cómo medir el impacto de las reformas legales sobre las trayectorias de vida de las personas más afectadas por el prohibicionismo, cuando los sistemas de información disponibles apenas permiten saber cuántas personas están presas, mucho menos por qué razones profundas terminaron ahí.

Lo que sí sabemos, con una certeza que se construye tanto desde la emoción como desde el dato, es que el costo humano del prohibicionismo generizado es enorme y que sigue pagándose cotidianamente en celdas, en pasillos de hospitales, en casas donde falta quien cuide porque alguien está preso. Esa certeza no alcanza para diseñar políticas, pero sí para sostener la urgencia de hacerlo.

## Bibliografía

- Baum, D. (2016). Legalize it all: How to win the war on drugs. *Harper's Magazine*, abril.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., y Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355.
- Nicolescu, B. (2002). *Manifiesto of transdisciplinarity*. State University of New York Press.
- Queirolo, R., Boidi, M. F., y Cruz, J. M. (2019). Cannabis consumers in Uruguay: The profile of users under a legal market. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(1), 60–68.
- Uruguay. (2013). *Ley 19.172. Marihuana y sus derivados. Control y regulación por parte del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución*. Diario Oficial.
- Uruguay. (2017). *Ley 19.529. Salud mental. Marco normativo general*. Diario Oficial.
- WOLA/IDPC. (2016). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: WOLA.
- Youngers, C., Walsh, J., y Moles, K. (2020). *Abriendo el debate: género, políticas de drogas y encarcelamiento en América Latina*. WOLA/IDPC.