

## Lo que la COVID nos podría enseñar sobre los dilemas y retos de la prevención

### What COVID could teach us about the dilemmas and challenges of prevention

Gregor Burkhardt

President-elect de la European Society for Prevention Research (EUSPR)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5180-8590>

Recibido: 17/12/2021 · Aceptado: 29/04/2022

Cómo citar este artículo/citation: Burkhardt, G. (2022). Lo que la COVID nos podría enseñar sobre los dilemas y retos de la prevención. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(2), 5-13.

La pandemia de COVID-19 nos ha dado lecciones importantes, que muestran que comunes y previsibles son los fallos que se cometen al querer prevenir daños a la salud colectiva (e individual), tal como ya hemos venido comprobando con respecto a la prevención del consumo problemático de sustancias. Es decir, estos fallos y mitos se han hecho más visibles. Ver de hacer frente a todo ello debería ser el reto principal para la prevención en este decenio. Nos referimos a lo siguiente:

1. “El acceso a información creíble y correcta es esencial para la prevención”. Esto es el mito por excelencia, y el más tenaz, sobre la prevención, pero curiosamente parece que solo lo saben quiénes se adentran un poco más en las pruebas empíricas sobre la prevención. El hecho es que a partir de un nivel básico dar más información sobre los riesgos de las sustancias psicoactivas no es un factor de protección y puede incluso ser un factor de riesgo (Alves et al., 2021;

Dermota et al., 2013). La COVID dejó claro a todos que dar más información - por más científica que sea - no es un elemento relevante para cambiar comportamientos que son influenciados por emociones e impulsos. “El fracaso de los Estados Unidos en la contención del COVID-19 ha sido espectacular desde todos los ángulos. Sin embargo, visto como un caso de no adhesión masiva a los consejos médicos, es único en la historia moderna. Nunca antes tantos ciudadanos habían tenido tanto acceso a la información y, al mismo tiempo, habían protestado contra las recomendaciones de salud pública con una negación tan rotunda de los hechos médicos” (Ratner & Gandhi, 2020). Este fenómeno se relaciona estrechamente con el problema central de la prevención: todos se consideran expertos en esta materia: y así el pensamiento intuitivo y el “sentido común” se pueden convertir en obstáculos contra las estrategias científicas.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Gregor Burkhardt  
[gregorbu@gmail.com](mailto:gregorbu@gmail.com)



2. Esto conecta con el segundo fallo: hoy en día se ha convertido en una afirmación incontestable que la población diana tiene siempre que ser involucrada y consultada en el desarrollo de todas las intervenciones preventivas. Pero ¿qué habría acontecido con las leyes del tabaco en España, si para ello se hubiese tenido que consultar previamente a la población? Recuerdo bien el griterío de entonces (desde la asociación de restaurantes o el mismo Javier Marías hablando de “fascismo”). El hecho es, sin embargo, que la prohibición de fumar ha cambiado profundamente la aceptación social que había habido del tabaquismo. Incluso entre quienes se oponían a ella (Thrasher et al., 2009). La COVID ha dejado bien claro que algunas medidas eficaces (y quizás poco populares) tienen que ser desarrolladas por expertos, por más que afecten algunas libertades individuales. Sin duda se puede mejorar la adopción incluso de medidas estructurales si se discute antes con la población diana como se pueden poner en marcha (Koning, Van der Rijst, et al., 2021), pero no hay pruebas que el paradigma de la “coproducción” (consultar la población diana para desarrollar intervenciones) sea necesariamente beneficioso para todas las actividades preventivas. Muchos ingredientes eficaces en la prevención son contraintuitivos o impopulares, y no se puede esperar que sean entendidos y aceptados fácilmente por la mayoría de la gente.
3. “Es estigmatizante que yo no pueda hacer lo que me dé la gana (por más antisocial que sea)”. Antes de COVID ya había voces que argumentaban que las medidas preventivas más eficaces, i.e. las estructurales, no deberían utilizarse porque estigmatizarían a los consumidores (Williamson et al., 2014). En tiempos de la pandemia también los negacionistas y *antivaxxers* comenzaron a usar “estigma” como un arma retórica polivalente contra las medidas de protección de la salud pública. Tales críticas sobre una base aparentemente ética no reconocen la evidencia de que las intervenciones estructurales pueden contribuir a una mayor equidad de los comportamientos de salud (Zhao & Stockwell, 2017), mientras que los enfoques de prevención tradicionales, incluida la promoción de la salud, requieren algunas competencias personales (*agency*) y, por tanto, suelen funcionar únicamente en aquellas personas cognitivamente bien equipadas (Pechey et al., 2020). Es esencial que defendamos una mejor higiene terminológica: que el término “estigma” se use para condiciones inmutables (como género, origen étnico, condición de salud, dependencia), pero no para los comportamientos deliberados. Es una contradicción en sí defender por un lado que la mayoría de la gente ajuste su consumo de sustancias psicoactivas a la situación social y que sólo consume de manera “recreativa”, o sea que su consumo es controlable y no compulsivo, ... pero luego denunciar por otro lado un supuesto “estigma” cuando estos comportamientos no se permiten en todos los lugares públicos, como si hubiese la necesidad compulsiva de efectuar por doquier a estos comportamientos. Se puede considerar como una decisión libre no vacunarse, no llevar máscara en lugares cerrados, fumar un porro en la vía pública o un cigarrillo en un restaurante. Pero ello no hace que las sanciones que resultan



de estas decisiones sean estigmatizantes, sino que son una legítima presión o consecuencia normativa sobre conductas electivas. Este control social es la razón principal por la cual respetamos y hemos interiorizado normas higiénicas (uso del WC) y sociales, de modo que hoy en día ciertas actividades lícitas (como el sexo o la defecación) las confinamos a los espacios privados. También hay pruebas que la normalización del “no fumar” se ve facilitada por un entorno de no fumadores, un contexto en el que no fumar es la práctica social normal. Esta interacción permite procesos diferentes a los de dejar de fumar, que a su vez hacen avanzar la normalización del no fumar (Ramalho et al., 2021). En el mismo sentido resulta contradictorio que el discurso público y la normativa trate de desincentivar (o sea: des-normalizar) el consumo de alcohol (en espacios públicos, en la conducción, ...), mientras aparece una narrativa que pretende la “normalización” del consumo del cannabis y otras sustancias, encuadrándolo en la necesidad de desestigmatizar a los consumidores de sustancias ilícitas. Entiendo perfectamente las razones legítimas humanitarias, pero preocupan las ramificaciones a las que llevan estas narrativas si no hacemos posicionamientos claros sobre las diferencias entre “estigma” (derivado de condiciones o conductas no modificables) y la necesidad de reducir la visibilidad de ciertos comportamientos, según el “proceso de civilización” (Elias, 1939) a través de sanciones que se van interiorizando.

4. En definitiva, lo que estamos viendo es que las narrativas son mucho más importantes que la evidencia científica y que, justamente, la prevención tiene que lograr que estas narrativas que se

construyen tienen en cuenta las evidencias y dominan más el espacio mediático. La COVID nos está enseñando la complejidad imprevista de cómo la gente percibe de forma heterogénea las normativas que se han ido creando; en este sentido hay países (por ejemplo, Alemania) donde se tiende a verlas como algo coercitivo/ilegítimo, mientras que otros las ven como algo justo y necesario (por ejemplo, Portugal y España). Se entrelazaría todo ello con las distintas narrativas sobre “estigma” o “libertades personales” que existen en cada país sobre las medidas para hacer frente a la COVID19. Podemos ver algo parecido en la forma en que la industria y los lobbies pro-cannabis han conseguido establecer su propia narrativa sobre una “cultura del cannabis” que obvia las evidencias científicas, igual que lo hicieron en su día las industrias del alcohol y del tabaco. En resumen, la prevención tiene que afrontar el reto de desvelar y desmentir los mitos y narrativas que se van generando, mostrando de qué forma algunas prácticas “culturales” no son más que justificaciones post-hoc interesadas. Lo que se llama “cultura” a menudo no es más que nos habituamos a ciertas prácticas. Este es el caso del alcohol que consideramos un elemento “cultural” inherente a nuestra sociedad, que incluso goza de cierta legitimación por algunos que propagan la idea de que “es necesario para socializar” o que junto a otras sustancias es una importante forma parte de un “ritual de transición” en la adolescencia, basándose en las opiniones de personas que consumen habitualmente. Ahora que el consumo de alcohol entre adolescentes en Europa está en claro descenso por



diversas razones (Caluzzi et al., 2021), se ha hecho evidente que no eran más que falacias construidas post-hoc.

5. “Responsabilidad personal en vez de represión” fueron los términos de combate mediáticos repetidas veces lanzados contra las medidas de contención la pandemia. Son los mismos que usan las industrias contra las medidas ambientales, a las que presentan como restrictivas de las libertades individuales. Hay que comunicar proactiva y claramente que la prevención estructural (ambiental) no refleja “valores puritanos” sino que puede promover modelos de vida y ocio que tengan en cuenta un verdadero hedonismo. A lo largo de la historia (Elias, 1939) se ha ido poniendo límites a algunas prácticas en ámbitos públicos (p. ej. practicar sexo, defecar, consumir tabaco o alcohol), pero no por ello se ha reducido el placer o el refinamiento de estas prácticas. Más bien al contrario, las regulaciones generan mejores productos y prácticas culturales más agradables (p. ej. restaurantes sin humo). Hay que defender esta línea argumental y de acción contra procesos de desinformación interesada que plantean y denuncian un supuesto “prohibicionismo”, “puritanismo” o “represión”. Acaso, ¿no ha sido precisamente uno de los logros del movimiento #metoo que hoy en día ciertos comportamientos masculinos hacia las mujeres estén más “estigmatizados” y “reprimidos” en beneficio de todos? Siguiendo con el argumento, el mundo corporativo ha constatado que para conseguir equidad de oportunidades femeninas no sirve de mucho hacer cursos sobre la diversidad (*diversity trainings*), sino que es más útil hacer cambios en los procesos de reclutamiento y evaluación. Buscando la analogía con los principios de una prevención eficaz: poco nos sirve la educación y la información si son los sesgos implícitos que influyen nuestro comportamiento; es decir, hay que cambiar las configuraciones por defecto. Probablemente encontremos aquí una justificación para las campañas publicitarias, si ayudan a generar la “narrativa” explicativa y justificadora de la aplicación de medidas regulatorias, ayudando a combatir la desinformación. Hay cada vez más estudios (Campbell, Mialon, Reilly, Browne, & Finucane, 2020) que revelan cómo las industrias usan *frames* (por ejemplo “responsabilidad personal”, “ejercicio inadecuado” -en el caso de obesidad-, “libertades personales” o “consumo responsable”) para defender sus intereses e impedir medidas regulatorias eficaces.
6. ¿Como tomar decisiones basadas en pruebas cuando (todavía) no hay pruebas (concluyentes o suficientes) sobre todas las intervenciones? Este dilema kantiano se hizo extremadamente visible en los tiempos de la pandemia. Mucha gente despreció el papel de las ciencias porque no tenían una respuesta clara y contundente al problema. En vez de ajustar las medidas a los emergentes conocimientos científicos, en algunos lugares se respetó demasiado la opinión de los responsables políticos, de expertos autoproclamados, o incluso de los esotéricos. Conocemos los resultados. En la prevención siempre hemos tenido este desafío: hay que tomar decisiones sobre intervenciones o políticas por más que no haya pruebas claras y contundentes sobre todas las medidas

posibles (sobre todo no sobre las más populares como las intervenciones para pares, jornadas informativas, campañas de concientización, charlas de supuestos expertos). Sin embargo, ahora hay cada vez más conocimientos sobre lo que funciona (UNODC, 2018). La recomendación kantiana es: 1) poner en la práctica en gran escala las medidas que sabemos que funcionan: los programas eficaces y medidas estructurales que encontramos en Xchange<sup>1</sup> o en portales de buenas prácticas como fue en su día el de ‘prevención basada en la evidencia’<sup>2</sup> y es actualmente el nuevo portal de buenas prácticas en construcción en España<sup>3</sup>, 2) aplicar y evaluar con cuidado aquellas intervenciones que son prometedoras pero aún carecen de claras pruebas de eficacia (por ejemplo el modelo islandés); y 3) descartar las que contienen ingredientes nocivos o indicios de efectos dañinos, y también ir abandonando las que sabemos que no sirven de gran cosa por muy populares que puedan ser (como los programas ‘preventivos’ basados en promocionar el ocio alternativo nocturno). Llama mucho la atención el entusiasmo con que se promociona últimamente el llamado “modelo islandés”. Si bien es cierto que en Islandia se han producido cambios impresionantes, está menos claro que puedan ser enteramente atribuidos al modelo preventivo (Koning, De Kock, et al., 2021). Durante años y en diversos lugares se ha replicado este modelo preventivo sin que, hasta aho-

ra, haya habido una sola evaluación que haya demostrado que esta estrategia plausible y laudable (aunque costosa) sea beneficiosa fuera de su país de origen, lo que sugiere que podría ser fruto de factores contextuales. Por la misma razón, hay que ser más críticos con ciertos programas de prevención familiar muy conocidos que en evaluaciones rigurosas en Europa no mostraron efectos. Personalmente me extraña la falta de responsabilidad con que todavía se permiten, admiten y financian intervenciones que usan ingredientes potencialmente nocivos<sup>4</sup>, como por ejemplo utilizar testimonios de ex toxicómanos en centros educativos, tácticas de miedo, o medidas basadas en dar información.

Tal vez como reacción a esta flagrante falta de cuidado en centros educativos, donde se sigue exponiendo a nuestros hijos a intervenciones poco éticas y sin efectos, algunos profesionales optan por desenterrar temas que hoy por hoy ya deberían ser obsoletas, como el enfoque basado en la “reducción de daños en intervenciones escolares<sup>5</sup>”. Obviamente lo obsoleto no es la reducción de daños, sino este planteamiento ideológico (puesto que no está basado en la investigación) del siglo pasado: “la prevención que únicamente apunta a la abstinencia es la antítesis de la reducción de daños”. Basta revisar las intervenciones basadas en la evidencia en Europa<sup>6</sup> para ver que muchas no tienen objetivos de abstinencia del consumo. Algunas intentan evitar la escalada al consumo problemático (p. ej. Preventure) o evitar daños derivados del consumo del alcohol (p.

1 [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en)

2 <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>

3 <http://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/index.jsf>

4 [https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/10/Position-paper-EUSPR-long-version\\_ES.pdf](https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/10/Position-paper-EUSPR-long-version_ES.pdf)

5 <https://euspr.hypotheses.org/1481>

6 [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en)



ej. SHAHRP). Lo más importante es que ya no clasificamos los programas preventivos según si pretenden o no la abstinencia, sino por los problemas que tratan de solucionar. El desafío ahora, para todos, es superar y substituir conceptos anticuados, pero que se siguen utilizando, aunque no existan pruebas que las justifiquen. El “*just say know*” de la reducción de daños no ha aportado más pruebas de eficacia (excepto en contextos muy específicos y particulares como quizás el análisis de pastillas en entornos de ocio) que el denostado “*just say no*” de Nancy Reagan. Esto no es un detalle terminológico: algunas industrias y lobbies están activamente utilizando el término de ‘reducción de daños’ (p. ej. “dejemos que el individuo haga decisiones informadas”) para oponerse a medidas de prevención eficaces (p. ej. regular a las industrias, espacios de ocio o la publicidad). La cuestión para todos debe ser “¿qué tipo de intervención realmente cambia y mantiene comportamientos?” y no las luchas ideológicas del siglo XX sobre políticas de drogas. Al menos en Europa podemos estar orgullosos de este progreso: la reducción de daños, la descriminalización del consumo, y los derechos humanos de los consumidores forman parte de las políticas de salud pública en España y en otros países.

Todo ella lleva a una cierta frustración por la situación de la prevención. Todavía hay grandes sociedades, fundaciones y asociaciones que apoyan con frecuencia una prevención que se basa en el paradigma de que el consumo de sustancias es una decisión individual. En consecuencia, invierten sus energías y recursos sobre todo en medidas basadas en la información. Y, por más que la presencia de la ciencia española sea fuerte en la EUSPR<sup>7</sup> (Sociedad Europea de

Investigación en Prevención, con sede en España), también es verdad que se echa en falta un foro hispano que coordine la acción y la investigación en el campo de la prevención. Esta ausencia genera un riesgo real de estar a merced de iniciativas de entidades internacionales financiadas enteramente por agencias no científicas del gobierno de EEUU – con su visión particular sobre la prevención, contra la reducción de daños, y con su gobernanza peculiar – que intentan establecer sucursales en países europeos.

Recordemos que Europa ha conseguido logros impresionantes con su enfoque de salud pública sobre comportamientos dañinos o adictivos, usando conceptos de intervención que se complementan (entrenar habilidades personales y sociales en combinación con medidas estructurales) y, sobre todo, dejando de lado lo ideológico a favor de lo científico. Los buses con metadona por ejemplo son una realidad frecuente en Europa, mientras que para otros países desarrollados y con grandes problemas son todavía una novedad (Gibbons et al., 2022), si los hay.

Es más, en el caso de España, comparado con la situación de hace años, podemos decir que ningún otro entre los grandes países de la Unión Europea ha hecho tantos avances en aspectos de la prevención (p. ej. se ha cambiado radicalmente el enfoque sobre alcohol, centrándolo en medidas estructurales). Cuenta con una buena infraestructura preventiva a pesar de los vaivenes en ciertas administraciones. Es uno de los pocos países que apuesta por un registro de programas evaluados en un Portal de Buenas Prácticas, conectado al sistema del EMCDDA. Además, es junto con Italia y Grecia uno de los pocos países que exige y promueve en su Plan Nacional de Acción 2021-24 una for-

7 [www.euspr.org](http://www.euspr.org)



mación mínima en prevención científica mediante el EUPC<sup>8</sup>.

Ha sido precisamente la amenaza por la COVID lo que ha vuelto a poner en órbita las intervenciones no farmacológicas (NPI). Es decir, los principios universales de la prevención más allá de la vacunación.

Es un punto de partida alentador para abordar unos retos que siguen siendo casi los mismos que en el pasado:

- ¿Hasta cuándo tendremos que escuchar en congresos importantes sobre prevención presentaciones sobre campañas informativas o exposiciones sobre los efectos negativos de las drogas, sin avalar por algún tipo de evaluación que merezca este nombre?
- ¿Hasta cuándo tendremos que leer en resúmenes de prensa que los municipios gastan sus escasos fondos para la prevención en actividades puntuales de concienciación, del tipo “jornadas sobre drogas”, para luego poder alardear del número de jóvenes “formados”?
- ¿Por qué dejamos que las industrias y personas sin formación preventiva tengan acceso e influencia sobre nuestra juventud? ... y que cualquier actividad sin sentido se pueda encuadrar y financiar como prevención?

En este momento pocos países ejercen un control de cómo se gastan los fondos destinados a la prevención, o facilitan una colaboración activa entre la prevención y la ciencia, o de cómo aplicar los dos instrumentos exigidos por el Consejo Europeo para un sistema de prevención eficaz: programas de prevención evaluados y formación ade-

cuada de los profesionales. España tiene una posición de ventaja en este sentido, con una infraestructura (p. ej. a través del Portal de Buenas Prácticas) para algo novedoso y riguroso: financiación para lo que funciona, más evaluaciones de lo que es prometedor, apoyo preferencial a profesionales y entidades que entienden (mediante formaciones específicas) lo que es la prevención de verdad.

Cuando se plantea la introducción de medidas regulatorias (por ejemplo, sobre el uso del cannabis), hay que recordar un detalle importante: no existen entornos económicos, físicos o regulatorios neutrales. Siempre hay una configuración de estas variables que facilita o refrena nuestros consumos y gestión de impulsos. La prevención tiene que ocuparse de estos temas y dominar la narrativa que va surgiendo sobre estos temas. Si no se hace, naturalmente estamos dejando el terreno libre a las industrias y sus lobbies con sus encuadres (frames) engañosos y elitistas como “decisiones informadas” o “consumo responsable”.

Una narrativa positiva de la prevención estructural puede ser que las medidas que emplea se destinen a mejorar la experiencia, por ejemplo, de los espacios de la vida nocturna: con menos vandalismo, violencia, ingresos en urgencias, acosos sexuales y sexo no deseado. Y una nueva narrativa positiva sobre la prevención en general debería afirmar que es una estrategia científica para ofrecer intervenciones y crear entornos físicos, sociales y educativos seguros y estimulantes que fomenten y nutran el desarrollo de toda nuestra juventud desde la infancia ... en vez de predicar a los treceaños sobre las muchas cosas (y sustancias) malas que han de evitar.

8 [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum_en)



## REFERENCIAS

- Alves, R., Precioso, J., & Becoña, E. (2021). Illicit Drug Use among College Students: The Importance of Knowledge about Drugs, Live at Home and Peer Influence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53(4), 329–338. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1865592>
- Caluzzi, G., Livingston, M., Holmes, J., MacLean, S., Lubman, D., Dietze, P., Vashishtha, R., Herring, R., & Pennay, A. (2021). Declining drinking among adolescents: Are we seeing a denormalisation of drinking and a normalisation of non-drinking? *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15611>
- Campbell, N., Mialon, M., Reilly, K., Browne, S., & Finucane, F. M. (2020). How are frames generated? Insights from the industry lobby against the sugar tax in Ireland. *Social Science & Medicine*, 264, 113215. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113215>
- Dermota, P., Wang, J., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-Kuo, M. (2013). Health literacy and substance use in young Swiss men. *International Journal of Public Health*, 58(6), 939–948. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0487-9>
- Elias, N. (1939). *Ueber den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Zivilisat.* Verlag Haus zum Falken.
- Gibbons, J. B., Stuart, E. A., & Saloner, B. (2022). Methadone on Wheels—A New Option to Expand Access to Care Through Mobile Units. *JAMA Psychiatry*, 79(3), 187–188. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2021.3716>
- Koning, I. M., De Kock, C., van der Kreeft, P., Percy, A., Sanchez, Z. M., & Burkhart, G. (2021). Implementation of the Icelandic Prevention Model: a critical discussion of its worldwide transferability. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(4), 367–378. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1863916>
- Koning, I. M., Van der Rijst, V. G., De Wit, J. B. F., & De Kock, C. (2021). Pre-intervention effects of a community-based intervention targeting alcohol use (Lef); the role of participatory research and publicity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168823>
- Pechey, R., Hollands, G. J., Carter, P., & Marteau, T. M. (2020). Altering the availability of products within physical micro-environments: A conceptual framework. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09052-2/FIGURES/4>
- Ramalho, R., Huggard, P., Hoare, K., & Adams, P. (2021). The naturalization of nonsmoking. A grounded theory study of smoking cessation. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1878498>, 29(4), 279–285. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1878498>
- Ratner, A., & Gandhi, N. (2020). Psychoanalysis in combatting mass non-adherence to medical advice. *The Lancet*, 396(10264), 1730. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32172-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32172-3)
- Thrasher, J. F., Boado, M., Sebríe, E. M., & Bianco, E. (2009). Smoke-free policies and the social acceptability of smoking in Uruguay and Mexico: findings from the International Tobacco Control Po-





---

licy Evaluation Project. *NICOTINE TOBACCO RESEARCH*, 11(6), 591–599.

UNODC. (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*. UNITED NATIONS.

Williamson, L., Thom, B., Stimson, G. V., & Uhl, A. (2014). Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement - A response to Bayer and Fairchild. *The International Journal on Drug Policy*, 26(7), 615–616. <https://doi.org/10.1016/j.drug-po.2015.04.004>

Zhao, J., & Stockwell, T. (2017). The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction*, 112(11), 1942–1951. <https://doi.org/10.1111/add.13902>