

# APROXIMACIONES AL CONSUMO DE DROGAS EN CANADÁ. COMUNIDADES, PROVINCIAS, GOBIERNO FEDERAL. ¿VIOLENCIA O NEGLIGENCIA?

Silvia Elena Vélez Quero

Violencia es la fuerza que se usa en contra de alguno para obligarle a hacer lo que no quiere por medios a los que no puede resistir.

PUGET Y KAES

## Introducción

Para estudiar los temas que vertebran el presente trabajo es necesario, primero, definir los conceptos centrales: *violencia*, *negligencia* y *discriminación*, por su relación entre diferentes estratos (social, económico, cultural, político, etc.). Los cambios semánticos en el contenido y la percepción general de los conceptos ocurren, generalmente, por influencia de la evolución simple de los grupos sociales, o por la velocidad y alcance de los cambios actuales. Es común, entonces, entender que la *negligencia* es la falta de cuidado, la desidia, el desinterés, y que la palabra *discriminación* se refiere a dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, entre otros. Por lo que respecta al concepto de *violencia*, es un término polisémico, de finos matices, difícil de asir con claridad, pues depende de quién la ejerce, quién(es) la recibe(n), por qué medios, cuáles son las razones, los efectos buscados (para causar miedo, terror, para hacer algo o eximirse de hacerlo), si la violencia es física o psicológica; si es posible ejecutar la amenaza o sólo se confía en que el amenazado lo crea. Los fines de la violencia pueden ser objetivos (bienes) o subjetivos (derechos) (Rosa del Olmo citada por Jiménez Ornelas, 2000: 36).

Sin embargo, es la *violencia del Estado* la que cuenta con las herramientas para ejercerla con impunidad, pues, “ante todo, se debe entender el fenómeno de la violencia como aquella ejercida por el Estado, que es el paradigma de la violencia social, puesto que aquellos encargados de proteger e imponer la ley son justamente quienes detentan un poder mortífero” (Puget y Kaes citados por Jiménez Ornelas, 2000: 59). Importan mucho, entonces, los sujetos que reciben la violencia del Estado, su capacidad de respuesta, su voluntad para resistirla, su creatividad para superarla.

El tema que nos ocupa —alternativas al abuso de drogas— está orientado a los sujetos que reciben la acción violenta del Estado y que son, simplificando, los usuarios, los consumidores de drogas, quienes conforman la parte más débil, porque son en general las víctimas de las circunstancias económicas, políticas, sociales, o todas

a la vez. Por distintas razones (debilidad de carácter, curiosidad, desinterés en la vida, aburrimiento, incapacidad para adaptarse) buscan evadirse de la realidad impuesta por otros. Diferente tipo de usuarios son los enfermos que encuentran en las drogas paliativos a los dolores y malestares de su condición médica.

## **Las drogas ilícitas y los países de Norteamérica (panorama actual del fenómeno)**

En Norteamérica convergen tres versiones de la interpretación prohibicionista del asunto de las drogas ilícitas, aprobada en 1914 por el Congreso de Estados Unidos, conocida como la Ley Harrison y, posteriormente, impuesta internacionalmente (mediante el Tratado de Versalles, artículo 295), desde el fin de la primera guerra mundial en adelante. De manera similar, los estrictos criterios punitivos de esta política antidrogas es básicamente compartida por los tres países de la región, en lo que atañe a la producción, tráfico, consumo y disposición de los provechos ilícitos generados en estas transacciones prohibidas (conocidas como lavado de dinero). Lejos de ser un éxito, el celo que los gobiernos ponen en esta política antidrogas no ha abatido ninguna de estas acciones y, en distinta medida, sólo la corrupción de las autoridades (en diferentes niveles gubernamentales) explica cómo el flujo de drogas llega a las manos de personas como los traficantes, compradores, niños y jóvenes, si no es penetrando varias capas gubernamentales. Por ser prohibidas las drogas, su producción, tráfico, consumo y lavado de dinero generan inmensos provechos que han aumentado con cada paso de esta secuencia. Así, las drogas disponibles hoy se han multiplicado en variedad y complejidad, así como crecen en número y riesgos las actuales drogas ilegales disponibles e incrementa la audacia de las redes del crimen organizado internacional, sus métodos, medios y oportunidades para abastecer la demanda mundial.

No obstante que el gobierno estadounidense, durante ya casi cien años, con una actitud estrecha y terca, ha pretendido atacar el problema de variadas formas para continuar imponiendo su política, cada uno de sus vecinos en la región norteamericana ha aplicado su propia versión, siendo la canadiense la más exigente, y la de México la más dura en su interpretación y aplicación.

Esta política cíclica, aunque nebulosa, ha ido creciendo desde su más reciente repunte, iniciado hacia los años sesenta del siglo XX, cuando la mayor demanda y consumo aumentaron el tráfico ilegal de sustancias psicotrópicas entre la juventud estadounidense.

Desde los años noventa en adelante, el proceso de globalización ha provisto de un marco perfecto para encubrir el constante flujo de estas sustancias en múltiples direcciones por todo el mundo. Los grupos del crimen organizado se han multiplicado en número, métodos y mercados, además de que han prosperando las operaciones encubiertas llevando drogas, precursores,<sup>1</sup> dinero, armas, y han ayudado

<sup>1</sup> Los así llamados “precursores” son los químicos indispensables para lograr la síntesis de muchas sustancias, entre éstas las drogas psicotrópicas.

a la diversificación, cantidades, baja calidad y falsificación de las drogas ilegales en inimaginables (pero ciertamente amenazantes) mezclas. Así, encubierto en el comercio mundial, el tráfico de drogas se ha convertido en un enorme negocio internacional, no sólo para las sociedades afluentes, sino también para cualquiera, penetrando y corrompiendo casi a cualquier sociedad o estructura gubernamental.

### **Canadá: un actor relevante en la producción (legal e ilegal) y tráfico de drogas**

Canadá es un productor importante de marihuana para la industria textil, cuyo contenido en TetraHidroCannabinol (THC), el ingrediente activo de la marihuana, es muy bajo, de 0.3 por ciento; Canadá también produce, legal e ilegalmente, marihuana de grado comercial (THC de 3.0 por ciento) y, sobre todo, produce marihuana de alta potencia conocida como “BC bud” o “capullo de Columbia Británica” (THC de 9.0 por ciento) y, más recientemente, ha introducido “Buder”, un derivado de la marihuana que contiene un THC de 98 por ciento y, claro, de más alto precio, cuya producción se ha extendido ahora hacia algunas regiones de Estados Unidos. Más aún, Canadá se ha convertido en el mayor productor ilegal en América de drogas sintéticas, como las anfetaminas, efedrina y metanfetaminas, mejor conocidas como *éxtasis*, *ice*, entre otras.

Así, algunos canadienses consumen, por recreación o adicción, marihuana, hashís, cocaína, opioides (heroína, morfina), drogas sintéticas y drogas farmacéuticas legales, desviadas o adulteradas, como barbitúricos, analgésicos, calmantes. La cocaína es ilegalmente importada de Colombia, vía México o Estados Unidos, y la heroína generalmente proviene del sudeste de Asia. Por otra parte, como la producción clandestina de drogas sintéticas depende de precursores químicos, el crimen organizado de Canadá los compra principalmente de India y China.

Aún más, a través de las bandas étnicas y de motociclistas,<sup>2</sup> incluso del “crimen organizado aborigen”,<sup>3</sup> algunos canadienses también compran ilegalmente los cigarrillos y bebidas alcohólicas contrabandeados desde la frontera estadounidense, igual que los precursores químicos, armas y dinero. Los traficantes emplean el correo, vehículos terrestres, barcos, contenedores, líneas aéreas o marítimas, compañías de paquetería, entre otros medios, para enviar y recibir drogas encubiertas desde o hacia el extranjero.

<sup>2</sup> Conviene recordar que Canadá es un país de alta inmigración desde diferentes países, así que existen bandas del crimen organizado rusas, chinas (Triadas), japonesas (Yakusa), vietnamitas, entre otras.

<sup>3</sup> Éste es el muy interesante caso que confronta la idea de soberanía de la nación mohawk y las autoridades de Quebec.

## Política antidrogas canadiense

Con el fin de atender este serio conjunto de actividades ilícitas, objeto de la política antidrogas canadiense, el gobierno federal tiene tres estrategias principales: prevención, rehabilitación y combate a las drogas. Desafortunadamente, las autoridades han dedicado al combate casi el 75 o 90 por ciento (dependiendo de la fuente informativa) de su presupuesto antidrogas. Así pues, resulta obvio por qué los otros dos componentes del presupuesto (prevención y rehabilitación) siempre se limitan a atenderlas, aunque, desde mi perspectiva, ambos asuntos ofrecen un singular rasgo positivo al componente federal de la política antidrogas canadiense. Pese a su limitado presupuesto, estos dos elementos han sido exitosos, en cierta medida, debido a la positiva respuesta de muchas comunidades locales y provinciales que actúan con interés, buenas ideas, disposición y apoyo, con el claro propósito de mejorar las difíciles condiciones de vida de los adictos, los pacientes y los llamados “jóvenes de la calle”. Los otros grupos aborígenes aquí analizados: First Nations, inuits y métis, aunque muestran variaciones importantes en la atención federal, e incluso provincial, algunas de sus comunidades, con muchos menos recursos, también se esfuerzan para frenar el consumo, las adicciones, el tráfico y las consecuencias de estos problemas, con el escaso soporte oficial que reciben para enfrentarlos.

Aunque existen problemas en cada eslabón de la cadena criminal del asunto de las drogas, considero que los canadienses también tienen remedios parciales, al menos para recobrar y ayudar al avance de esas partes débiles de los grupos de su sociedad; esto es, continúan practicando las rutinas de la “reducción del daño”, en forma paralela a la rígida política punitiva del gobierno conservador.

El concepto “reducción del daño”, de origen y práctica europea, tiene muchos seguidores en Canadá. Su idea central considera la adicción como una enfermedad, no un crimen; igualmente, admite que las drogas nunca se terminarán, como tampoco se extinguirá su consumo. De acuerdo con estos criterios, promueve proteger a los adictos, evitando la muerte por sobredosis, el riesgo de contraer infecciones de fácil contagio y enfermedades mortales (sida, hepatitis B, C y D, enfermedades venéreas, entre otras), transmitidas durante el descuidado consumo de drogas, cuando comparten agujas usadas y jeringas, pipas y demás artulugios (Wood *et al.*, 2006).

El gobierno de Steven Harper, no obstante su postura prohibicionista, ha sido presionado para aceptar algunas modificaciones en su política antidrogas, presión impuesta por la sociedad y la política de algunas provincias y comunidades canadienses que constitucionalmente tienen el poder de decidir sus asuntos relativos a la salud en el nivel provincial.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> El hecho de que en Canadá los asuntos de la salud sean terreno exclusivo de las provincias, ha motivado que el gobierno federal no legisle directamente en estas materias. No obstante, el gobierno federal ha sido capaz de recurrir a sus prerrogativas de gasto público (artículo 99 de la Constitución de 1867) y firmar convenios para establecer programas de gasto compartido. Pero una y otra vez las reglas del juego han cambiado, como en 1977: un programa de gasto compartido fue cambiado por una transferencia global, pero en 1984 algunas modificaciones mostraron que la voluntad del gobierno federal era evidenciar su poder de bolsa a las provincias e intervino para orientarlas en temas de la salud. Pero

De esta manera, es evidente que Canadá tiene un difícil y creciente problema en las varias fases ligadas a las sustancias prohibidas, así como un escaso presupuesto para los asuntos de prevención y rehabilitación. La aplicación de la política oficial antidrogas no ha reducido el flujo de narcóticos, ni su cantidad; al contrario, ambas han crecido, como hemos visto en los apartados precedentes.

En agudo contraste, quizá como consecuencia de este fracaso, existe un creciente apoyo de algunas provincias y comunidades en el tema relativo al consumo de drogas; por ejemplo, el consumo controlado de enervantes prohibidos, dentro de instalaciones limpias y supervisadas médicamente, asimismo existe una bienvenida flexibilidad en el cultivo, venta y consumo de marihuana, argumentando razones médicas; en ambos casos orientadas hacia la protección de la salud de la comunidad, de los adictos y personas enfermas, o con el propósito de alcanzar para ellos una vida mejor, más larga, incluso productiva, como veremos adelante.

El papel de las comunidades en este tema, ya sea con una actitud más relajada frente a su consumo, o mediante su actuación directa para apoyar iniciativas liberales, o con el respaldo ciudadano con votos y firmas, es también evidente, aunque en menor grado, en la atención hacia grupos vulnerables, como los llamados “jóvenes de la calle” y aborígenes: First Nations, inuits y métis, siendo los grupos indígenas los últimos en importancia respecto de la atención y el presupuesto.

### **Las *shooting rooms* (instalaciones autorizadas) para el consumo de drogas ilegales**

Como una vanguardia de la estrategia de “reducción del daño” y siendo los objetivos de los ciudadanos de Vancouver: “detener una década de una catástrofe por drogas ilícitas que mató más de dos mil personas por la vía de sobredosis y enfermedades infecciosas” (Follman, 2003), el 7 de abril de 2003 fueron abiertas las instalaciones para Insite, el primer espacio para inyecciones sin riesgo en el Centro del Distrito Este de Vancouver, para la admisión de algunos de los casi cinco mil adictos del vecindario. Una joven activista de 26 años era la cabeza visible de este esfuerzo provisional, Megan Oleson. No obstante que ésta era una operación ilegal, estuvo respaldada por muchos de los residentes de Vancouver<sup>5</sup> y “la Oficina del Alcalde

---

“esto ocurrió cuando el gobierno federal, doblegado por las demandas de su déficit y una creciente deuda pública, tomó a su cargo la reducción de las transferencias para las provincias. El Estado federal abandonó sus promesas, antes de que su obligación fiscal fuera realidad, en 1995, con el anuncio de que las transferencias a las provincias serían amalgamadas en una subvención global nueva: la transferencia social canadiense” (Bégin *et al.*, 1999: 58-59). Este cambio ha reducido sustancialmente el monto de la transferencia federal, comprometiendo así la capacidad provincial para planear y financiar sus gastos de salud, pero les dio más flexibilidad para hacer uso de ésta.

<sup>5</sup> “Los liberales, que por entonces dirigían el gobierno federal, aceptaron y bendijeron Insite, como fue llamado el proyecto, con un millón y medio de dólares canadienses (cuyo valor entonces era de un millón cien mil dólares) y una exención de las leyes (anti)drogas” (*The Economist*, 2008).

dirigió la vista hacia otra dirección desde que ha abierto [porque] el gobierno está deseoso de ayudar a los adictos [...] si eso significa contener la mayor marea de destrucción” (Follman, 2003).

Debemos tener en mente que, en 1996, la Oficina del Censo reconoció a este vecindario como el más pobre de Canadá, y en 1997 esta zona fue declarada en epidemia, debido al número de muertes ocurridas en la calle.

El servicio en Insite “asegura a los adictos (*junkies*) el uso de un equipo hipodérmico estéril para inyectarse y los desanima a inyectarse solos, lo cual es la principal causa que contribuye a la muerte por sobredosis” (Follman, 2003); está abierto todas las noches, entre 10 p.m. y 2 a.m., y los adictos deben proporcionar sus propias drogas. Los drogadictos mismos han establecido las reglas de Insite: no pelear ni comerciar en las instalaciones, tampoco inyectarse sin supervisión. Estas simples reglas muestran, en mi opinión, un paso inicial de su recuperación como seres humanos, ya que esto significa el reconocimiento de sus límites autoimpuestos.

Sin embargo, existen algunos rasgos cuestionables. Como los adictos deben proporcionar la droga que se les inyectará en Insite, primero necesitan conseguirla, pero ¿cómo, dónde, con quién y a qué costo?, ¿o la robarán?, ¿la obtendrán a cambio de sexo u otra clase de servicios o qué? Estas interrogantes están más allá del alcance de Insite, de los gobiernos de la ciudad o de la provincia, pues son materia del gobierno federal, así como la producción de drogas, su tráfico, venta al menudeo, su uso, etcétera, acciones que son prohibidas o están estrechamente vigiladas. La única excepción es si alguna de estas operaciones se autoriza con una orden judicial expresa de la provincia y ejecutada mediante el estricto control, como en el caso de la marihuana médica, la cual examinaremos más adelante.

El plan de Insite ha funcionado, primero, durante tres años, y aún después, basado en dos sucesivas exoneraciones durante dos años más y, finalmente, el 28 de junio de 2008, Insite consiguió una resolución de Ian Pitfield, un juez de la Suprema Corte de Columbia Británica. Tal resolución, basada en el conflicto entre “la preocupación acerca de la salud que constitucionalmente es una responsabilidad provincial, y la pugna con la Carta de Derechos y Libertades”, el juez Pitfield resolvió “de esta forma apoyar a la clínica (Insite) de inyección supervisada experimental de Vancouver y frenar los intentos federales para cerrar sus instalaciones” (CSDP, 2009).

Como se observa, hubo y hay otros intereses más allá del cuidado de la salud; también existe un conflicto partidista de por medio (liberales contra conservadores), así como procesos electorales detrás.<sup>6</sup> No solamente las inherentes cualidades o fallas del asunto principal estaban y están a discusión, sino también los asuntos políticos que se hallan por encima de aquéllas y, en alguna medida, disminuir el apoyo concedido a la continuidad de Insite por la mayoría de la comunidad, los trabajadores provinciales de la salud y el gobierno de la ciudad de Vancouver. Aún más, aumentó el apoyo en otras provincias, pues en *The Economist* (2008) se señalaba

<sup>6</sup> En la elección general canadiense del 14 de octubre de 2008, los miembros del Partido Conservador esperaban ganar la mayoría en la elección de los miembros del Parlamento, pero no lo lograron.

que la Provincia de Quebec, basada en la experiencia de Insite, había expresado que consideraban ciertos planes para dos sitios de inyección supervisada, uno en Montreal y otro en la ciudad de Quebec. Esta declaración no fue del agrado de Tony Clement, ministro federal de Salud; pero recuérdese que en asuntos de salud, prevalecerá la decisión de las provincias.

En el caso de Insite, tuvieron que ser los mismos adictos, el gobierno de la ciudad de Vancouver y sus médicos, con el respaldo de las comunidades, quienes sostuvieron la larga batalla judicial emprendida por el gobierno federal en contra de Insite. Poco a poco, fincado en el descenso de las muertes por sobredosis, la disminución de las infecciones por transmisión de sida, hepatitis B, C y D, y otras enfermedades, fue posible obtener el respaldo de un juez que convirtió el servicio de Insite en permanente, aun contra la voluntad del gobierno federal.

### **La marihuana médica y los clubes Compasión**

Con la decisión del juez Barry Strayer, publicada el 8 de enero de 2008, ahora es posible cultivar legalmente marihuana con fines médicos. Así, la producción de la llamada “marihuana médica” ya no estará restringida a Health Canada, el organismo federal que atiende la salud en Canadá, que hasta esa fecha era el único proveedor legal de marihuana. A partir de entonces, los dispensarios llamados “clubes Compasión” que existen en Canadá, cuyo propósito es cultivar y expender marihuana para su consumo con fines médicos, por personas con padecimientos como sida, cáncer, glaucoma, hepatitis B, C y D, dolores crónicos, esclerosis múltiple, entre otras. Por las propiedades analgésicas de esta planta, que calma los dolores de las enfermedades ya mencionadas, evita las náuseas producidas por la quimioterapia; elimina la ansiedad, la pérdida del apetito y los efectos negativos de tratamientos antirretrovirales, entre otros. Algunos de estos clubes también ofrecen un confortable ambiente en el que sus clientes pueden usar su medicina.<sup>7</sup>

En 2004 existían casi 16 clubes Compasión en Canadá, y ahora también existe una amplia investigación y evidencias que apoyan los beneficios obtenidos por este tipo de pacientes. Dichos clubes tienen un mínimo de reglas, voluntariamente aceptadas por los consumidores:

*Registro.* La marihuana sólo puede ser vendida a los miembros identificados y aceptados por el club.

<sup>7</sup> Aquí resulta oportuno aclarar por qué es médicamente preferible inhalar los humos de la marihuana que tragar una píldora de cannabinoides sintéticos ofrecidos por la farmacopea actual. No obstante que hoy es posible que en la práctica médica se prescriban las cápsulas de cannabinoides, por ejemplo, nabilone (Csamet) o dronabilan (Marinol), cuando éstas son deglutidas, pasan súbitamente al estómago y después al hígado antes de que la sustancia sea conducida hasta el torrente sanguíneo y de ahí al cerebro. Este tránsito hace que el analgésico del fármaco deglutido pase de golpe, lo cual lo hace inferior en calidad, si lo comparamos con los humos inhalados de la marihuana que penetran *gradualmente* en los pulmones, luego a la sangre y por último al cerebro, proporcionando un efecto lento y duradero.

*Autorización médica.* Los consumidores, personas enfermas o adictos deben informar al club acerca de su récord médico personal y de su condición clínica, debidamente corroborada por su médico de cabecera.

*Respeto personal.* Los pacientes han otorgado a su médico la autorización para compartir con los clubes su información médica confidencial.

*No comercializarla.* Los miembros de los clubes no pueden compartir o revender ninguno de los productos que han comprado ahí, so pena de expulsión del club.

Casi todos los clubes proveen consejo y guía sobre el uso apropiado de la marihuana, cómo evitar los efectos indeseables y cómo permanecer en el lado legal de la ley, información especialmente útil para los principiantes, así como la manera de usarla, cuánta y la clase preferente de aquélla (The Positive Side, 2007). La aceptación pública de los clubes ha ido más allá, pues ahora existe en Columbia Británica una Asociación de Clubes Compasión. Pero ¿cómo llegaron los clubes Compasión a este punto?

No obstante que la producción, comercialización y uso de la marihuana sigue siendo ilegal en Canadá, la instancia federal encargada del cuidado de la salud y los problemas relacionados con ésta, Health Canada, excluye de la prohibición la marihuana para los individuos que sufren padecimientos graves y progresivos. Esta excepción fue originada cuando, en 1998, dos enfermos canadienses, Jim Wakeford (sida) y Gerry Parker (epilepsia) llevaron sus respectivos casos ante la Corte para defender su derecho a una vida mejor, argumentando que “no es un crimen estar enfermo” (The Positive Side, 2007). Ambos ciudadanos ganaron hasta 1999 su derecho para usar marihuana por razones médicas. Como consecuencia, esta decisión llevó a los funcionarios públicos a preguntarse: ¿quién producirá entonces la marihuana?

Al año siguiente, la Corte ordenó a Health Canada a crear un mecanismo por medio del cual todos los canadienses gravemente enfermos que lo solicitaran podrían acceder a la misma solución. Así, en julio de 2001 fueron puestas en vigor y efecto las Reglas de Acceso Médico a la Marihuana (MMAR, por sus siglas en inglés), por medio de las cuales las personas enfermas, con apoyo de su médico y las formalidades apropiadas, pueden *cultivar, poseer y usar* marihuana para mitigar los malestares de sus padecimientos.

Poco tiempo antes, en diciembre del año 2000, Health Canada ya había firmado un contrato con la empresa Prairie Plant Systems, de Flin Flon, Manitoba, “para cultivar marihuana destinada a propósitos de investigación”, a este contrato sólo se le añadió en 2001 la frase “y para fines médicos”. Desde entonces, “aunque a regañadientes”, esta empresa comenzó a cultivar, vender y distribuir sus cosechas para ser vendidas a los enfermos “al precio de cinco dólares canadienses por gramo de marihuana, o de semillas para cultivar su medicina por su cuenta, ambas (hierba o semillas) son entregadas directamente a ellos por correo” (The Positive Side, 2007). De esta manera, ahora es posible, para los pacientes y los adictos, cultivar su propia medicina, mientras tengan la aprobación de sus doctores.

Pero no todo ha sido favorable para el movimiento de la marihuana médica, aunque los dispensarios pueden operar bajo dos bases: por ganancia (*for profit*)



o sin ganancia (*non profit*) y existe una reglamentación muy precisa, paralelamente con una vigilancia muy estricta y una severa interpretación de todo el proceso hoy legalizado de venta y consumo de marihuana médica.<sup>8</sup>

Los juicios ganados para el consumo médico de marihuana, cuyos beneficios son ya evidentes en la multiplicación de los clubes en distintas regiones de Canadá y que ahora casi llega hasta el libre cultivo de marihuana, sin necesidad de esperar a la que produce el Estado y más barata. En este caso, se privilegia la salud por encima del riesgo de una producción incontrolable. No obstante, vuelve a ser la violencia del Estado la que se hace patente en el acoso sistemático a los clubes.

### **Jóvenes de la calle (*street youth*)**

No obstante que la sociedad canadiense, especialmente las comunidades provinciales y las locales, han desarrollado un creciente interés acerca del subgrupo de población conocido como “street youth”, es decir, personas jóvenes sin hogar, éstos representan el segmento de población de más rápido crecimiento en Canadá (Karabanow, 2005).

Pero siendo los “homeless”, en general, un serio problema en Canadá, el carecer de hogar no es el único problema serio que los jóvenes de la calle tienen que enfrentar. Veamos. Se les considera “sin hogar” a los adolescentes, y aún mayores, entre los 10 y los 25 años de edad, que viven por su cuenta. Constituyen un segmento marginalizado y vulnerable de la población, estimado en 2002 en casi ciento cincuenta mil (Kerr *et al.*, 2007), quienes se encuentran absoluta, periódica o temporalmente sin hogar; son personas que, además de carecer de hogar, deben confrontar simultáneamente otros inconvenientes, como el consumo de drogas, sus efectos y consecuencias (por ejemplo, enfermedades físicas<sup>9</sup> o mentales) y, por si fuera poco, hambre, pobreza, desempleo, prostitución, ingresos económicos irregulares, falta de autoestima, soledad, desesperación y soportar muchas formas de abuso: sexual, físico o psicológico, persecución policiaca, entre otros.

Más aún, quizás ellos provengan de una familia desintegrada, inestable o violenta; han desertado de la escuela o viven en el abandono, así que en muchos casos son capturados por círculos reiterados de vicios, ya que ellos están emocional y objeti-

<sup>8</sup> También han sufrido casos extremos cuando el celo policiaco es excesivo, como en el “Café New Brunswick Cannabis” (en Saint John), en abril de 2004, porque en una venta se omitió la cuidadosa verificación del nombre del doctor, lo cual significó un año de cárcel para el expendedor; o el caso del Centro de Compasión de Toronto, que en agosto de 2002 fue sorprendido en falta por la policía; o cuando la Sociedad Compasión de London (Ontario), en marzo de 2007, fue multado con 25 000 dólares canadienses y está en espera de juicio; asimismo, la Sociedad Compasión de la Isla de Vancouver, cuyo expendedor, en noviembre de 2000, fue arrestado por tráfico y culpado de cargos por posesión, aunque poco después fue completamente absuelto e incluso elogiado por la Corte (The Positive Side, 2007).

<sup>9</sup> Es común que ellos practiquen relaciones sexuales de riesgo, sin usar condón y de esta forma sean infectados con enfermedades como la clamidia, sida, sífilis y otras.

vamente impreparados para definir por sí mismos su orientación sexual y otras duras realidades de la vida en la calle. “El hecho de que los jóvenes carezcan de hogar es un frecuente y creciente problema en todas partes en Canadá, en comunidades grandes o pequeñas [...] es ciertamente un problema que requiere soluciones nacionales” (Beyond Street, 2007: 2-3).

La Agencia de Salud Pública de Canadá participa en el cuidado de la salud de la población de los jóvenes de la calle y en el perfil demográfico de los participantes en el grupo “Enhanced Street of Canadian Youth Surveillance” (ESCYS, “Vigilancia Intensificada de la Juventud de la Calle en Canadá”) (Rothman y Noble, 2008) muestra que en 2003 su perfil demográfico era de 62.9 por ciento hombres, 37.1 por ciento mujeres, su origen étnico era prevalentemente caucásico (59.5 por ciento) y, en segundo término, los aborígenes representaban el 36.3 por ciento. Además, un gran número de los jóvenes de la calle (72.3 por ciento) han admitido que tener sexo cuando se usan drogas por vías no intravenosas creen que no corren ningún riesgo; aún más, sorprende corroborar que fue muy pequeña la diferencia para aquéllos (86.0 por ciento), quienes sólo admitieron un riesgo entre medio y alto en la misma situación. Así, con estas bases, su percepción del riesgo de infectarse con VIH, VHB, VHC, gonorrea, clamidia u otras, no los reprime de mezclar drogas y sexo, sin importarles el peligro de estas enfermedades, algunas mortales (Rothman y Noble, 2008: cuadro 3, 21). De tal forma que ellos

enfrentan el riesgo de mortalidad de unas 8 a 11 veces [...]. Estos hallazgos ponen de relieve una alarmante alta prevalencia del uso de drogas inyectadas entre la juventud involucrada en situación de calle y demuestra su asociación con un conjunto de riesgos y daños, incluyendo la prostitución, sobredosis, y la infección de VHC, por ejemplo. Todo esto apunta hacia la urgente necesidad de (aplicar) un conjunto amplio de políticas e intervenciones para prevenir la iniciación del uso de drogas inyectadas y controlar el riesgo que encara la juventud de la calle, quienes se inyectan constantemente (Roy *et al.*, 2004).

Las anteriores son algunas de las razones que reúnen a grupos de comunidades para analizar estos problemas, con el fin de comprender sus raíces, razones y estímulos, y así encontrar la vía adecuada para aproximarse a ellos, no sólo para ayudarlos, sino para recobrarlos para sus comunidades.

En este punto aparece la asociación Youth & Communities Taking Action on Homelessness, en su primera conferencia nacional, denominada “Más allá de la calle. Enfocándose en los jóvenes desamparados y su conexión con los problemas relativos”. Se reunieron ahí 244 delegados (jóvenes, comunidades, empresas, trabajadores y representantes del gobierno federal) provenientes de todo Canadá, durante cuatro días, en septiembre de 2006, acogidos por el Comité Asesor de la Comunidad de St. John para los Desamparados, bajo la Iniciativa Nacional sobre los Desamparados (Beyond the Street, 2007).

Desde mi punto de vista, realmente trataron de aproximarse a la esencia de los serios problemas ligados no sólo con el desamparo, sino también para analizar todas

las facetas de los jóvenes de la calle como un todo.<sup>10</sup> La Conferencia cubrió los principales objetivos y la discusión fue abierta como se muestra en el resumen.<sup>11</sup> Muchas sugerencias se centraron en temas importantes, como el destino de las aportaciones monetarias federales; la aplicación o cancelación por parte del gobierno federal; o bien en temas en los que la mayoría no había reparado, por ejemplo, enviar a los empleados de los refugios a cursos de sensibilización, solicitar baños separados para los jóvenes transgénero, o el uso de un lenguaje incluyente, como *partner* (socio, compañero, pareja), para sexualidades específicas: gay, homosexual, lesbiana, transgénero (*transgender*), peculiar (*queer*), etcétera.

Aunque algunas de las sugerencias hechas por los participantes son difíciles de realizar o impracticables, esta clase de discusión abierta y plural puede llevar a las necesidades reales y específicas que han de alcanzarse para sintetizar un conjunto de asuntos básicos que serán cubiertos con el presupuesto disponible, así como evaluar las posibilidades reales para satisfacer un programa concreto. Desafortunadamente, hasta el día de hoy no existen en la Internet reportes actualizados acerca de los resultados concretos de esta conferencia.

A pesar de que el gobierno federal redujo el presupuesto para las provincias en estos asuntos de la salud (al menos se recortaron 55.4 millones de dólares canadiense para programas de apoyo y empleo de los jóvenes) (*Beyond the Street*, 2007: 21), algunos gobiernos provinciales, como el de Columbia Británica u Ontario,<sup>12</sup> realizan su trabajo promoviendo y proveyendo el cuidado de la salud para los individuos, las familias y las comunidades, pero se encuentran siempre saturados de peticiones. Los servicios del cuidado primario de la salud no son suficientes para la promoción, el tratamiento y cura de la salud sexual, adicciones, males físicos y psicológicos ligados con los problemas de la juventud en situación de calle, porque este grupo de síntomas del infortunio social representa problemas enormes y costosos y, peor aún, en constante crecimiento.

Adicionalmente, las redes no lucrativas de refugios nocturnos para los “sin hogar” son obligadas a mantener precios tan bajos que les impide siquiera una modesta recuperación, carecen de atención regular del gobierno provincial y, en cambio, están sobrepoblados con niños y jóvenes sin hogar, rechazados por el sistema de beneficencia para menores, el sistema de justicia y los hospitales, o incluso recha-

<sup>10</sup> La Agenda de la Conferencia fue: 1. reconocer completamente a las personas sin hogar; 2. hacer que la acción sobre la juventud desamparada se convierta en la más alta prioridad; 3. acción para los gobiernos; 4. dar marcha atrás a los recortes (monetarios) federales en Programas para Jóvenes; 5. seguimiento nacional de la Conferencia de Jóvenes y promoverlos, defenderlos, ampararlos; 6. acciones para los participantes en la conferencia (*Beyond the Street*, 2007).

<sup>11</sup> “Espacio abierto para los resúmenes de grupo”, por ejemplo, en el tema Adicciones y Desamparo, dijeron: “Muchos servicios no aceptan personas con adicciones”, la sugerencia fue “Los servicios necesitan ser proporcionados de manera que respondan a sus necesidades identificadas. No las nuestras”; u otra más: “No estar limpio no debe ser una barrera para darle asilo (*Beyond the Street*, 2007).

<sup>12</sup> Con 54 centros comunitarios de salud, una organización no lucrativa para proveer programas de salud múltiple (desde violencia doméstica, madres adolescentes, hasta iniciativas antirracismo) (*Community Health Centres*, 2006.)

zados por el sistema escolar si abandonaron su “hogar”; así, su única alternativa es la calle.<sup>13</sup>

Siendo el asunto de los niños de la calle tan cruel como urgente de atender y resolver, tiene dos rasgos comunes que se relacionan con algunas de las características que concurren en estos dos problemas: los fondos insuficientes de las provincias y del gobierno federal para atender esta creciente demanda de los niños y jóvenes de la calle, y la *pobreza* de algunas comunidades o familias y personas de las provincias. “La tasa de pobreza de familias y niños en Canadá era esencialmente la misma en 2006 que en 1989, *no obstante un periodo de fuerte crecimiento económico sin precedentes, desde 1996*” (Rothman y Noble, 2008. Las cursivas son mías).

Así, es posible imaginar que una parte considerable de esos niños nacieron o se convirtieron en adolescentes en este periodo (1989-2006), pero no han gozado de los “buenos tiempos”. Sin embargo, la pobreza no ha sido la única explicación de su desamparo. Tiene que haber algo más; quizá la siguiente frase resume el panorama completo: “*El más alto riesgo de la pobreza para esos grupos vulnerables es el resultado de la persistente desigualdad económica y social en Canadá, la cual amenaza la cohesión social en un país que se enorgullece de ser incluyente*” (Rothman y Noble, 2008).

También en este caso han sido las asociaciones, los grupos de jóvenes, las que muestran algunos esfuerzos descoordinados para ayudar a los jóvenes, pero no el gobierno federal, que habiendo convocado a la exitosa primera conferencia ya mencionada, además de tener la oportunidad, la información, los voluntarios y los asistentes, parece que abandona y no continúa estimulándolos, dejando el esfuerzo de seguir adelante solamente a las comunidades, que hacen lo que pueden, pero que, aisladamente, no es mucho.

Aquí es evidente la violencia del Estado que, habiéndose mostrado inicialmente interesado, abandona a su suerte a las comunidades y grupos, así como a los jóvenes que así permanecerán: afrontando esos riesgos tremendos casi solos.

## **Aborígenes: First Nations,<sup>14</sup> inuits,<sup>15</sup> métis<sup>16</sup> y el abuso de sustancias**

Para comprender la situación de los aborígenes canadienses, primero debemos tener presente que casi el 90 por ciento de la población de Canadá se concentra en los

<sup>13</sup> YSIN ofreció en Toronto, en 2007, 541 camas de un total de 579 (2007: 2).

<sup>14</sup> Aplicado a las tribus indias, así reconocidas por el gobierno de Canadá.

<sup>15</sup> Inuit: población escasa esparcida en el Ártico, desde Alaska hasta Groenlandia. En 1981 sumaban 25 000 personas. Son ocho grupos principales: Labrador, Ungava, Isla de Baffin, Iglulik, Caribou, Netsilik, Cooper y Ártico del Oeste. Hablan inuktitut, con seis dialectos distintos. Son cazadores y recolectores, nómadas estacionales, agrupados en campos de invierno (de cien personas) y cazadores de verano (grupos de doce personas). Identidad cultural por su lengua y su arte. Ignorados por el gobierno canadiense hasta 1939, cuando fueron incluidos como responsabilidad federal. Hermandad Inuit (Inuit Tapirisat of Canada, ITC), en 1971 (Marsh, ed., 1985: 895).

<sup>16</sup> Métis: uno de los varios términos históricos, como Bois Brulé, Halfbreed, Mixed Blood, para describir cada mezcla de indio canadiense con descendiente europeo. Términos polémicos, relacionados con

primeros cien kilómetros de su frontera sur, la cual comparte con Estados Unidos, exceptuando Alaska.<sup>17</sup>

En agudo contraste, una parte de los pueblos aborígenes de Canadá se encuentra dispersa en el resto de su enorme territorio. Es obvio, entonces, imaginar las dificultades para los gobiernos federal y provinciales para atender y apoyar a estos grupos, especialmente a algunos de ellos que tiene un estilo de vida nómada. Sin embargo, no existe una excusa válida para que ambos gobiernos (federal y provincial) continúen con la negligencia no sólo respecto de sus pobres condiciones de vida, el virtual abandono de su condición socioeconómica (pobreza, baja escolaridad, vivienda inadecuada, desempleo, discriminación social y escaso soporte económico), sino su más grave estado general de salud, en especial por su importante consumo de sustancias intoxicantes legales (alcohol, gasolina y otros solventes), o drogas ilegales baratas o falsificadas altamente perjudiciales.

Algunos hechos recientes, puestos en relieve a raíz de las excusas públicas del primer ministro de Canadá, en 2008, explica muchas cosas acerca del peso que por tantos años estos canadienses han experimentado, pues seguramente deben haber dejado una huella permanente en sus vidas, en sus conciencias y en su muy baja autoestima.

Así pues, el abuso de solventes entre los niños y jóvenes, casi tanto como la abundante ingesta de alcohol y el abuso de sustancias en adultos (hombres y mujeres) es un rasgo común entre estos canadienses discriminados. Esto explica, en parte, aunado a sus pobres condiciones económicas y sociales, que aquéllas sean las razones de la alta tasa de suicidios de aborígenes, así como las numerosas muertes por sobredosis de drogas, de mortalidad en accidentes de autos y motocicletas debido a que conducen intoxicados, cuya tasa de mortalidad es 6.5 veces mayor que la del total de la población canadiense; además de morir a raíz de heridas y envenenamientos, o de desórdenes fetales a consecuencia del alcohol, causas bastante comunes entre los aborígenes de las First Nations, métis e inuits.<sup>18</sup>

Así como es difícil conseguir las cifras duras de la prevalencia del abuso en el consumo de sustancias entre estos tres grupos aborígenes, y pudiera surgir alguna posible duda acerca de su exactitud, para mí ésta es de segunda importancia, ya que aún si fuera sólo la mitad de lo que algunas cifras revelan, esto nos daría una idea para comprender las características de todo el fenómeno del que hemos hablado hasta aquí.

---

la cantidad de sangre india y blanca. No incluyen a las personas ya definidas en el Acta-Tratado Indio como "indios Tratado" o "indios *Nontreaty*". Asentamientos en el norte de Alberta. En 1985, población de cuatro mil personas. Desde mediados de los sesenta, son más activos políticamente y han fundado numerosas organizaciones políticas en Manitoba Métis Federation y otras en Ontario y Columbia Británica. Confrontados con el gobierno federal en 1969 (Libro blanco). Desde 1983 están representados por el Native Council of Canada, a nivel nacional.

<sup>17</sup> Población de Canadá en 2001: 31 081 887 habitantes; población total de aborígenes sin mezcla: 470 615 en 1991, más de 30 085 inuits. "Se excluyen los datos de las reservas indias y asentamientos indios por su enumeración incompleta" (Turner, 2003: 363-364).

<sup>18</sup> El 60 por ciento de aborígenes, comparados con el 24 por ciento de todos los casos no aborígenes. "Aboriginal Substance Abuse", en <<http://www.metisnation.org/Programs/Health/health-sun-abu2.html>>.

¿Cuál es la respuesta que Health Canada (a cargo de la salud de los aborígenes, la mayoría de los cuales vive en los territorios) da al respecto? Health Canada tiene tres programas básicos: dos contra el consumo de alcohol, otro contra el abuso de drogas (National Native Alcohol and Drug Abuse Program) y un tercero, contra el abuso de solventes por parte de jóvenes y niños (National Youth Solvent Program).

La aplicación de estos programas es compleja, debido a la dispersión de las poblaciones aborígenes, el escaso número de habitantes, pues aun siendo asentamientos permanentes, las clínicas exigen internamiento durante varias semanas para un número reducido de pacientes, en promedio entre diez y veinte personas. La constante reincidencia de los usuarios muestra que sólo se desintoxican por poco tiempo. El promedio de camas de hospitalización en las clínicas es de entre diez y veinte por clínica de desintoxicación. Otro gran inconveniente es la escasez de personal médico y técnico, así como la provisión oportuna de medicamentos. Esta sucinta descripción explica por sí misma el poco éxito de los programas mencionados. Sin embargo, varias comunidades de aborígenes “han tenido éxito en la aplicación de soluciones basadas en su herencia cultural, para toda la comunidad, para problemas que están muy determinados socialmente (“Aboriginal Substance Abuse”)

Pienso que es muy difícil que los aborígenes (First Nations, inuits y métis), solos en sus comunidades, superen sus debilidades estructurales frente al Canadá blanco y de inmigrantes de diversos orígenes, porque su aflicción e infortunio son tan añejos, y ellos ahora son tan pocos y hasta por su distribución geográfica se les aparta y deja desamparados con sus aflicciones.

Quizá los métis, quienes han aumentado considerablemente, según el censo canadiense de 2006, cuyos números casi se han duplicado (más del 91 por ciento) hasta llegar a un estimado de 389 785 (“Aboriginal Substance Abuse”) puedan ser los supervivientes de la población de grupos aborígenes de Canadá. La respuesta del gobierno federal a sus demandas ha sido lenta, insuficiente y tardía.

A pesar de esto, la disculpa pública por los abusos de niños y familias fue un signo positivo para comenzar a restañar los daños durante largas décadas de abuso; desafortunadamente, los aborígenes y sus comunidades no pueden seguir adelante por sí mismos, porque sus debilidades son estructurales. Así que si esas excusas tomaran en verdad una forma concreta de programas, de su aplicación y de su financiamiento, éstas deberían ser cuidadosamente planeadas, con un espíritu y metas igualitarias, totalmente diferentes. Y esto debe darse lo más rápido posible, porque hubo y hay mucha injusticia, y aún hay muchas vidas en riesgo.

Lo que puede concluirse a favor del papel de Health Canada respecto de lo que hace con los aborígenes (incluidos los inuits, métis y otros) es poco y, a todas luces, insuficiente, pues lo dicho hasta aquí es una muestra de la discriminación y de la violencia estatal sobre los indígenas canadienses. Si bien se entiende que existen obstáculos como los ya mencionados, tampoco existe la disposición ni los fondos que ayudarían a paliar aquéllos, en su actual situación, con una distribución más abundante y regular para quienes menos tienen, más necesitan y que merecen tanto apoyo médico, fuentes de empleo, educación elemental, entre otras prestaciones. Y aun así, son encomiables sus esfuerzos para, por su cuenta, iniciar las nuevas organizacio-

nes que les permitan sobrevivir por sí solos. ¿Negligencia?, ¿violencia estatal? Es omisión del Estado y mucho más que eso hacia algunos de sus ciudadanos.

## Conclusiones

Ha sido evidente el fracaso de la política de la “guerra contra las drogas” y parcial el éxito de las políticas alternativas de rango medio creadas y puestas en práctica para tales fines, como la “reducción del daño”, que persigue el decrecimiento de las consecuencias negativas del abuso de drogas para proteger la salud de los adictos, así como prevenir la difusión de infecciones contagiosas y mortales.

En el caso de Canadá, como la prevención y la rehabilitación son una parte marginal del presupuesto federal antidrogas, numerosas comunidades locales y provinciales han contribuido con acciones oportunas, interés y apoyo material, dentro de la orientación de la “reducción del daño”, especialmente dirigido a las tareas de prevención y rehabilitación. Asimismo, se pusieron en marcha interesantes experimentos sociales, como Insite y la marihuana médica para adictos y enfermos; también ya están en funcionamiento los clubes Compasión, con una atención muy limitada, pero ya en acción para los “jóvenes de la calle”, así como el intercambio de agujas y jeringas limpias para reducir los riesgos de contagio de enfermedades infecciosas.

Los aborígenes de las First Nations, métis e inuits, tan limitados económicamente como se encuentran, de manera colectiva intentan recobrar su identidad mediante ritos religiosos, reuniones comunitarias con el objetivo de hablar y compartir sus experiencias, problemas y soluciones, en busca de apoyo adicional para sobrevivir y encontrar esperanza para el futuro.

Por su naturaleza internacional, los complejos problemas en torno del abuso de drogas están más allá del alcance de grupos y comunidades; el Estado es el responsable de la solución o de los paliativos que aminoren este problema y lo vuelvan manejable, controlable, aun cuando esas soluciones fueran parciales.

Así, en mi opinión, al elaborar estas líneas, encontré que en el ejemplo de las comunidades canadienses reside la fuerza de los individuos y los grupos, donde las sociedades pueden encontrar el camino para protegerse con sus acciones y con su ejemplo, para que las posibilidades de avanzar sean una realidad. Esto será posible sólo con la continua acción social y política de cada individuo: proponiendo, demandando y presionando a los que elegimos como responsables para encarar y paliar éste y muchos otros tipos de problemas: los políticos y los diferentes niveles de gobierno.

## Referencias

“Aboriginal Substance Abuse”, en <<http://www.metisnation.org/Programs/Health/health-sun-abu2.html>>, consultada el 10 de enero de 2010.

BÉGIN, CLERMONT, dir., *et al.*

1999 *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal (Politique et économie).

BEYOND STREET

2007 *Un Foyer, un Futur. Youth and Communities Taking Action on Homelessness. A National Conference. Final Report*. St. John's, NF et L, 22 de enero, Apéndice “C”, en <[http://www.youthhomelessness.ca/BTS\\_FinalReport.pdf](http://www.youthhomelessness.ca/BTS_FinalReport.pdf)>, consultada el 21 de septiembre de 2009.

COMMUNITY HEALTH CENTRES

2006 <[http://www.health.gov.on.ca/english/public/contract/chc/chc\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/contract/chc/chc_mn.html)>, consultada el 18 de agosto de 2009.

COMMON SENSE FOR DRUG POLICY (CSDP)

PROGRESS IN CANADIAN DRUG POLICY REFORM

2009 “Canada Move Toward Reform of Drug Policies”, en <<http://csdp.org/news/news/canada.htm>>, consultada el 18 de agosto de 2009.

FOLLMAN, MARK

2003 “Canada’s Safe Heaven for Junkies”, en <<http://dir.salon.com/story//news/feature/2003/09/08/vancouver/print.html>>, consultada el 21 de septiembre de 2009.

JIMÉNEZ ORNELAS, RENÉ

2000 “La dimensión demográfica de la causalidad de la violencia social”. México: ponencia presentada en la VI Reunión nacional de investigación demográfica en México: balance y perspectivas de la demografía nacional ante el nuevo milenio.

KARABANOW, JEFF (investigador responsable)

2005 “Getting off the Street: Exploring Strategies used by Canadian Youth to Exit Street Life and Promising Street Youth Services”, \$80,000 from National Secretariat on Homelessness, National Research Program on Homelessness. Co-Investigators include members from the Halifax Community Action on Homelessness Research Sub-Committee (mayo de 2004-julio de 2005).



KERR, THOMAS *et al.*

2007 “Injection Drug Use among Street-involved Youth in a Canadian Setting”, *BMC Public Health*, vol. 9, no. 171 (3 de junio), en <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/171>>, consultada el 21 de septiembre de 2009.

MARSH, JAMES H., ed.

1985 *The Canadian Encyclopedia*, vol. II. Edmonton: Hustung.

OLMO, ROSA DEL

2000 “Ciudades duras y violencia urbana”, *Revista Nueva Sociedad* (Caracas), no. 167 (mayo-junio).

PUBLIC HEALTH, AGENCY OF CANADA

2006 “Sexually Transmitted Infections in Canadian Street Youth”. Findings from Enhanced Surveillance of Canada Street Youth, 1999-2003. March 2006, en <[www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/.../sti-street\\_youth\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/.../sti-street_youth_e.pdf)>.

ROTHMAN, LAUREL Y AMANDA NOBLE

2008 “Family Security in Insecure Times: The Case for a Poverty Reduction Strategy for Canada. 2008 Report Card on Child and Family Poverty in Canada” (noviembre), en <<http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2008EngNationalReportCard.pdf>>, consultada el 21 de septiembre de 2009.

ROY, ÉLISE *et al.*

2004 “Mortality in a Cohort Street Youth in Montreal”, *Journal of American Medical Association*, vol. 292, no. 5 (4 de agosto).

THE ECONOMIST

2008 “Drugs in Canada. Needle Match. Harm Reduction, or Abstinence?”, *The Economist*, 7 de agosto, en <[http://www.economist.com/node/11885792?story\\_id=11885792](http://www.economist.com/node/11885792?story_id=11885792)>, consultada el 4 de julio de 2009.

THE POSITIVE SIDE

2007 “Cultivating Compassion”, vol. 9, no. 1 (verano), en <<http://www.ca.tie.ca/PSummerSev-ensf/TOC/CEBD14F2F90CA35085257359005B76EE?>>, consultada el 14 de mayo de 2009.

TURNER, BARRY, ed.

2003 *The Statemans Year Book*. Bath: Palgrave Macmillan.

WOOD, EVAN *et al.*

2006 “Service Uptake and Characteristics of Injection Drug Users Utilizing North America’s First Medical Supervised Safer Facility. Field Action Report”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, no. 5 (mayo), en <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/96/5/770>>, consultada el 21 de septiembre de 2009.

YOUTH SHELTER INTERAGENCY NETWORK (YSIN)

2007 “System in Crisis: An Action Plan for the Future of Toronto’s Homeless Youth” (febrero), en <[www.evasinitiatives.com/PDF/YSIN\\_position\\_paper.pdf](http://www.evasinitiatives.com/PDF/YSIN_position_paper.pdf)>, consultada el 10 de febrero de 2009.