

.....

Personas que usan estupefacientes en Argentina

.....

De “delincuentes-enfermos” a sujetos de derechos

R. ALEJANDRO CORDA

ARACELI GALANTE

DIANA ROSSI



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



*Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales*

Corda, R. Alejandro

Personas que usan estupefacientes en Argentina. : de delincuentes enfermos a sujetos de derechos / R. Alejandro Corda ; Araceli Galante ; Diana Rossi. 1a ed. Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014.

56 p. ; 21x29 cm.

ISBN 978-987-28608-2-0

1. Estupefacientes. I. Galante, Araceli. II. Diana Rossi. III. Título.

CDD 345.027 7

Fecha de catalogación: 29/05/2014

Autores: R. Alejandro Corda, Araceli Galante y Diana Rossi

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño gráfico y diagramación: Diego Bennett

Diseño de tapa: Javier Basevich

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548 2° D (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-28608-2-0

Primera edición

300 ejemplares impresos

© Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.



Esta investigación es parte de la producción del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, que incluye miembros de las siguientes instituciones y países:

- Argentina: Alejandro Corda, Araceli Galante y Diana Rossi, Intercambios Asociación Civil.
- Bolivia: Gloria Rose Marie de Achá, Acción Andina.
- Brasil: Luciana Boiteux, Universidad Federal de Rio de Janeiro; João Pedro Chaves, Universidade Federal Fluminense.
- Colombia: Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Alberto Parra y Carolina Bernal, DeJusticia.
- Ecuador: Jorge Vicente Paladines, Universidad Andina Simón Bolívar (UASB).
- Estados Unidos: Coletta Youngers, Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA).
- México: Catalina Pérez Correa y Karen Silva, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Países Bajos: Pien Metaal, Transnational Institute (TNI).
- Perú: Ricardo Soberón, Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos (CIDDDH).
- Uruguay: Gianella Bardazano, Instituto de Estudios Legales y Sociales (IELSUR).



Queremos agradecer en primer lugar a nuestros seres queridos por acompañarnos y soportar los tiempos que a veces hemos tenido que restarles en el desarrollo de este trabajo.

También a María Pía Pawlowicz y a Horacio Cattani quienes, además de ser cálidos compañeros, colaboraron como consultores de esta investigación.

A los compañeros del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) y de Intercambios Asociación Civil por el constante flujo de información e ideas.

A la Universidad de Buenos Aires y a la Open Society Foundations por hacer posible los espacios de investigación y esta publicación.

Y muy especialmente a las personas que usan drogas, a quienes está destinado este esfuerzo.



Índice

Introducción	9
Capítulo 1. Construcción de la matriz “prohibicionista-abstencionista”	11
1.1. La década de 1920 y la influencia del positivismo	11
1.2. Los tratados internacionales y la “guerra a las drogas”	13
1.3. La “seguridad ciudadana” y otras ideologías en la consolidación de la matriz	15
Capítulo 2. Condicionamientos y contradicciones en la aplicación de la matriz “prohibicionista-abstencionista”	17
2.1. Datos sobre el consumo de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas	17
2.2. Personas afectadas por la aplicación de la ley penal.....	20
2.2.1. La Ley 23.737 en la CABA y la PBA: los usuarios como principales destinatarios.....	22
2.2.2. Análisis de los resultados de la aplicación de la ley.....	25
2.3. El modelo “abstencionista”: el uso inyectable de estupefacientes y el VIH.....	28
2.4. La atención por uso de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas.....	32
2.4.1. El campo de la salud mental en la atención por uso de estupefacientes	32
2.4.2. Políticas y programas de la SEDRONAR.....	33
2.4.3. Los usuarios de estupefacientes y los equipos de salud: una relación difícil	40
Capítulo 3. Cambios, propuestas y resistencia de la matriz “prohibicionista-abstencionista”	43
3.1. La Ley de Salud Mental y los intentos de cambio en la atención de los usuarios	43
3.2. Los proyectos de reforma de la ley penal, sus resistencias y alternativas	46
3.3. La “desfederalización” y las cortes de drogas.....	48
Conclusión	51
Bibliografía	53



Introducción

Este trabajo tiene cierta continuidad y complementa los textos *Encarcelamiento por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina y Sistemas desproporcionados* (Corda, 2011 y 2012, respectivamente) de la Serie Documentos de Trabajo de Intercambios Asociación Civil. En ellos se recorren distintos aspectos del fenómeno referido al conjunto de sustancias denominadas “estupefacientes”,¹ que presentan conductas relacionadas comprendidas en un régimen legal más riguroso.

También en esta ocasión se complementa la actividad de investigación en el grupo de investigadores de América Latina denominado Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) con la desarrollada en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires (UBA) a través del proyecto “Políticas públicas de control de drogas en América Latina” con sede en el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA (UBACyT Programación 2011-2014).

En el presente texto se intenta mostrar que las respuestas estatales vinculadas a los estupefacientes dadas en la Argentina estuvieron basadas en una matriz conformada a partir de la superposición de distintos discursos hegemónicos que se sucedieron a lo largo del siglo XX. Y que sus consecuencias impactaron de diversas formas negativas sobre los usuarios, sobre quienes recayó en gran medida su principal expresión: la respuesta penal. Incluso, ante distintas iniciativas o reformas, algunos de los componentes de esa matriz parecen seguir operando de diversas formas.

¹ El término “estupefacientes” es utilizado por la ley argentina para definir las sustancias cuyas conductas relacionadas son alcanzadas por el Derecho Penal. Al igual que en los instrumentos de Derecho Internacional, la ley se remite a un listado que contiene el Decreto 299/10. Brevemente se puede indicar que en él se incluyen todos los estupefacientes de la Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas, suscripto en 1961, y los psicotrópicos detallados en las listas I y II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, firmado en 1971. La última reforma (Decreto 299/10) incorporó la ketamina, el GHB (ácido gama-hidroxibutírico), y el flunitrazepam, entre otras sustancias. En este trabajo también se utilizarán los términos “sustancias psicoactivas” o “drogas” para referirse a los estupefacientes y/o otras sustancias cuyas conductas relacionadas no están alcanzadas por la ley penal o lo están en una medida menor (por ejemplo, alcohol, tabaco, ciertos medicamentos e inhalantes).



CAPÍTULO 1

Construcción de la matriz “prohibicionista-abstencionista”

El inicio de las respuestas estatales sobre estupefacientes en la Argentina se remonta a las primeras décadas del siglo XX. En un principio se desarrolló una legislación administrativa que regulaba el expendio e importación de estas sustancias y sancionaba, principalmente con una multa a las farmacias y droguerías que lo hicieran fuera de los canales lícitos.

1.1. La década de 1920 y la influencia del positivismo

Si bien en un principio se aplicó la Ley 4.687, de 1905, que regulaba el ejercicio de la farmacia y sancionaba con una multa de cien a mil pesos la infracción a sus reglamentos, recién con el dictado del Decreto del 17 de mayo de 1919 se percibe una mayor actividad represivo-administrativa respecto de esos desvíos. Este decreto resulta la primera norma específica sobre determinadas sustancias (“opio y sus preparaciones, cáñamo indiano, morfina y sus sales, cocaína y sus sales”) y no solo limitaba su importación a la previa intervención de la autoridad sanitaria (el Departamento Nacional de Higiene),² sino que establecía para las droguerías y farmacias un sistema de registro donde se debían volcar las existencias y expendios. Para la venta al público se requería de una prescripción médica, que debía reservarse. Las violaciones a este régimen se reprimían con las multas mencionadas en la Ley 4.687.

Una nota del Departamento Nacional de Higiene, de 1923, muestra que las principales afectadas por estas normas eran las farmacias y droguerías, aunque también se mencionan peluquerías, consultorios de dentistas y comercios. Sin embargo, distintos artículos periodísticos de la época dan cuenta de que el expendio también se hacía en paralelo a otras actividades lícitas (en cafeterías, agencias de lotería, cines, locales de venta de entradas de teatro, almacenes, entre otros) o incluso a quienes se dedicaban únicamente a vender estas sustancias (Bard, 1923).

El consumo de drogas de uso ilícito se encontraba restringido a determinadas clases sociales acomodadas y a ciertos personajes de la noche, y pese a existir casos problemáticos no constituían un problema de envergadura. En este período, la visión que se tenía sobre quienes las usaban se puede identificar con los términos “vicioso-contagioso”, situado dentro del discurso de la defensa social.³

² Un decreto posterior, del 8 de noviembre de 1922, además, restringía el ingreso de las importaciones de estas sustancias al puerto de Buenos Aires (Bard, 1923: 34).

³ La ideología de la defensa social se erigió como discurso científico, con método propio, en la segunda mitad del siglo XIX, junto con el positivismo criminológico. Partía de una concepción abstracta y ahistórica de la sociedad, a la que se la interpretaba como una realidad orgánica fundada en el consenso alrededor de valores asumidos como generales. Así, se proponía a la sociedad como un bien y a la desviación criminal, los “socialmente peligrosos”, “irracionales”, “locos” y “enfermos”, como un mal; y la respuesta del sistema penal resultaba una racional, legítima y necesaria reacción de la sociedad para la tutela y la afirmación de sus valores (Pavarini, 1998: 42-52).

En 1922, en un informe de médicos forenses citado en un artículo del diario *La Razón*, respecto de una mujer acusada por delitos de estafa, con aparentes problemas por el uso de cocaína y morfina, figuraba la siguiente definición: “El toxicómano es un caído ilevantable, que a la vez que un inválido intelectual es un elemento socialmente perturbador, que tiende a difundir su vicio, en el que busca la sensualidad, la perversión o la misma amnesia para su propia degradación; y su organismo se degenera y su aberración se hereda, engendrando enfermos que serán la población de la posterioridad” (Bard, 1923: 175).

Se puede apreciar que, a principios de la década de 1920, hubo un importante movimiento que incluía a la policía y a ciertos sectores de la medicina y la prensa que pugnaban por un agravamiento de las sanciones; todos ellos estaban influenciados por distintas expresiones del discurso positivista que imperaba en ese tiempo (higienismo,⁴ medicina legal, defensa social). También se puede observar que, si bien existía cierta influencia de la legislación y los actores internacionales, estos no tenían la intensidad que alcanzó en la segunda mitad del siglo.

Este movimiento logró que en 1924 se sancionara la primera ley penal que alcanzaba las conductas vinculadas a estas sustancias, presentada por el diputado y médico higienista Leopoldo Bard. La Ley 11.309 incorporó al Código Penal los términos “narcóticos” y “alcaloides”,⁵ y estableció como delito la introducción clandestina al país de esas sustancias, la venta por parte de los que, estando autorizados (por ejemplo, los farmacéuticos) lo hicieran sin receta médica, y la prescripción o expendio en dosis mayores a las indicadas. Las penas eran de 6 meses a 2 años de prisión. Con menos penalidad (3 meses a 1 año de prisión) se reprimía la “venta o entrega o suministro (...) hecho por persona no autorizada para la venta de sustancias medicinales”.

Según el entonces jefe de Policía, Jacinto Fernández, estas redacciones impedían actuar sobre los que “sin dedicarse legalmente a esas actividades comerciales, tienen en su poder cantidades de drogas comprendidas en el régimen de la ley”. Así lo sostuvo en una carta del 18 de abril de 1925 dirigida al diputado Leopoldo Bard, quien la leyó en sesión de la Cámara de Diputados (Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 3 de junio de 1925). Por ello, un nuevo proyecto de Bard modificó nuevamente el Código Penal, mediante la Ley 11.331 de 1926. Esta reforma instauró la posibilidad de sancionar la posesión o tenencia ilegítima de esas sustancias con penas de 6 meses a 2 años de prisión, sin discriminar entre traficantes y consumidores.

En el análisis de los debates en torno de estas reformas queda claro que el objetivo era penalizar a aquellos que vendían estas sustancias, pero no así si también los usuarios debían ser alcanzados por la ley penal. Fue la Jurisprudencia quien terminó de dar este alcance más amplio: en dos fallos plenarios de la Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, pese a la diversidad de opiniones, primó la interpretación que reprimía la tenencia de los usuarios.

El primero de ellos fue el fallo “González”, de 1930, (Fallos, Tomo III, p. 21) en el cual se cita una afirmación de Bard que, pese a hacer hincapié en los expendedores, parece querer extender la última reforma a los “toxicómanos”: “Es con el fin de evitar la posibilidad de que en muchos casos los toxicómanos, y sobre todo los expendedores de alcaloides, puedan eludir la acción de la policía y de la justicia, que presento (...) este simple agregado a la Ley 11.309”.

Décadas más tarde, en 1966, el fallo “Terán de Ibarra” no solo ratificó esa interpretación sino que en algunos de sus votos, además de reiterar la calificación de los usuarios como “viciosos” y “contagiosos”, se agregó su equiparación con los vendedores conformando un *binomio mal-*

⁴ El higienismo surgió como una forma de controlar la propagación de las epidemias en las ciudades-puerto y luego el movimiento se ocupó de las llamadas “plagas sociales”, como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. Movilizados por los éxitos de la microbiología en el tratamiento de las epidemias, los higienistas concibieron a la sociedad como un organismo y a los problemas sociales como patologías. Desde ese punto de vista, era importante el papel del ambiente en la producción de enfermedades, concebido tanto en sus aspectos físicos como sociales. Recalde (1997) relata que la moralidad pública recomendaba suprimir las incitaciones al vicio, lo que se tradujo en el aislamiento de prostitutas, tísicos y borrachos en prostíbulos, hospitales suburbanos y asilos para alcohólicos. El enclaustramiento tenía una función profiláctica y la policía se constituía en auxiliar de la higiene, ya que, como agente de la segregación, cortaba la exhibición del vicio.

⁵ En un principio se utilizaban estos términos, que no delimitaban las sustancias de modo preciso; de hecho, la noción “alcaloide” se refiere a la estructura de determinados compuestos químicos, como la cafeína o la nicotina, que cuentan con distinto tratamiento legal.

vado. En uno de ellos se cita la siguiente afirmación del reconocido médico legista Nerio Rojas: “La toxicomanía, sobre todo en lo relativo al uso de estupefacientes, implica un binomio cuyos términos son el toxicómano y el traficante. Toda legislación debe ir contra ambos, pues se complementan y viven en la simbiosis lamentable del hábito vicioso y el negocio clandestino”.⁶

Esta cita data de 1947, año en que Nerio Rojas presentó un proyecto de ley titulado “Ley de protección de toxicómanos y alcoholistas y de lucha contra traficantes de drogas” (entre otros proyectos de “estado peligroso” en los que participó entre las décadas de 1920 y 1960). En su artículo 1° se establecía para “las personas no alienadas, habituadas al abuso de drogas estupefacientes o de bebidas alcohólicas (...) asistencia obligatoria (...) en un establecimiento adecuado y con internación”. Esa internación podía ser voluntaria o por orden judicial (“civil o del crimen”). El proyecto también proponía modificaciones a la legislación penal y la internación por orden judicial para aquellos que tuvieran esas sustancias para uso personal. Si bien en este texto los “toxicómanos y alcoholistas” (no alienados) eran señalados por Rojas como “enfermos”, en su obra *Medicina legal* los calificó como “anormales”, categoría que también estaba reservada a la “inversión sexual” o “homosexualidad” (Rojas, 1953: 515-8).

Pese a lo señalado, el fenómeno de aplicación de la ley parece haber tenido poca amplitud. En el segundo de los fallos citados se menciona que durante 1965 “65 personas fueron sometidas a proceso en relación con drogas”, y la mayoría fueron calificados como “adeptos e intermedarios”.

1.2. Los tratados internacionales y la “guerra a las drogas”

Durante la década de 1960 comenzó a apreciarse con más claridad la influencia de la legislación internacional en la legislación nacional. Al mismo tiempo, se crearon nuevos dispositivos de atención para los usuarios.

La Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas, suscripta en 1961, fue aprobada por Argentina en 1963.⁷ Cinco años después, la Ley 17.567 produjo una nueva modificación al Código Penal: no solo se aumentaron las penas para los delitos vinculados a estas sustancias, con prisión de 1 a 6 años, sino que, siguiendo el modelo de la legislación internacional, se multiplicaron las conductas incriminadas. Si bien se continuaba castigando la tenencia ilegítima, se hacía siempre “que excedan las correspondientes a un uso personal”; de esta forma se excluía, por única vez en la legislación penal, la punición de la tenencia para uso personal. Esta norma solo duró hasta 1973, cuando se la derogó por haber sido dictada por un gobierno de facto y se retornó a la redacción de 1926. Otro reflejo de la legislación internacional se puede encontrar en la Ley 17.818, de 1968, que reguló las cuestiones administrativas vinculadas a los estupefacientes, en consonancia con la Convención Única.

También en ese mismo año se reformó el Código Civil mediante la Ley 17.711, que incorporó la posibilidad de internar compulsivamente a los “toxicómanos” y limitar su capacidad legal. En el Art. 482 del Código Civil se dispuso que “Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación solo podrá ordenarse previo dictamen del médico oficial”. De esta manera, la “toxicomanía” se asoció a la demencia, y con ello se afianzó la concepción sobre las personas que usan drogas de uso ilícito como “incapaces”, que podían tornarse peligrosas y cuyo tratamiento podía requerir la utilización de dispositivos de encierro.

En cuanto a los dispositivos destinados a la atención de los usuarios, dos años antes, en 1966, se creó el Fondo de Ayuda Toxicológica en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina

⁶ Nerio Rojas (1890-1971) fue un reconocido médico legista de raigambre positivista y diputado nacional. Practicante en la sala de alienados de la policía cuando esta estaba a cargo de José Ingenieros y ganó el nombramiento de profesor de medicina legal en 1924, año en el que se creó el Curso de Médico Legista en la Facultad de Medicina de la UBA. Rojas fundó también la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología, en 1928, y en 1931 creó la publicación “Archivos de Medicina Legal” (Del Olmo, 1992: 57).

⁷ Mediante el Decreto Ley 7672/63, ratificado por la Ley 16.478/64.

de la UBA, primera institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de usuarios con usos problemáticos de distintas sustancias psicoactivas.

Este desarrollo parece haber continuado en los primeros años de la década de 1970, junto con cierto aumento de causas penales y demanda de tratamiento.⁸ En 1971 se crearon el Servicio de Toxicomanía del Hospital Borda y el Centro de Prevención de la Toxicomanía de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA. En 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias. Por esos años surgieron también las primeras comunidades que ofrecían tratamiento residencial en forma alternativa a la internación, formadas por usuarios y frecuentemente ligadas a Iglesias Evangélicas. Una de las más relevantes fue el “Programa Andrés”, creado por el pastor Carlos Novelli, la primera asociación civil que brindó respuesta sobre tratamiento.

En 1972, mediante el Decreto 452/73, se creó en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos, integrada por representantes de distintos ministerios, organismos de seguridad y ámbitos académicos. Se considera a este el primer órgano estatal encargado de diseñar políticas respecto de esas sustancias.

Si bien el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas de 1971 fue aprobado mediante la Ley 21.704 de 1977, ya en 1973 se había sancionado la Ley 19.303, que regulaba las cuestiones administrativas vinculadas a las sustancias psicotrópicas siguiendo aquel acuerdo internacional.

Avanzada esa década se aprecia la aparición de una nueva línea discursiva: “la seguridad nacional”,⁹ montada sobre similares argumentos del discurso de la defensa social, pero ahora justificados como ataques a la Nación. Este discurso se aprecia con claridad en el proyecto de elevación de la primera ley especial de estupefacientes,¹⁰ en la cual se identifica al usuario (“toxicómano”) como una persona que al entregarse a su “vicio”, “no solo se destruye a sí mismo sino que (...) causa perjuicio a quienes lo rodean”. En el texto, además, se equipara al usuario con el traficante al sostener que “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes; por ello es necesario que aparte de su individualización se implemente su internación forzosa para su cura”. En definitiva, según esta concepción, ambas conductas, tanto la de los traficantes como la de los usuarios, resultaban “atentatorias de la seguridad nacional”.

En 1974 se sancionó la Ley 20.771, que aumentaba las penas y las conductas incriminadas. Los delitos de tráfico, cuyos verbos y objetos materiales se ampliaron, pasaron a reprimirse con prisión de 3 a 12 años, y la tenencia de estupefacientes –incluida la destinada a uso personal– pasó a sancionarse con 1 a 6 años de prisión. También se incluyó la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependien-

⁸ En la nota que acompañó el proyecto de Ley 20.771 y en los debates de su sanción se mencionaba que, según un informe del CENARESO, los casos verificados de adicción a las drogas habían sufrido un incremento del 500% entre 1968 y 1972, aunque esto no estaba reflejado a través de los datos correspondientes. También se señalaban alarmantes aumentos en las cifras sobre la aplicación de la ley penal, aunque solo en una ocasión se detallaban los números en las que se apoyaban para mostrar la verdadera “magnitud del problema”: “los ‘detenidos procesados’ por delitos toxicómanos registran un violento crecimiento desde 1969 a 1972 y 1974, pues de un total de 69 casos pasan a 574 y 582 casos, o sea un aumento del 743 por ciento” (Diario de Sesiones del Honorable Senado de la Nación, 26 y 27 de septiembre de 1974).

⁹ La Doctrina de la Seguridad Nacional se construyó en el contexto de la Guerra Fría, que consistió en una estrategia posbélica que respondió a la división geopolítica mundial en dos bloques: el de occidente, cristiano y capitalista, y el de oriente, comunista y ateo. Retomando el concepto de “guerra total” de Hitler, involucraba aspectos económicos, militares, políticos, científicos, culturales y tecnológicos. Esta doctrina consideraba que América Latina tenía una mayor vulnerabilidad frente a la “amenaza comunista” y sostenía que las Fuerzas Armadas de cada país debían asumir la conducción del Estado en la defensa de los valores nacionales. Esta concepción se tradujo en el apoyo a la intervención militar en la región. Un dato muestra la relevancia de esta política: en 1973 más de 170 graduados de la Escuela de las Américas –un centro de capacitación estadounidense para militares latinoamericanos– eran jefes de gobierno, ministros, comandantes, generales o directores de inteligencia (Velásquez Rivera, 2002).

¹⁰ Esta ley fue proyectada desde el Ministerio de Bienestar Social, a cargo de José López Rega –fundador de la Alianza Anticomunista Argentina (Triple A)–, quien compartía la visión que tenía Richard Nixon, presidente estadounidense entre 1969 y 1974, sobre la utilización de la “guerra contra las drogas” como una forma de combatir las organizaciones guerrilleras (Larraquy, 2007: 285).

tes, aunque según la redacción original podía ser “por tiempo indeterminado” se limitó luego al término de la pena. Así, el uso de estupefacientes, a través de la punición de la tenencia, quedó comprendido como delito y enfermedad al mismo tiempo.

En esos años la pelea contra la “toxicomanía” comenzaba a interpretarse como una forma de lucha contra la subversión; así se conformó, dentro de la Policía Federal Argentina, el Departamento de Toxicomanía, que incluía una división de prevención (Aureano, citado en Touzé, 2006).

Un reflejo de este discurso también quedó plasmado en el fallo “Colavini” (Fallos, 300: 254, 1978) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), que afirmó la constitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal: “Que tal vez no sea ocioso, pese a su pública notoriedad, evocar la deletérea influencia de la creciente difusión actual de la toxicomanía en el mundo entero, calamidad social comparable a las guerras que asuelan a la humanidad, o a las pestes que en tiempos pretéritos la diezmaban. Ni será sobreabundante recordar las consecuencias tremendas de esta plaga, tanto en cuanto a la práctica aniquilación de los individuos, como a su gravitación en la moral y la economía de los pueblos, traducida en la ociosidad, **la delincuencia común y subversiva**, la incapacidad de realizaciones que requieren fuerte voluntad de superación y la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización” (el destacado nos pertenece). Incluso en este pasaje se advierte también la asociación de los usuarios con la comisión de delitos, discurso que en las décadas siguientes aparecerá con mayor claridad.

También en este fallo se vuelve a equiparar al usuario con el traficante, como partes de un todo, al decir que “(...) si no existieran usuarios o consumidores, no habría interés económico en producir, elaborar y traficar con el producto (...). Lo cual conduce a que si no hubiera interesados en drogarse, no habría tráfico ilegítimo de drogas”. Y concluye diciendo: “el tenedor de la droga prohibida constituye un elemento indispensable para el tráfico”.

1.3. La “seguridad ciudadana” y otras ideologías en la consolidación de la matriz

En la década de 1980, con el retorno de la democracia, se percibe una tensión entre recuperar las garantías perdidas durante el gobierno de facto y la aparición de una nueva corriente discursiva: la seguridad ciudadana (urbana). En ese sentido, Zaffaroni afirma: “Desde 1985 se viene perfilando un embate bajo el signo de la *ideología de la seguridad ciudadana*, apoyado por campañas publicitarias emprendidas por comunicadores mercenarios y operadores políticos clientelistas (...). En lo legislativo la ideología de la seguridad urbana o ciudadana se tradujo en la Ley 23.737 de 1989 en materia de estupefacientes” (Zaffaroni, Alagia y Slokar, 2011: 186).

En 1984, el Departamento de Toxicomanía de la Policía Federal Argentina pasó a ser la Dirección General de Drogas Peligrosas. Un año después, mediante el Decreto 1383, se creó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), integrada por distintos ministerios; el organismo incluía un comité técnico, con representantes de las fuerzas de seguridad, la UBA y otras agencias estatales, y un comité asesor, constituido por personas de reconocida trayectoria en el tema y organizaciones no gubernamentales (ONGs).

En 1986 la CSJN dictó el fallo “Bazterrica” (Fallos, 308: 1392, 1986) en el cual se declaraba la inconstitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal prevista en la Ley 20.771. El mismo año se presentó un proyecto de ley que tenía aspectos progresistas, como la no punición de la tenencia para consumo personal o menos penas para los actores menores del tráfico,¹¹ pero hacia fines de la década fue cambiando su perspectiva hasta convertirse en la ley actual.

En 1982 se creó el centro de tratamiento “Viaje de vuelta”, ligado a la Iglesia Católica, que con el tiempo resultó un actor relevante en la definición de la cuestión. Durante esa década, también, irrumpió la pandemia del VIH, que afectó particularmente a los usuarios de drogas inyectables

¹¹ Cuando “cometa el hecho como dependiente, asalariado o contratado y solo realice tareas materiales, manuales o auxiliares”.

(UDIs): esta circunstancia le sumó a las personas que usaban estupefacientes la condición de posibles transmisores de una pandemia asociada a la muerte, y reforzó los criterios de peligrosidad atribuidos a ellos. El primer caso de sida vinculado al uso inyectable de drogas se diagnosticó en la Argentina en 1985, y una década más tarde la mitad de los diagnósticos de sida entre los varones mayores de 12 años fueron relacionados con el uso compartido de material para el uso de drogas inyectables, según los boletines publicados por el Ministerio de Salud de la Nación.

Hacia fines de esa década y principios de la siguiente se terminó de conformar la matriz prohibicionista-abstencionista que marcó las siguientes dos décadas y aún perdura en distintos aspectos.

En los últimos días de 1988 se firmó en Viena la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. En su preámbulo, este instrumento señalaba al “tráfico ilícito” como una amenaza a “la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados”, acentuó los aspectos penales del sistema internacional de fiscalización referido a esas sustancias, incluyendo –con reservas– la punición de la posesión para consumo personal.

En congruencia con las políticas internacionales, a mediados de 1989 se creó, mediante el Decreto 271, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la Presidencia de la Nación. Este organismo fue ganando atribuciones a lo largo de los años y se constituyó como el principal defensor de dicha matriz.

Ese mismo año se sancionó una nueva ley especial de estupefacientes, la Ley 23.737, que sigue vigente. En ella se volvieron a ampliar las conductas y penas para los delitos de tráfico, con prisión de 4 a 15 años. Se discriminó una tenencia simple, con prisión de 1 a 6 años, y la tenencia para consumo personal se pasó a castigar con prisión de 1 mes a 2 años, con la posibilidad de desviar el proceso hacia una “medida de seguridad” curativa (en caso de ser “dependiente”) o educativa (en caso de ser “pricipiante o experimentador”). Así, se ratificó a los usuarios de estupefacientes en la doble condición de “delincuentes-enfermos”.

Finalmente, en 1990, el fallo “Montalvo” de la CSJN (Fallos, 313:1333, 1990) volvió a afirmar la constitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal. En sus pasajes se pueden reconocer tanto elementos del discurso de la defensa social (usuario vicioso y contagioso, ante el cual hay que “proteger a la comunidad”, y equiparado con el traficante) como del discurso de la seguridad nacional (el consumo de estupefacientes afecta “la misma supervivencia de la nación”), junto a la invocación de los compromisos internacionales asumidos.

Así, durante el siglo XX se fueron acumulando, superponiendo, reforzando en torno a la cuestión “drogas” los discursos de la defensa social, la seguridad nacional y ciudadana, mezclados con la definición internacional, hasta conformar, hacia fines de la década de 1980 y principios de la siguiente, una matriz “prohibicionista-abstencionista” cuya principal expresión fue la respuesta penal, y sus principales destinatarios, los usuarios de estupefacientes.

A partir de la idea de que toda conducta vinculada a estas sustancias que no tuviera “fines médicos o científicos” debería ser considerada ilícita, no solo se hizo un mayor esfuerzo en desarrollar respuestas destinadas al control de la producción y tráfico, sino que se incluyó en ellas al usuario de estupefacientes como parte integrante de ese complejo. Así, quedaban definidos en la ubicua condición de “delincuentes-enfermos”, y se generaban representaciones (contagiosos, viciosos, peligrosos en múltiples dimensiones, autodestructivos, inestables, incapaces de cuidar de sí mismos o de otros) que condicionaban respuestas estatales coercitivas como la ley penal o la internación y los tratamientos obligatorios.

Pero, como más adelante se verá, esa matriz, al mismo tiempo, trastocó –cuando no impidió– el desarrollo de otras respuestas estatales no compulsivas respecto de los usuarios. El caso más trágico ocurrió con los UDIs durante la década de 1990, muchos de los cuales fallecieron como consecuencia de transmisión del VIH. Incluso, frente a distintas iniciativas de reforma de esos principios, esa matriz no solo parece resistir sino reinventarse.

CAPÍTULO 2

Condicionamientos y contradicciones en la aplicación de la matriz “prohibicionista-abstencionista”

La matriz descrita en el capítulo anterior delineó una política en relación con los estupefacientes que impactó de diversas formas sobre los usuarios de esas sustancias. En este apartado se analizarán datos producidos en el contexto de la consolidación de ese modelo dominante en las políticas de drogas, a fines de la década de 1980 y principios de la siguiente. Los ejes seleccionados reflejan el condicionamiento que produjo y también las interpelaciones que los propios datos generan en esa construcción del discurso hegemónico.

2.1. Datos sobre el consumo de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas

La información disponible sobre el consumo y tráfico de estupefacientes en las décadas señaladas en el párrafo anterior es escasa. Sin embargo, permite pensar que durante el siglo XX no existió un problema de envergadura con relación a estas sustancias. Pese a ello, era recurrente presentar la información vinculada a ellas en tono de alarma (Cattani, 2010). Incluso, es claro que la falta de investigación sobre el fenómeno permitía la subsistencia de estos discursos sin mayores cuestionamientos.

Esta escasez de información perduró hasta varios años después de configurada la matriz señalada. Si bien en 1989, año de la sanción de la Ley 23.737, también se creó la SEDRONAR, tuvo que pasar mucho tiempo para contar con investigaciones que permitieran hacer algún tipo de evaluación sobre algunos de los aspectos de la política desarrollada en torno de los estupefacientes y otras sustancias psicoactivas.

Como muestra, basta mencionar que la primera encuesta nacional sobre consumo en población general se realizó en 1999 (SEDRONAR-OAD, s/f)¹² y de las que se realizaron luego no todas resultan comparables entre sí.¹³ Recién en 2005 se creó el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), en el ámbito de la SEDRONAR, y comenzaron a realizarse encuestas periódicas que pudieran compararse con

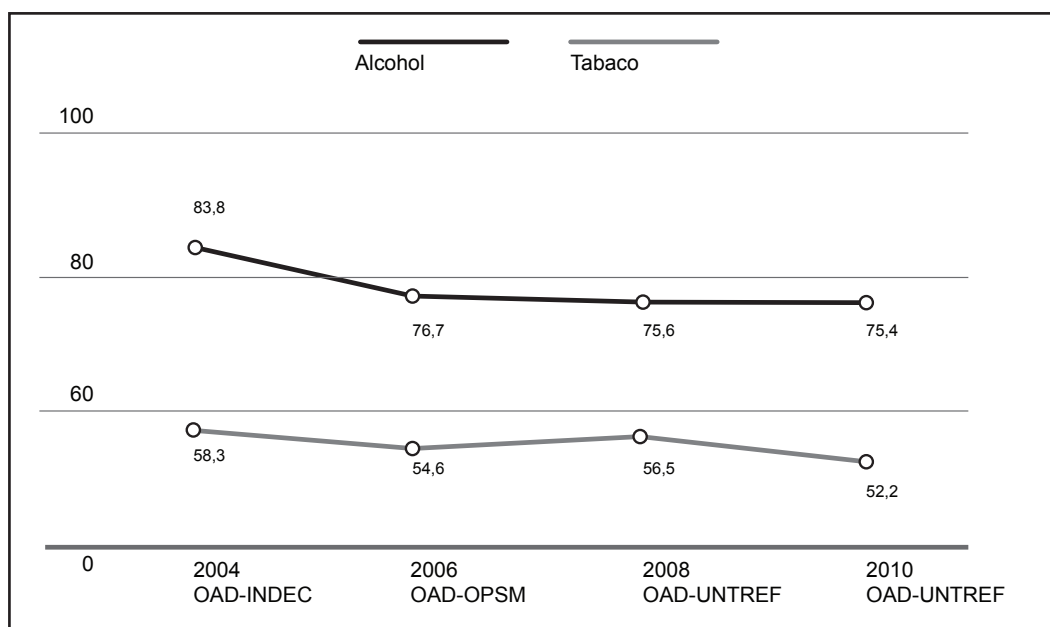
¹² Según esa Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Argentina, 1 de cada 10 personas había consumido drogas ilegales alguna vez en su vida, y 3 de cada 100 lo habían hecho en los últimos 30 días. También se calculó en 600.000 las personas que consumían drogas ilegales, de los cual 200.000 eran usuarios frecuentes. La prevalencia de vida de las principales sustancias era la siguiente: alcohol 91,4%, tabaco 67%, marihuana 8,5%, clorhidrato de cocaína 3,6%, pasta base 0,8%, sedantes 6% y estimulantes 2,8%.

¹³ El Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas no es comparable con el de 1999 “por razones de dominios muestrales, de ponderaciones de la muestra y de metodología de abordaje” (SEDRONAR-OAD, s./f.: 4). Se aplicaron dos cuestionarios diferenciales según el grupo etáreo (en un caso de 12 a 15 años y en el otro de 16 a 55 años) con el objetivo de medir el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, y un tercer cuestionario que relevó información sobre la composición y características de los hogares. La muestra comprendió 7.650 viviendas. El estudio se efectuó junto con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) con vistas a asegurar la comparabilidad de los datos con un estudio a realizarse en 2006.

anteriores investigaciones y con otras que se hacían en la región latinoamericana, impulsadas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA). La mayoría de ellas brinda información relativa al uso de estupeficientes y otras sustancias psicoactivas, lo que permite tener datos en secuencias temporales.

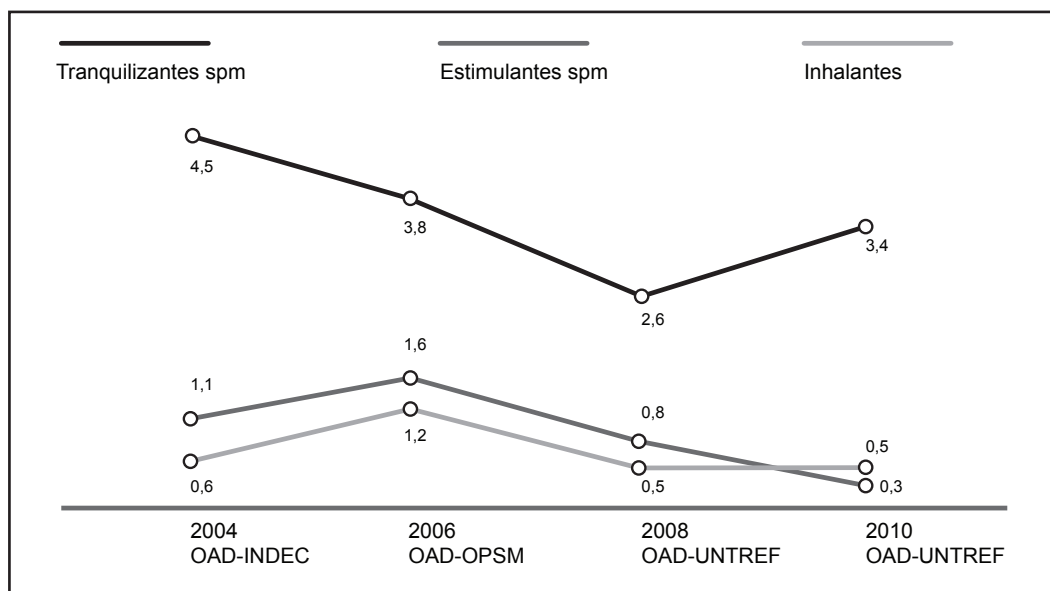
A través de esas encuestas se puede apreciar que los principales consumos son de alcohol y tabaco, muy distanciados de los estupeficientes. Por otra parte, si bien se ha incrementado el uso de estos, algunos son superados por el consumo de medicamentos (estimulantes y tranquilizantes) utilizados sin prescripción médica (spm). Los gráficos 1, 2 y 3 extraídos de la última investigación presentada por el OAD en la población general, muestran la prevalencia de vida de estas distintas sustancias entre 2004 y 2010 (SEDRONAR, 2011a).

Gráfico 1. Prevalencia de vida de tabaco y alcohol. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años en 2004, 2006, 2008 y 2010



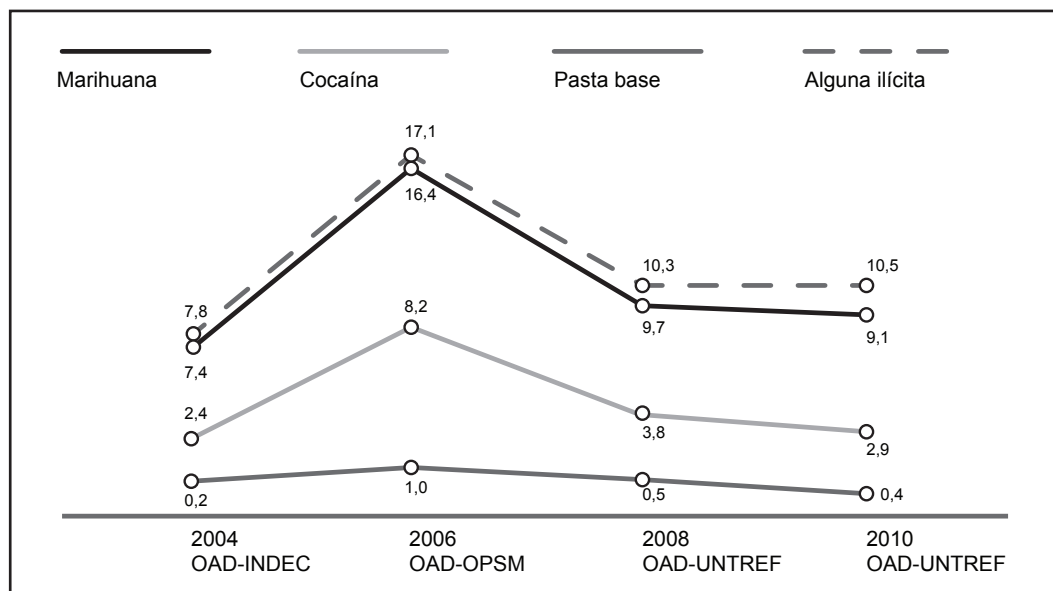
Fuente: SEDRONAR-OAD (2011a).

Gráfico 2. Prevalencia de vida de sustancias de uso indebido. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años en 2004, 2006, 2008 y 2010



Fuente: SEDRONAR-OAD (2011a).

Gráfico 3. Prevalencia de vida de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años en 2004, 2006, 2008 y 2010.

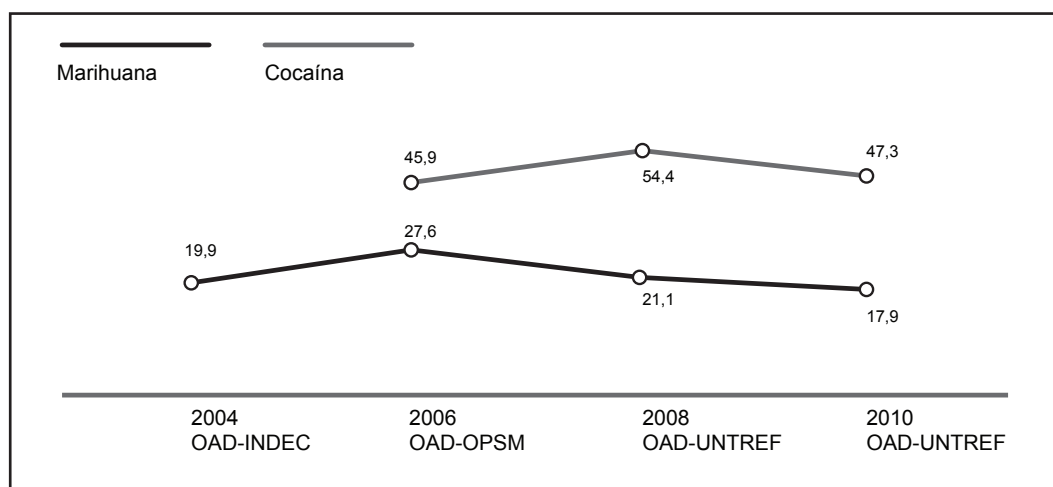


Fuente: SEDRONAR-OAD (2011a).

Esta información permite dimensionar el consumo de estupefacientes, en especial en comparación con otras sustancias psicoactivas cuyas conductas relacionadas no se encuentran alcanzadas por la ley penal. O dicho en otros términos, que el consumo de drogas con un estatus legal menos riguroso supera muchas veces al de los estupefacientes.

El mismo estudio también estima de forma aproximada el nivel de dependencia¹⁴ que generan los dos principales estupefacientes consumidos en el país: cannabis y cocaína. Según la información allí volcada, alrededor de un 20% de quienes consumen cannabis presentan signos de dependencia y en el caso de la cocaína el valor ronda el 50% (Gráfico 4). El mismo estudio señala el consumo problemático de alcohol en un 13%.¹⁵

Gráfico 4. Dependencia de marihuana y cocaína. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años en 2004, 2006, 2008 y 2010



Fuente: SEDRONAR-OAD (2011a).

¹⁴ Este concepto se estableció siguiendo los criterios establecidos en la CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima versión.

¹⁵ En este caso se utilizó el Test AUDIT, de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, de la OMS.

A partir de la encuesta nacional sobre el consumo en población general de 2008, se puede ahondar en ciertos datos: de ella surge que los varones suelen presentar mayores porcentajes de consumo que las mujeres, con excepción de los tranquilizantes sin prescripción médica. Además, que los valores de consumo más importantes de todas las sustancias se presentan entre los 18 y los 34 años; y también que, mientras que en las siguientes franjas etarias el consumo de “drogas ilícitas” (estupefacientes) el descenso es marcado, no lo es tanto en el caso del tabaco, alcohol y productos farmacéuticos sin prescripción médica.

Por otra parte, se puede apreciar que mientras que el consumo de tabaco y alcohol se distribuye de forma homogénea en todo el país, sin importar la envergadura de las localidades, el de drogas ilícitas se concentra en el conjunto que forman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (GBA)¹⁶ y en aquellas localidades de mayor población. En el mismo trabajo se indica que, en la mayoría de los casos, se califica el consumo de drogas ilícitas como “ocasional” o “experimental”, mientras que en un tercio o menos, según la sustancia, se establece como de consumo “frecuente” (SEDRONAR-OAD, 2008a).

En otros estudios del OAD se afirma que las “drogas ilegales” (estupefacientes) se encuentran asociadas en mucha menor medida a las muertes atribuidas al consumo de sustancias psicoactivas que al tabaco y al alcohol. En uno de ellos se afirma que en 2008 de “las 47.615 muertes atribuibles al consumo de drogas, corresponden un 83,12% (39.579) al tabaco, un 16,72% (7.959) al alcohol y un 0,16% (77) a las drogas ilegales” (SEDRONAR-OAD, 2008b: 10).¹⁷

En este punto merece recordarse que las conductas relacionadas con el alcohol y el tabaco se encuentran reguladas mediante legislación de carácter administrativo, principalmente, la cual tuvo desarrollo en años recientes.

Si bien la Ley 24.788, de Lucha contra el Alcoholismo, fue sancionada en 1997, su reglamentación se terminó de concretar en 2009 a través de los Decretos 149/09 y 688/09. Esta legislación prohíbe el expendio a menores de 18 años y el consumo en lugares públicos, sancionando su infracción con multas o clausura del local. También prohíbe los concursos de ingesta de alcohol y los sanciona con prisión de 6 meses a 2 años, además de la clausura del local y previendo agravantes en caso de lesión o muerte. Contiene además disposiciones sobre publicidad, tránsito e impone al sistema de salud desarrollar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación. Y crea el “Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol”, aunque este recién se implementó en 2010.¹⁸

Más reciente es la legislación relativa al tabaco. En 2011 se sancionó la Ley 26.687 y en 2013 su decreto reglamentario (602/13). En ella se prohíbe, con algunas excepciones, la “publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación”. También regula el empaquetado y composición de los productos, así como la venta –prohibida a menores de 18 años– y los lugares públicos donde se prohíbe fumar. Las infracciones a esta ley se sancionan con multas, decomiso y destrucción de los productos en violación o clausura del local.

2.2. Personas afectadas por la aplicación de la ley penal

La principal respuesta estatal desarrollada como consecuencia de la matriz señalada ha sido la penal. A partir de la Ley de Estupefacientes y la actuación de las agencias penales, desde la década de 1990 se ha ido incrementando este aspecto del fenómeno y los usuarios han sido el principal grupo afectado. También en este punto se vuelve a observar una ausencia de información específica, pero a partir de distintas fuentes hemos podido reconstruir en investigaciones anteriores muchos aspectos de lo que ha ocurrido hasta años recientes (Corda y Frisch, 2008; Corda, 2011 y 2012). A esa información se agregará otra, producida o disponible con posterioridad.

¹⁶ Esta es la denominación que se utiliza para referirse al cordón de localidades de la provincia de Buenos Aires que rodea la CABA.

¹⁷ Otro estudio específico sobre mortalidad asociada al consumo de drogas en 2004, 2005 y 2006 muestra que los decesos relacionados con las “drogas ilegales”, si bien con valores superiores, lo estaban por debajo del 1%, un índice menor al de las muertes asociadas al tabaco y al alcohol (SEDRONAR-OAD, 2010: 10).

¹⁸ Mediante Resolución 1170 del 1º de julio de 2010 del Ministerio de Salud de la Nación.

Los datos del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) de la Dirección Nacional de Política Criminal (DNPC) del Ministerio de Justicia de la Nación,¹⁹ –que posee información sistematizada desde 1999–, muestran que en la década de 2000 la cantidad de “hechos –presuntamente– delictuosos”²⁰ (HD) vinculados a la Ley 23.737 se duplicaron en todo el país. Mientras que entre 1999 y 2003 se registraron unos quince mil, a partir de 2004 la cifra comenzó a crecer, con alguna oscilación en 2007, hasta posicionarse en 2008 en más de treinta mil. La información surgida de la oficina de estadísticas del Ministerio Público Fiscal de la Nación (MPF) también muestra un aumento en las causas informadas por infracción a la Ley 23.737 en las fiscalías federales de todo el país entre 2000 y 2005; ese último año dejaron de intervenir en ciertos delitos las fiscalías federales de la provincia de Buenos Aires (PBA), como consecuencia de la reforma conocida como “defederalización” (sobre la que volveremos).²¹ Estas fuentes también permiten apreciar que el fenómeno de aplicación de la ley se desarrolló principalmente en dos distritos: la CABA y PBA.

En la información del SNIC se observa que, si bien hacia principios de la década de 2000 ambas jurisdicciones concentraban más del 80% de los HD, hubo cierto descenso en los años siguientes, aunque en ningún caso por debajo del 70%. Las estadísticas del MPF muestran que entre 2000 y 2005 las fiscalías federales correspondientes a estas jurisdicciones concentraban más del 70% del total de causas del país por este tipo de delito. Incluso, que la mayoría de ellas correspondían a la CABA, principalmente, y al cordón de la PBA que la rodea. Si se suman las causas que registraban las fiscalías federales de la CABA y las correspondientes a las cámaras de apelaciones del territorio de la PBA que la rodea (San Martín y La Plata), puede decirse que oscilaban entre el 60% y el 70% del total de las causas del país por este tipo de delito. La concentración en estos dos distritos justifica una mayor atención sobre ellos.

También se advierte en los datos producidos por el SNIC que, a partir de 2005, comenzó a incrementarse en la PBA la cantidad de HD hasta ser este el principal distrito donde se aplicaba esta ley, inclusive superando a la CABA, que encabezaba la lista hasta ese entonces. Este comportamiento parece estar vinculado a la asunción por parte de las agencias penales de la PBA de la persecución de determinados delitos de la Ley 23.737 (comercio en pequeñas cantidades y distintas conductas de consumidores) conocida como “defederalización”.²² Desde el inicio de esta reforma, los HD por este tipo de delitos se triplicaron: en 2004 se registraban alrededor de cinco mil y en 2008 llegaban a quince mil. En la información del MPF este fenómeno se registra en la disminución de causas en las fiscalías federales de esa provincia a partir de 2006.

¹⁹ Los datos correspondientes al año 2008 tanto sobre “hechos delictuosos” (de SNIC) como de personas privadas de la libertad (del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena [SNEEP]) están disponibles en: <http://www.jus.gov.ar/areas-tematicas/estadisticas-en-materia-de-criminalidad.aspx>; (consulta, agosto de 2013). La información de los años anteriores fue extraída de la página del Ministerio, cuando se encontraba disponible, para el trabajo “Introducción a un análisis de la aplicación de la Ley de Drogas N° 23.737 en Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos entre los años 1996 y 2007” (Corda y Frisch, 2008).

²⁰ En el “Informe Anual de Estadísticas Policiales. Año 1999” se especificó sobre esta categoría: “Las estadísticas policiales son el conjunto de las informaciones que nacen de las registraciones de los hechos presuntamente delictuosos por parte de las instituciones policiales –Policía Federal Argentina y policías provinciales– en la Argentina. Dentro del rubro de las estadísticas policiales, el SNIC incluye también las estadísticas de otras dos fuerzas de seguridad nacionales: la Gendarmería Nacional y la Prefectura Naval Argentina. Las instituciones policiales y fuerzas de seguridad en la Argentina pueden tomar conocimiento de la realización de una conducta que presuntamente coincide con la tipificada como delito por parte de la ley penal por dos mecanismos: como consecuencia de la actividad de prevención del delito (la vigilancia en sus diversas formas) o como consecuencia de la denuncia realizada por un ciudadano que da lugar a la actividad de investigación del delito” (DNPC, s./f.a).

²¹ La información utilizada en el trabajo *Sistemas desproporcionados* (Corda, 2012) correspondiente a los años 2000-2009 se extrajo de la página del MPF (www.mpf.gov.ar) del apartado “estadísticas”, en mayo de 2011. Luego esa información dejó de estar disponible.

²² La Ley 26.052/2005 permitió que la justicia de cada una de las provincias y la CABA asumieran la investigación de determinados delitos de la Ley 23.737 (tenencia simple y para consumo, y venta en menor escala, principalmente), originalmente atribuida a la justicia federal. La provincia de Buenos Aires, quien tuvo un rol activo en la sanción de esta ley, fue el primer distrito que se adhirió a esta posibilidad mediante la Ley provincial 13.392, que se hizo efectiva el 10 de diciembre de 2005.

En las restantes provincias, la aplicación de la ley aparece estar vinculada a otros grandes centros urbanos del país (Rosario, Córdoba, Mendoza) o a zonas de frontera vinculadas a rutas de tráfico (Salta, Jujuy, Misiones), pero siempre con valores muy inferiores a los de la CABA y la PBA. Sin perjuicio de lo señalado, cabe mencionar que en los últimos años la ciudad de Rosario ha sido motivo de atención por la ocurrencia de homicidios y hechos de violencia que se atribuyen a disputas territoriales por organizaciones dedicadas al tráfico de estupefacientes.²³ Por otra parte, en la provincia de Córdoba se implementó a fines de 2013 la reforma conocida como “desfederalización”, que habría producido un aumento del fenómeno de aplicación de la ley, según datos que más adelante se mostrarán.

La información del MPF permite una primera aproximación al tipo de delito por infracción a la Ley 23.737. Si bien existen gran cantidad de causas en las cuales no se especifica el delito (consideradas como “otros delitos contra la Ley 23.737”), y los rubros “tenencia simple” y “tenencia para consumo personal” no se vuelcan a las estadísticas con un criterio uniforme en los distintos años y jurisdicciones, se puede extraer cierta información de utilidad.

Si se toman los datos de todo el país y se descartan los no especificados, se puede afirmar que **los delitos de tenencia de estupefacientes (simple y para consumo personal), en conjunto, alcanzaron entre dos tercios y tres cuartos de las causas por infracción a esta ley.** La cifra más baja se registra en 2002 (66,1%) y la mayor en 2008 (77,46%). En ese año las causas por tenencia para consumo fueron el 43,35% y las de tenencias simples el 34,11%. El porcentaje restante corresponde a distintos delitos de tráfico de estupefacientes. Según una nota periodística, en 2011, si bien las causas por ambas tenencias seguían siendo la mayoría (61,19%), habían mejorado en relación con las causas por tráfico, respecto de años anteriores (*Clarín*, 2012a).

También, en la información del MPF se aprecia que en la CABA los delitos de tenencia simple y para consumo personal suelen superar el 90% de las causas, mientras que en las fiscalías de las jurisdicciones correspondientes al cordón de la PBA que la rodea resulta menor: en las cámaras de San Martín y La Plata, hasta 2005 y 2006, oscilan entre un 40 y un 80% en el primer caso, y de un 50 a un 60% en el segundo.

Y en las jurisdicciones donde se encuentran las restantes principales ciudades del país ambos tipos de tenencias concentran entre el 70% y el 90% de las causas por la Ley de Estupefacientes. En las fiscalías federales correspondientes a la Cámara Federal de Rosario estas comprenden entre el 70 a 85%, en las correspondientes a la Cámara Federal de Córdoba, entre el 75 y el 90% y en las de la Cámara Federal de Mendoza, entre el 70 y el 90%.

Por otra parte, en dos jurisdicciones ubicadas en la frontera norte del país se advierte que los delitos de tenencia tienen una menor representación: en las fiscalías federales correspondientes a la Cámara Federal de Salta suponen un 30 a 60% de las causas y en la Cámara Federal de Posadas entre el 40 y el 90%, según el año.

Más allá de esta primera aproximación general en todo el país, que muestra cómo la aplicación de la ley penal tuvo su mayor expresión en la persecución de las tenencias (de usuarios en su mayoría), los datos disponibles sobre lo ocurrido en los dos principales distritos señalados (CABA y PBA) permiten ampliar y precisar algunos aspectos del fenómeno de aplicación de la Ley 23.737.

2.2.1 La Ley 23.737 en la CABA y la PBA: los usuarios como principales destinatarios

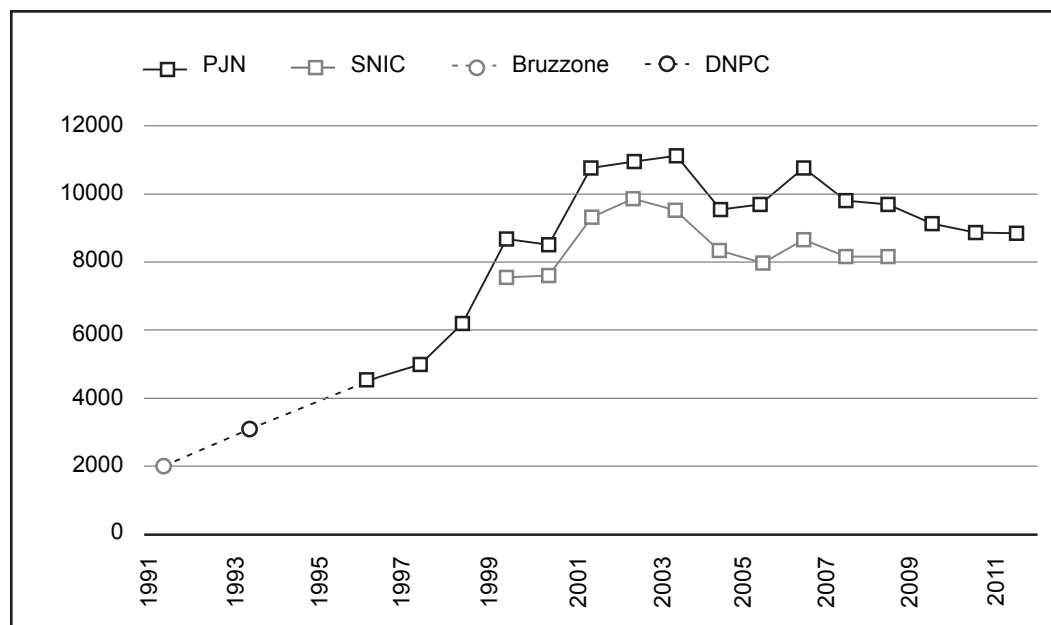
La información estadística producida por el Poder Judicial de la Nación (PJM) permite confirmar las tendencias del SNIC en la CABA.²⁴ Si bien los valores son mayores, debido a los distintos re-

²³ En el documental multimedia “Calles perdidas. El avance del narcotráfico en la ciudad de Rosario”, de la Universidad Nacional de Rosario, se puede tener un panorama de la situación. Disponible en: <http://www.documedia.com.ar/callesperdidas/> (consulta, agosto de 2013).

²⁴ La información del PJM correspondiente a 2002 a 2011 se encuentra disponible en <http://www.pjn.gov.ar/>, Interés General/Estadísticas (consulta, julio de 2013). La anterior se extrajo de las publicaciones realizadas por la Oficina de Estadísticas de ese organismo.

cursos utilizados,²⁵ dibujan las mismas tendencias y permiten obtener información anterior que indica que la actividad de aplicación de la Ley de Estupefacientes habría crecido en la década de 1990, mientras que en la siguiente se mantuvo alrededor de las diez mil causas, con oscilaciones. Si a esta fuente le sumamos otros estudios o relevamientos puntuales (Bruzzone, 1994: 1.773-1.783; DNPC, s./f.b: 121-128 y s./f.c: 120-137),^{26, 27} que brindan información de principios de la década de 1990, se puede advertir que, al menos en esta jurisdicción, el fenómeno de aplicación de la ley creció principalmente durante ese tiempo. El Gráfico 5 esboza el fenómeno de aplicación de la ley en la CABA desde 1991 a 2011 según esta variedad de fuentes.

Gráfico 5. Causas o HD por la Ley 23.737 en la CABA, entre 1991 y 2001



Fuente: P.J.N, S.N.I.C, D.N.P.C.,²⁸ Bruzzone (1994).²⁹

De los trabajos mencionados, aparte de brindar información sobre la magnitud de la respuesta penal vinculada a los estupefacientes en la ciudad de Buenos Aires, se puede extraer información de los expedientes judiciales que permite afirmar que la mayoría de ellos fueron iniciados por conductas de consumidores que se encontraban en espacios públicos de forma no conflictiva. De 292 causas analizadas por la DNPC en 1996 se concluyó que el 70,1% de las imputaciones se consideraron tenencia de estupefacientes para consumo personal (Art. 14, 2º párrafo de la Ley 23.737), el 23,9% se tipificó como tenencia simple de estupefacientes (Art. 14, 1º párrafo de la Ley 23.737) y solo un 4,7% se entendió como delitos de tráfico de estupefacientes (con o sin agravantes).

²⁵ El SNIC registra los hechos que llegan a conocimiento de las fuerzas de seguridad que luego darán inicio a causas en los juzgados. Pero, en ocasiones, el conocimiento de los hechos se recibe en las mismas agencias judiciales (juzgados, fiscalías). Por ello, el número de causas es mayor al registrado por las fuerzas de seguridad.

²⁶ En 1994 se realizó en las fiscalías del Fuero Federal Penal de la CABA un nuevo relevamiento, en este caso sobre 1.624 causas por infracción a la Ley 23.737, y se ratificó lo observado en 1991. La cantidad de imputados era de 2.254, lo que arroja una tasa de 1,387. Los porcentajes de hombres y mujeres eran 92,55% y 6,17%, respectivamente. El 70,03% lo conformaban personas de hasta 30 años de edad, con un promedio de 24 años. Las incautaciones menores a 5 gramos de marihuana alcanzaban al 85,43% y las de cocaína el 93,13%. Esta información fue suministrada en agosto de 2008 por Iris Adriana Rodríguez, quien entonces se desempeñaba como prosecretaria administrativa en la Fiscalía de Cámara, y se encuentra mencionada en el texto de Bruzzone (1994: nota 11).

²⁷ Los datos correspondientes a la DNPC fueron extraídos de informes de pasantía realizados por la Lic. María V. Pita para la Maestría de Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, quien los facilitó a los autores.

²⁸ En el relevamiento realizado correspondiente a 1993 se mencionaba que habían ingresado 3.115 causas por infracción a la Ley 23.737. En el del año 1996 se informa que en el primer semestre habían ingresado la cantidad de 2.488, cifra que proyectada en el año llegaría a 4.976. Esta última es superior a la que brinda el P.J.N para 1996 (4.645).

²⁹ En este trabajo se analizaron las causas ingresadas en un trimestre de 1991, que sumaban 486. Proyectando esa cifra se calculó que en el año alcanzaron las 1.944.

También a partir de estos datos se puede construir un perfil de imputado: varón, joven, argentino, soltero, sin antecedentes penales ni encarcelamientos, detenido en la vía pública, con menos de 5 grs. de cocaína o marihuana, que no estaba cometiendo otro delito, ni tenía armas (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de los imputados por delitos de estupefacientes según diferentes estudios sobre la década de 1990

Perfil	Datos según estudio y año		
	Bruzzone (1991)	DNPC (1993)	DNPC (1996)
Varón	92,03%	89%	92,8%
Joven (edad en años)	48,27% (20-30)	-	35,7% (21-30)
	26,36% (hasta 20)		30,7% (18-20)
	Promedio 23		13,5% (11-17)
Argentino	-	-	88%
Soltero	-	-	73,3%
Sin antecedentes penales	-	86%	94,02%
Sin encarcelamientos anteriores	-	-	97,08%
Detenido en la vía pública	-	88%	86%
Con menos de 5 gr	83% marihuana	-	87%
	80,08% cocaína		
No estaba cometiendo otro delito	-	85%	97,3%
No tenía armas	-	93%	90,8%

Fuentes: Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena y Servicio Penitenciario Federal.

La Subsecretaría Técnica de Planeamiento y Control del Narcotráfico de la SEDRONAR también efectuó un relevamiento de causas por infracción a la Ley 23.737 en la CABA en 2006, una prueba piloto cuyos resultados nunca fueron publicados.³⁰ En ese trabajo se recolectó información general correspondiente a causas de 1997 a 2001 y en una segunda etapa se analizaron con mayor profundidad 194 causas del 2000.

De sus resultados se confirma el crecimiento de causas por infracción a la Ley 23.737 entre 1997 y 2001, aunque con valores distintos de los señalados en los otros estudios: se consignan 3.469 causas en 1997, 5.546 en 1999 y 7.341 en 2001. Además, si bien no se discrimina por tipo de delito, el análisis de causas de 2000 arroja algunos datos similares a los consignados en las investigaciones citadas. En efecto, de 283 imputaciones analizadas, casi todas (96%) lo eran por cocaína o marihuana (56% marihuana, 30% clorhidrato de cocaína y 10% ambas), aunque no se aclaran cantidades. Y las personas imputadas eran varones (86%) de entre 18 y 34 años (64%) y de nacionalidad argentina (82%).

De las investigaciones mencionadas surge que casi la totalidad, alrededor del 90%, de las causas iniciadas por infracción a la Ley de Estupefacientes fueron efectuadas por las fuerzas de seguridad.

Una serie de relevamientos realizados en años recientes por la Fiscalía Penal Federal N° 6 de la CABA, a cargo del fiscal Federico Delgado,³¹ permiten confirmar el protagonismo de las fuerzas de seguridad en estos delitos y en particular con las tenencias para consumo personal. **En los dos turnos policiales de 2011 se consignó que alrededor del 73 a 74% de las causas por infracción a la Ley 23.737 iniciadas por las fuerzas de seguridad eran por el delito de tenencia de estupefacientes para consumo personal**, aunque en el primer turno del año siguiente ese porcentaje se redujo al 57%. En el turno policial de la primera quincena de abril de 2011 se iniciaron 566 causas, de las cuales 430 (75,9%) fueron por infracción a la Ley 23.737 y, dentro de estas, 313 (72,7%), por

³⁰ Los resultados del relevamiento "Análisis de Causas Judiciales por Infracción a la Ley 23.737. Prueba piloto" fueron facilitados por personal de esa subsecretaría.

³¹ Los datos de la "Estadísticas de causas por infracción a la ley 23.737 de los años 2011 y 2012", material inédito, fueron facilitados por el propio fiscal a través de la secretaria de la Fiscalía, María Laura Roteta, a quienes se agradece su colaboración. Algunos de los valores nominales se calcularon a través de sus porcentajes.

tenencia de estupefacientes para consumo personal. En el siguiente turno policial (primera quincena de octubre de 2011) se iniciaron 430 causas, de las cuales 311 (72,3%) fueron por infracción a la Ley 23.737 y, dentro de estas, 232 (74,6%) por tenencia de estupefacientes para consumo personal, 5 (1,6%) por tenencia simple, 60 (19,2%) por delitos de tráfico (Art. 5° “c”) y 14 (4,5%) en otras categorías no especificadas. Al año siguiente, en el turno de la segunda quincena de febrero, de las 253 causas iniciadas, 174 (68,7%) fueron por infracción a la Ley de Estupefacientes y, dentro de estas, 99 (56,8%) por tenencia para consumo personal, 7 (4%) por tenencia simple, 66 (37,9%) por delitos de tráfico (Art. 5° “c”) y 2 (1,1%) por otras categorías no especificadas.

En la PBA, tal como lo mostraban los datos del SNIC, a partir de 2005, cuando comenzó a operar la reforma conocida como “desfederalización”, se produjo un incremento de la actividad de aplicación de la Ley 23.737. Este incremento también se refleja en la cantidad de causas (investigaciones penales preparatorias [IPP]) iniciadas por los fiscales de la PBA. Mientras que en 2006 no alcanzaban a 14.000, desde 2009 superaban las 30.000, con un pico en 2011 con 40.482 (Comité contra la Tortura, s./f.: 226; Procuración General de la Provincia de Buenos Aires [PGPBA], s/f).³² Incluso, de la información de la PGPBA se confirma que la mayor actividad de aplicación de la ley se concentra en los departamentos judiciales de la PBA que integran el GBA o zonas cercanas.³³

También en este caso los principales destinatarios, en principio, fueron los usuarios de estupefacientes. Así lo informaba desde su inicio la PGPBA, al señalar que de las 1.724 causas judiciales iniciadas luego de la reforma, entre el 11 de diciembre de 2005 y el 29 de enero de 2006, el 84% correspondía a casos de tenencia para consumo o tenencia simple, en tanto solo el 16% restante estaba vinculado a actividades de comercio (*Página/12*, 2006).

Información estadística posterior permite confirmar los datos del MPF que señalaban que, si bien en la PBA los delitos de tenencia representaban el primer grupo, lo eran en una medida menor que en la CABA. En el primer año de vigencia de la “desfederalización”, 2006, las IPP iniciadas por delitos de tenencia representaban más del 60% de las causas por infracción a la Ley 23.737 en la provincia; más de un 50% por tenencia para consumo y menos de un 10% por tenencia simple. Los delitos de tenencia con fines de comercialización conformaban cerca del 40% restante.

En los años siguientes, a partir del trabajo realizado por la PGPBA, se estaría modificando esa tendencia. Los delitos de tenencia con fines de comercialización pasaron a representar el principal grupo, superando el 56% de las IPP iniciadas por infracción a la Ley 23.737. Al mismo tiempo, los delitos de tenencia disminuyeron a menos del 43%, aunque la relación entre ellos no varió demasiado. Los datos de 2008 indican que las tenencias para consumo representan un 36% de las IPP mientras que los delitos de tenencia simple no llega a un 7%.

En la provincia de Córdoba, donde se implementó la “desfederalización” a fines de 2012, parece producirse un fenómeno similar. En los primeros seis meses de aplicación de la reforma se ficharon 1.245 personas, sin embargo se informó que los detenidos por delitos de venta (minorista) fueron 69 (*La voz del Interior*, 2013a y 2013b). De esta información se puede estimar que los 1.176 casos restantes (94%), si no todos, gran parte de ellos, serían fichajes de tenencias para consumo personal. Una de las fuentes periodísticas describe dichos fichajes de la siguiente forma: “entre los detenidos figuran aquellos que fueron sorprendidos con pocas cantidades de estupefacientes en controles previos a los allanamientos. Una vez fichados, las nuevas fiscalías antidrogas deben decidir si los procesan por supuesta venta de estupefacientes al menudeo o si los dejan en libertad al considerar que se trata de tenencia para consumo personal” (*La Voz del Interior*, 2013b).

2.2.2. Análisis de los resultados de la aplicación de la ley

Pese a la información señalada, la mayoría de los usuarios de estupefacientes no terminan en las cárceles. Es cierto que, por distintas circunstancias, algunos de ellos van a prisión, y también pueden pasar por la cárcel quienes cultivan cannabis para su propio consumo (sobre los que nos

³² Los datos correspondientes a 2006 a 2008 fueron extraídos de Comité contra la Tortura (2010); los de 2009 en adelante de PGPBA (s./f.).

³³ Según la información correspondiente al año 2012 en estos departamentos se registraron la mayor cantidad de IPP por infracción a la Ley 23.737: San Martín, 5.625; Lomas de Zamora, 5.333; San Isidro, 4.991; Morón, 3.225; La Matanza, 2.357; Quilmes, 2.137; La Plata, 1.777. Estos distritos suman 25.445 IPP, es decir el 79,24% del total de las IPP de la PBA (32.109).

detendremos más adelante), pero no puede decirse que sea la mayoría. Incluso en las fuentes correspondientes a la CABA citadas en párrafos anteriores se puede advertir que la mayoría de las causas por infracción a la Ley 23.737 se terminan cerrando por distintos criterios. El relevamiento realizado en 2012 por la Fiscalía Federal N° 6 señalaba que el 87% de las causas por tenencia para consumo personal terminaron en sobreseimiento, aunque quedaba un 13% en el que se hacía avanzar el proceso por considerarse que la tenencia había trascendido a terceras personas.

El relevamiento inédito efectuado por la SEDRONAR sobre la CABA también mostraba que, aunque sin discriminar por tipo de delito, gran cantidad de causas terminaban cerrándose: allí se señalaba que, entre 1997 y 2001, un promedio del 60% de ellas culminaron en sobreseimiento y en los dos últimos años de ese período, dicho promedio ascendió al 70%. Incluso en el análisis de 283 imputaciones, de las cuales el 77% (218) terminaron con sobreseimientos, se comprobó que el principal argumento para adoptar esta resolución era que la conducta atribuida no afectaba a la salud pública ni a terceros. Esta información permite pensar que gran cantidad de las causas por infracción a la Ley 23.737 analizadas eran tenencias para consumo personal, aunque no se puede precisar su medida exacta.

Pero, sin perjuicio del resultado judicial que tengan los expedientes iniciados a los usuarios de estupefacientes, el hecho de entrar en contacto con las agencias del sistema penal, ya sea durante el tiempo breve de detención en sede policial o por tener un proceso penal abierto, puede impactar sobre ellos de múltiples formas. En otro estudio hemos reflejado cómo los usuarios suelen ser objeto de abusos por partes de las fuerzas de seguridad o sufren distintas consecuencias durante el más o menos breve tiempo de su detención. Por otra parte, al existir un proceso penal abierto, más allá de cómo termine, implica un estigma que suele entorpecer o impedir el ejercicio de otros derechos, como el obtener un trabajo o documentación (Corda, 2012).

En este sentido, hemos sostenido que existe una tensión entre las prácticas de las agencias policiales y de las agencias de justicia. Mientras que las primeras parecen tener un rol protagónico y proactivo a la hora de fijar la magnitud y características del fenómeno de aplicación de la ley, las segundas han avalado o puesto coto a la actividad policial cerrando las causas de los usuarios. Si bien en la década de 1990 la jurisprudencia se encontraba dividida, o con mayor inclinación hacia la persecución, en años recientes la tendencia ha sido no criminalizar las tenencias para consumo personal, aunque no de forma uniforme y dependiendo de la jurisdicción. Esta última modalidad se acentuó luego del fallo “Arriola”, dictado por la CSJN en 2009, en el cual se declaró inconstitucional el artículo que reprime la tenencia para consumo personal en tanto esa conducta “se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros”. Pese a lo señalado, aún quedan zonas grises, como aquellas tenencias que se considera que afectan a terceras personas, y las prácticas de las agencias policiales no parecen haber cambiado demasiado ya que el texto de la ley aún se encuentra vigente (Corda, 2010).

Tampoco se puede dejar de mencionar en este recorrido la situación de las personas que cultivan cannabis para su propio consumo, un fenómeno que viene creciendo acompañado por un importante movimiento colectivo.³⁴ En la redacción original de la ley, el cultivo de cannabis, aun destinado al consumo, estaba considerado un delito de tráfico con pena de 4 a 15 años de prisión. Luego, la reforma del año 1995 lo equiparó a la tenencia para consumo personal, tanto en sus penas (de 1 mes a 2 años de prisión) como en la posibilidad de desviar el proceso hacia las medidas de seguridad (curativa o educativa). También en este caso la opinión de los jueces se encuentra dividida: algunos lo tratan de la misma forma que la tenencia para consumo personal y cierran las causas (*Diario Judicial*, 2013a; *Infojus Noticias*, 2013), pero en otros casos se sigue adelante con el proceso y en ocasiones se suele interpretar la conducta como un delito de tráfico. Así, además de las consecuencias ya señaladas, propias del contacto con las agencias del sistema penal, se suele sumar el hecho de permanecer en prisión algún tiempo que, si bien puede ser de unos días, en ocasiones suele prolongarse por meses; también se corre el riesgo de recibir una condena de 4 años de prisión o más. En un estudio anterior hemos puntualizado algunos casos que ilustran esta situación, a los que se pueden sumar otros de tiempos más cercanos (*Página/12*, 2013a; *El Tribuno*, 2012; *THC*, 2013).

Otro aspecto que merece mencionarse en este apartado, aunque más adelante se volverá sobre él, es el relativo a la aplicación de las medidas de seguridad (curativa y educativa) previstas en la Ley de Estupefacientes. Si bien sus defensores suelen señalar que ellas resultan una forma de no castigar a los usuarios, el hecho de desarrollarse dentro del aparataje de las agencias del sistema penal, no solo distorsiona el desarrollo del dispositivo (educativo o sanitario), sino que mantiene latente las consecuencias de tener un proceso penal abierto, incluida la posibilidad de imponer una pena de prisión.

Las fuentes señaladas en párrafos anteriores sobre datos de mediados de la década de 1990 en la CABA, muestran que solo alrededor del 3 a 4% de las causas terminaban con alguna de estas medidas, ya sea como forma de desviar el proceso o la pena, o junto con esta última. El relevamiento realizado por la SEDRONAR sobre causas de 2007 y 2009 en la misma jurisdicción, que no fue hecho público, indica que esta modalidad se habría reducido al 1,3% (La Nación, 2009a). Si bien estos valores parecen poco representativos, en realidad involucran a un significativo número de personas que fueron derivadas de manera compulsiva, o semicompulsiva, hacia estas “medidas de seguridad”. Según el informe, corresponden a 115 causas en las que se habría derivado a tratamiento a no menos de esa cantidad de personas.³⁵ A mediados de la década de 1990 se podrían estimar en 140 las causas, con al menos igual número de personas derivadas.³⁶

Además del relevamiento de la SEDRONAR no existe demasiada información sobre lo que ha ocurrido con la aplicación de estas “medidas de seguridad”. Sin embargo, dos antecedentes, si bien al parecer excepcionales, muestran que ese dispositivo permite, frente al fracaso del tratamiento, la posibilidad de que se imponga una condena de cumplimiento efectivo.

Uno de ellos fue el caso de una mujer que había sido condenada en la provincia de Mendoza a la pena de 6 meses de prisión, condena que se dejó supeditada a la realización de una medida de seguridad curativa. Cuando el tiempo pasó y la mujer no realizó el tratamiento, los jueces consideraron que la falta de cumplimiento debía sancionarse con la aplicación efectiva de la pena. Tal decisión se adoptó a pesar de que en la región de la Argentina donde residía la mujer no existían organismos públicos para realizarlo; esta circunstancia se menciona en el voto en disidencia (*La Ley*, 1998: 667). Así se resolvió, aun cuando la persona podía recibir una condena de prisión condicional (*sursis*).³⁷ El mismo tribunal días después reiteró este criterio, aunque luego fue revocado por la Cámara Nacional de Casación Penal (“B., M. J.”, Sala I, Rta. 20/5/99).

Otro ejemplo de la primacía de la respuesta penal respecto de las políticas estatales, propia de la matriz señalada, y que repercute en varios sentidos sobre los usuarios de estupefacientes, se puede encontrar en la diferencia entre los costos gubernamentales directos destinados a la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. Esta circunstancia ha sido señalada en un trabajo anterior, a partir de una investigación sobre costos realizada por la SEDRONAR. Según esos datos, en 2008 se destinaron 1.871 millones de pesos para la reducción de la oferta, al margen de los costos de las fuerzas de seguridad nacionales, en tanto que para programas de reducción de la demanda se imputaron solo 70 millones de pesos. Y si a estos últimos se sumaran los costos de la atención de la salud se alcanzaría la cifra de 406 millones de pesos, que sigue siendo bastante inferior a la primera. Expresado en otros términos, y solamente considerando los costos señalados, el primer objetivo representaba el 82% y el segundo solo el 18% (Corda, 2012).

Incluso, en ese mismo trabajo, cruzando la información sobre costos con los datos disponibles sobre aplicación de la ley pudimos afirmar que el dinero que se destina a perseguir las tenencias para consumo personal equivale al costo del resto de esas otras respuestas (prevención, tratamiento, rehabilitación y costos de salud). A partir de esto se puede sostener que **dejar de perseguir consumidores mediante el sistema penal permitiría duplicar los costos de las respuestas**

³⁵ En la nota se menciona que se habría derivado a 321 personas, pero en una entrevista mantenida por los autores de este trabajo con la persona que dirigió la investigación, esta puso en duda que esa cifra correspondiera a las personas derivadas a alguna de las medidas, o si eran de todos los imputados en las 115 causas; el dato no pudo ser corroborado posteriormente.

³⁶ Según las estadísticas del PJN, en 1996 hubo en la CABA 4.645 causas por infracción a la Ley 23.737.

³⁷ La condena condicional (*sursis*) suspende la aplicación de la pena durante un tiempo a condición de que no se cometa un nuevo delito.

estatales no represivas que se podrían desarrollar en torno de ellos, sin contar otros costos (institucionales, sociales y humanos) más difíciles de calcular.

Pero la matriz prohibicionista-abstencionista no solo produjo el desarrollo de la respuesta penal, también delineó las políticas no represivas respecto de los usuarios de estupefacientes, a veces con peores consecuencias que las atribuibles al uso de estupefacientes.

2.3. El modelo “abstencionista”: el uso inyectable de estupefacientes y el VIH

La matriz “prohibicionista-abstencionista” dominante condicionó también la tardía respuesta estatal para disminuir la transmisión del VIH entre las personas que usaban drogas inyectables, quienes tuvieron que crear maneras autogestionadas para reducir el impacto de la morbilidad y la mortalidad que sufrió esta población en la década de 1980 y la siguiente.

“Cuando *pintó* el sida hubo muchos que no le *dieron bola*, así están también. Hubo muchos que abrimos los ojos y dijimos: ‘no, pará, ¿vos lo viste cómo se murió aquel?’ Sí, bueno entonces ¡hay que abrir los ojos o nos vamos a matar todos juntos! Y esto pasó más o menos en el ‘89, ‘90 porque antes no se sabía nada. No había información de ningún tipo de clase. Tuvimos que enterarnos porque se murió un amigo de sida, no porque nos pasaron un panfleto como hacemos ahora que nos peleamos todos para pasar un panfleto o para repartir un preservativo. Todos nos *copamos* en esa, ahora. Pero en el ‘90 qué había, nada. Nadie sabía de lo que era compartir una jeringa, de lo que era, te puedo decir mil cosas, ni un *forro*, ni para qué servía (varón, 33 años)” (Rossi y Rangugni, 2004: 176).

El uso inyectable de cocaína estuvo más difundido en Brasil, Uruguay y la Argentina que en otros países de América del Sur, asociándose así al patrón de consumo de los países centrales en los que el uso inyectable de heroína ha sido muy prevalente (Ralón y otros, 2012). Sin embargo, en todos estos países se sabía muy poco del uso inyectable antes de la aparición del VIH a principios de la década de 1980 (Magis Rodríguez, Marques y Touzé, 2002).

En la Argentina, el uso de drogas inyectables fue estudiado entre las personas que estaban en centros de tratamiento por uso de estupefacientes, aunque también se produjo información de usuarios encontrados en su contexto de vida y de uso de drogas. Ha sido descrito como una práctica fundamentalmente masculina, con una prevalencia similar en los diferentes estudios de alrededor del 80% de varones y el 20% de mujeres (Kornblit y otros, 1997). La mayoría de los estudios sobre población de usuarios de sustancias psicoactivas se han realizado en las ciudades de Buenos Aires, Rosario y sus conurbanos, por lo que falta información de muchas ciudades de la Argentina (Touzé y otros, 2008).

Entre 1998 y 1999, Intercambios Asociación Civil realizó un estudio financiado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA). Fue una aproximación exploratoria que aportó al conocimiento de la historia del uso inyectable en la CABA y el GBA, y a la caracterización de las prácticas sexuales y de uso inyectable de sesenta personas que vivían en ese ámbito geográfico. Tomando en consideración los resultados obtenidos, se diseñó un programa piloto de intervención en reducción de daños en acuerdo con la comunidad en la que habitaba la red de UDIs contactada, lo que dio origen al primer programa argentino de distribución de jeringas, preservativos e información preventiva para UDIs (Touzé y otros, 1999). Las entrevistas a informantes clave consultados para este estudio permitieron conocer que el uso de cocaína se había incrementado en la CABA y en el conurbano en la década de 1990. Aunque durante la anterior el uso de la cocaína era más frecuente en los sectores medios y altos, después de 1986 empezó a llegar a los lugares más pobres. En 1989 bajó el precio de esta sustancia, se incrementó el número de puntos de venta y su calidad variaba mucho según el lugar (Touzé y otros, 1999).³⁸

³⁸ Cabe acotar que ese año se caracterizó por un proceso hiperinflacionario que afectó la continuidad del primer gobierno democrático que sucedió a la dictadura cívico-militar de 1976-1983 y obligó a su presidente, Raúl Alfonsín, a entregar el mando anticipadamente a su sucesor, Carlos Menem, quien implementaría una gran cantidad de medidas neoliberales que incluyeron privatizaciones de muchos de los servicios prioritarios del país. Fue también el año en que se sancionó la Ley de Estupefacientes 23.737 y se creó la SEDRONAR.

“(…) después *fue, pintó* la cocaína, y lo peor de todo fue la democracia. En el período entre Alfonsín y Menem. Todo esto pasó en los ‘90. ¿No? Y se notó, yo creo que se fue notando cada vez peor a nivel drogas, porque en los ‘90, aparte de que nos regalaban la cocaína, la pusieron a precio, a precio dólar, bajo, increíblemente el precio. No te digo que se consumía menos *merca* antes de eso, pero era menos la gente que accedía a ese tipo de drogas. O tenías que tener poder económico o tenías que ser *chorro* o traficante o *transa* o algo viste que te dé plata. Y es feo. Porque cayó más bajo de lo que era tomado por el perfil del usuario. Antes se veía como perfil del usuario y era, bueno, una pobre persona. Ahora el usuario, como lo asocia la gente, es delincuente y es capaz de hacer cualquier cosa (...). Para nosotros, como decimos, delincuente es el que roba, mata o viola y no el que se fuma un *porro*. Y bueno, a esto que te decía yo, para mí esto es un plan. No solo pasó con los usuarios, pasó con el trabajador, pasó con todo, mientras nosotros laburábamos y hacíamos otras cosa, otros se dedicaban a planear como robarnos. Como saquear todo. Ya se repartieron los botines. No te estoy diciendo nada que no se sepa (operador comunitario)” (Rossi y Rangugni, 2004: 204).

Los entrevistados coincidieron mayoritariamente en que a principios de la década de 1990, los usuarios de drogas comunicaban su práctica inyectable en los ámbitos sanitarios, sin ocultarla. Este fue uno de los principales cambios de esos años, ya que **la asociación prejuiciosa que se difundió con la expansión del sida sumaba a la caracterización de los usuarios de estupefacientes de “delincentes-enfermos”, la atribución de “transmitir la muerte”, estigma que alcanzó también a las redes sociales de esas personas.** Esta manera de percibir a los UDIs se reforzó con la matriz “prohibicionista-abstencionista” prevalente en las políticas públicas argentinas de la década. El diseño de las campañas preventivas de la época continuaba fundándose en el temor a la muerte, retrasando así la posibilidad de plantear una intervención de salud pública que alcanzara a estas personas particularmente afectadas por esa superposición de estigmas y por la falta de acceso oportuno a la asistencia.

Durante esos años, además, comenzaron a gestarse las primeras campañas publicitarias del Ministerio de Salud destinadas a prevenir la transmisión del VIH. El entonces ministro Avelino Porto intentó difundir el uso y la distribución de preservativos para evitar la transmisión del VIH pero encontró la oposición de la Iglesia Católica argentina, que en diferentes declaraciones periodísticas de la época se pronunció rechazando la iniciativa con argumentos tales como que fomentaría el “desorden sexual entre los adolescentes” o que parecía “una invitación a las relaciones homosexuales” (*Página/12*, 1991). Es decir, **la matriz “prohibicionista-abstencionista” también se expresaba en torno de las políticas referidas a la sexualidad humana, aun en el contexto de una pandemia como la del VIH-sida, que estaba diezmando a la población joven y para la que se contaba con una herramienta destinada a evitar la transmisión del virus, como es el preservativo.**

Alberto Lestelle, responsable de la Secretaría de la SEDRONAR a principios del gobierno de Menem, e impulsor de la vigente Ley de Estupefacientes 23.737, propagó la campaña “Sol sin drogas” que tomaba su nombre de una intervención de la policía bonaerense durante el período de vacaciones de verano en la costa de la PBA que se denominaba “Operativo Sol”. Este funcionario, durante la década del mayor impacto de la epidemia de sida en personas que usaban drogas, opinaba que: “Hay países donde se entregan a los adictos jeringas descartables `para prevenir el contagio'. Se han alzado voces en la Argentina reclamando de las autoridades idéntica actitud. Y esas mismas voces han protestado frente a nuestra negativa. Nosotros nos oponemos porque estamos convencidos de que entregarles jeringas a los jóvenes enfermos equivale lisa y llanamente a decirles: `mátense ustedes si quieren. No nos importa, mientras no maten a los demás'” (Touzé, 2006: 72).

A principio de la década ocupó el Ministerio de Salud Julio César Aráoz, acompañado por Alfredo Miróli en la gestión gubernamental, y entre 1996 y 1998 estuvo a cargo de la SEDRONAR. Desde allí impulsó, en 1997, la campaña de prevención (abstencionista) titulada “Drogas, ¿para que?”, que contaba con los personajes de caricatura Fleco y Male como emblema (*La Nación Revista*, 2000). En uno de los videos, Fleco está con un grupo de adolescentes, entre los que hay uno que propone compartir un cigarrillo de cannabis, y le plantea: “¿para que te fumás un porro?... ¿(para estar) de onda?, ¿con quién?, ¿conmigo o con los narcos? Así que yo me fumo un porro,

menos neuronas para mí y más guita para ellos. ¡Salí!, ¿gil yo?”. En otro video aparece el mismo Aráoz recibiendo en su despacho a las caricaturas de Fleco y Male, quienes le comentan que un compañero está consumiendo estupefacientes (cannabis y cocaína). Y Aráoz contesta que “ese chico está enfermo” para luego agregar “desde el momento en que se droga ya perdió la voluntad y la libertad. Tenemos que plantearnos hacer entre todos una sociedad libre de drogas”.

Los ejemplos citados ilustran la perspectiva “prohibicionista-abstencionista” que el gobierno argentino sostuvo durante una década en la que se incrementó la morbilidad y la mortalidad, especialmente de los UDIs, que también en ese período sumaron a los estigmas que ya portaban, el estigma de transmitir el VIH.

Los profesionales de la salud entrevistados en 1998 para el estudio de Intercambios Asociación Civil antes citado, mencionaban tres supuestos diferentes acerca de la menor afluencia de personas que se inyectaban drogas a los servicios de atención: consideraban que los UDIs hablaban menos de su práctica que antes, porque se sentían discriminados; inferían que había menor difusión de la práctica inyectable, a raíz del gran número de UDIs con resultado positivo para el VIH y de los que ya habían muerto de sida; pensaban que la confianza en la eficacia de los nuevos tratamientos para el VIH (que en 1996 comenzaban a difundirse) hacía que los UDIs no sintieran urgencia en acercarse a los servicios asistenciales, ya que percibían que la medicación iba a ser igual de efectiva aunque llegaran tardíamente al tratamiento.

En ese mismo estudio, las entrevistas realizadas a personas que habían consumido drogas por vía inyectable durante los diez y veinte años anteriores permitieron reconstruir una aproximación a la historia del uso inyectable: se constató que antes de que se usaran las jeringas descartables se utilizaban las de vidrio, que podían ser compartidas entre diez personas o más; que en 1985 el VIH no se conocía entre los UDIs y recién en 1987 se sabía algo más en algunos sectores con mayor acceso a la información, pero continuó habiendo muy poca difusión referida a las enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis y el VIH en los ámbitos socialmente más excluidos (Touzé y otros, 1999).

“Antes el que se inyectaba estaba visto como el cabecilla... el tipo bien... el duro, no, ese se *pica*, es un *capo*, se las *banca* todas... Ahora, hoy por hoy está visto como el más disminuido: ‘pobre, está *hecho bolsa*, es por *picarse*’. Y se lo aparta (operador sanitario)” (Rossi y Rangugni, 2004: 203).

El uso compartido de materiales de inyección, asociado con la transmisión del VIH, caracterizó la epidemia argentina durante la década de 1990. A pesar de esta situación, la SEDRONAR no generó estudios específicos sobre vías de consumo que permitieran informar tanto la política pública respecto de estas sustancias como la referida a la prevención de infecciones de transmisión sexual y sanguínea. Recién a fines de la década, el Ministerio de Salud estimó el número de personas que usaban drogas inyectables y también el número de ellos que vivían con VIH/sida. Basándose en un estudio de la SEDRONAR de 1999, aplicado a una muestra probabilística de 2.699 personas entre 16 y 64 años de todo el país, se recogió información sobre el tipo de sustancias consumidas y las vías de consumo, de lo cual surgió que la prevalencia general del consumo de cocaína era mayor entre los varones. Respecto de la forma de consumo, el 9,6% de los usuarios de cocaína de ambos sexos la utilizaba de forma inyectable. A partir de estos datos, y considerando la población de 15 a 49 años por sexo, se obtuvieron las siguientes estimaciones: había 49.993 hombres y 14.565 mujeres usuarios de cocaína inyectable en todo el país.

Por otra parte, en 1998 se estimó el número de UDIs viviendo con VIH/sida a partir de la información recogida por el Programa Lusida del Ministerio de Salud, procedente de la Vigilancia Centinela, y de otros estudios realizados en esos años (Procupet, 2001). Como resultado de ese procedimiento se calculó un número mínimo (12.137) y un número máximo (34.538) de UDIs viviendo con VIH, tanto hombres como mujeres. Esta fue la única estimación nacional que se realizó hasta la fecha en uno de los países de la región latinoamericana más afectados por la transmisión del VIH en personas que usan drogas.

El análisis comparativo de veintidós estudios de seroprevalencia del VIH en UDIs realizados en la Argentina entre 1987 y 1999, aunque fueron efectuados en diferentes poblaciones y con metodologías distintas, mostró que más del 95% de los UDIs estudiados se inyectaba cocaína y que en esa población había una tasa de infección de VIH que oscilaba entre un 27% y un 80%. En la

investigación aludida se encontró una mayor prevalencia de VIH entre los que habían realizado los exámenes por demanda en consultorios externos de hospitales, lo que se interpretó como un posible sesgo de autoselección del sujeto por previa exposición al riesgo. Las tasas de prevalencia de infección con el VIH y los virus de las hepatitis infecciosas fueron elevadas entre los UDIs, con una alta proporción de coinfectados (Sosa Estani, Rossi y Weissenbacher, 2003).

En el 2000 se realizó el primer estudio de seroprevalencia con UDIs no institucionalizados del GBA (Rossi y Rangugni, 2004: 62). Se hicieron exámenes de VIH y otros virus en 174 UDIs, 35 parejas sexuales y 21 hijos. Se indagaron, además, datos acerca de prácticas sexuales y de uso de sustancias psicoactivas en dicha población. Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron los siguientes:

- La cocaína fue la sustancia psicoactiva más elegida para el uso inyectable (94%), aunque también se mencionó la sal de anfetaminas, la ketamina, la morfina, las bebidas alcohólicas y, en menor proporción, la codeína.
- El 83% había intentado dejar de usar sustancias psicoactivas alguna vez en su vida.
- Los usuarios entrevistados que se habían inyectado drogas anteriormente pero no tenían una práctica reciente en ese sentido, se refirieron a los que se “pican” como alguien muy distante, como “otro”, extrañándose de la experiencia, aun habiendo desarrollado todos ellos esa práctica alguna vez en la vida. Este tipo de percepciones se interpretaron como el rastro de la fuerte estigmatización de la práctica y dieron una explicación a la dificultad de identificar sujetos que reconocieran abiertamente un uso inyectable de drogas.
- El 44,3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54,6% a la hepatitis C y el 42,5% a la hepatitis B. De la población estudiada solo el 37% no tenía ninguna infección, pero el 63% tenía uno o más virus. De las personas infectadas, un 21% tenía una sola infección, el 26% tenía 2 virus, el 35% tenía 3 virus, y el 18% tenía 4 virus simultáneamente.
- Un 37% dijo que nunca usó preservativos. Entre los motivos aducidos para esto, el más significativo era el sentimiento de seguridad respecto del compañero/a de prácticas sexuales.
- Hubo una relación estadísticamente significativa entre el uso compartido de jeringas y el resultado positivo al VIH.
- En esa población, el hábito de compartir jeringas entre quienes se inyectaban se encontraba en retroceso, y era menos frecuente entre los usuarios más nuevos.
- El 82% tenía amigos o familiares muertos por sida, lo que incidía también en la percepción de gravedad de la enfermedad que tenían los entrevistados. Muchos de los UDIs más antiguos sobrevivieron a un numeroso grupo de amigos y familiares con quienes compartieron el consumo inyectable.

Se analizaron los datos de sucesivos estudios realizados entre 1998 y 2004 por Intercambios Asociación Civil con usuarios de cocaína por diferentes vías (Ralón y otros, 2012: 229), en general personas que habían desarrollado sus prácticas inyectables en las décadas de 1980 y 1990. **Encontramos una clara relación entre haber tenido experiencias de encarcelamiento y tener resultado positivo al VIH.** Un 40% de los que habían hecho uso inyectable de drogas alguna vez (n=417) habían tenido experiencias de encarcelamiento.

Los datos antes consignados muestran indicios de la intensidad de la expansión de la epidemia del sida entre las personas que usaban drogas inyectables y también que las prácticas de cuidado llegaron principalmente por la información que circulaba en la redes de usuarios mucho antes de que los equipos de salud pública lograran acercarse a esa población.

Sin embargo, fue también a fines de la década de 1990, y acompañando el impacto de la mortalidad por sida entre las personas que usaban drogas inyectables, cuando se expandieron planteos que cuestionaban la matriz dominante. Ejemplo de ello es el enfoque de la reducción de daños, cuyo principio fundamental es que “los servicios deben atender a las personas que usan drogas ‘donde estén’, en vez de requerir que cumplan con una cantidad de requisitos complicados, cambios de comportamiento o abandono del consumo antes de obtener la ayuda” (Rossi y Goltzman, 2012: 9).

Las políticas públicas dirigidas a los usuarios de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas desarrolladas con el enfoque de reducción de daños comenzaron a lograr consenso gubernamental recién en 2000. Ese año el Programa Nacional de Sida y la SEDRONAR generaron

documentos conjuntos que reconocían la necesidad de su implementación. La SEDRONAR dictó la Resolución 351, que recomendaba al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas y/o medidas en la perspectiva de reducción de daños. Asimismo, desde 2003 se presentaron diversos proyectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación que integraban esa perspectiva (Touzé, 2006). Sin embargo, no se han desarrollado planes y programas de alcance nacional, sistematizados y abarcadores de la población que usa estupefacientes y otras sustancias psicoactivas, quedando las acciones principalmente a cargo de ONGs, universidades y algunas acciones en los ámbitos locales, municipales, principalmente con financiamiento internacional (Rossi y Goltzman, 2012).

Del camino recorrido se advierte que la matriz señalada produjo que las respuestas estatales de prevención se desarrollaran con el enfoque “prohibicionista-abstencionista”. Así, los mensajes preventivos se concentraban en que aquellos que nunca habían consumido no empezaran a hacerlo y los que ya lo habían hecho, o lo seguían haciendo, abandonaran esa práctica. Todo ello, incluso, bajo la amenaza de ser alcanzados por la ley penal.

Esa misma orientación hacia la abstención primó hasta tal punto que impidió que se pensara en la posibilidad de desarrollar respuestas estatales que contemplaran la idea de trabajar sobre las consecuencias negativas de los usos. O dicho en otros términos, que se pensara en desarrollar respuestas para aquellos usuarios que no querían o no podían dejar de usar estupefacientes en el marco de una pandemia que afectó principalmente a los UDIs y sus redes sociales.

Esa falta de respuestas tuvo consecuencias fatales para muchos UDIs, sus familiares y amigos en la Argentina en la década de 1990. Así, la propia matriz “prohibicionista-abstencionista” quedó atrapada por sus postulados y contradujo su declarado objetivo de proteger la “salud de la humanidad”.

2.4. La atención por uso de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas

La matriz “prohibicionista-abstencionista” también condicionó las respuestas en materia de asistencia de los usuarios de estupefacientes para que se desarrollaran en sintonía con la aplicación de las medidas de seguridad de la ley penal, circunstancia que impactó en su relación con los equipos de salud.

Pero para comprender el tipo de medidas asistenciales destinadas a la atención por uso de estupefacientes en la Argentina, es necesario caracterizar brevemente el sector salud. Este ámbito está conformado por tres subsectores que mantienen múltiples relaciones entre sí: el privado (que incluye a las empresas de medicina prepaga) destinado a quienes tienen la capacidad de pago de las prestaciones; el de obras sociales, que cubre la atención de los trabajadores (cada obra social se estructura según la rama de actividad en la que se desempeñen sus beneficiarios); y el público, destinado a la atención de quienes no se incluyan en las categorías anteriores. El subsector público, asimismo, se organiza en distintos ámbitos: nacional, provincial y municipal. Como el sistema es federal, las políticas provinciales tienen autonomía con respecto al nivel ejecutivo nacional. Dada la complejidad del sistema de salud pueden identificarse diferentes circuitos asistenciales, de acuerdo con la categoría ocupacional de los usuarios, su capacidad de pago y el lugar de residencia. Asimismo, existen muchas instituciones que ofrecen atención por uso de sustancias tanto en forma ambulatoria como residencial (por ejemplo, programas de “Doce Pasos”, como los de Narcóticos Anónimos, o casas o “granjas” ligadas a comunidades religiosas) que en general tienen poca relación con el sistema sanitario.

2.4.1. El campo de la salud mental en la atención por uso de estupefacientes

Como se mencionó anteriormente, con la sanción de la Ley 17.711, en 1968, la atención por el uso de estupefacientes se situó en el campo de la salud mental. En 1980, la Dirección Nacional de Salud Mental impulsó la transformación de los hospitales psiquiátricos en todo el país, pero solo en las provincias de Río Negro y San Luis se extendió la atención primaria de los problemas

de salud mental, y los hospitales psiquiátricos se transformaron en hospitales polivalentes.^{39,40} En el resto del país, las reformas tuvieron serias limitaciones, ya que los servicios públicos de salud no contaban con recursos alternativos, tenían bajos presupuestos y la atención de los consultorios externos no tenía como objetivo prioritario acompañar estos procesos (Alberdi, 2003). Pero se desarrollaron múltiples dispositivos alternativos: tratamientos basados en psicoterapias de tipo individual y grupal, hospitales de día y noche, casas de medio camino, etc., que ampliaron las estrategias terapéuticas en la atención ambulatoria. De manera que, como explica Pavarini (1994) respecto del sistema de salud mental en Italia, el secuestro institucional se mantuvo como respuesta extrema hacia aquellos cuya conducta no podía ser controlada por la red de servicios asistenciales y que por esta razón son definidos como “peligrosos”, conformando un sistema de disciplina social “por fuera de los muros”, destinada a mantener la lógica de control y contención propia de las prácticas asilares (Saraceno, 2003: 5).

En este sentido, las medidas de seguridad alternativas a la pena de la Ley 23.737 tendieron a reforzar el disciplinamiento de los usuarios de estupefacientes en el ámbito de la salud y resultaron contradictorias con los procesos de reformas en salud mental.

La matriz “prohibicionista-abstencionista” orientó la atención de la salud en dos planos: el de las estructuras (programas, instituciones y servicios sanitarios) y el de la relación que se estableció entre los usuarios y los equipos de salud. Al respecto, la creación de la SEDRONAR representó la cristalización en un organismo estatal de la política nacional de atención por uso de estupefacientes.

2.4.2. Políticas y programas de la SEDRONAR

Como se adelantó, la SEDRONAR fue creada en 1989 como un organismo dependiente de la Presidencia de la Nación; allí se transfirió el presupuesto y personal de la CONCONAD, que dependía del Ministerio de Salud y Acción Social. Aunque el pasaje era atribuido a la “necesidad de organizar en forma definitiva una Secretaría que asista al Presidente de la Nación en la programación y coordinación de la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Decreto 271/89), también significaba un cambio en la concepción de las políticas de asistencia: desde un enfoque sanitario y social hacia la consideración de que la asistencia sanitaria estaba inseparablemente ligada a la persecución del narcotráfico, concepción que era congruente con los lineamientos de la Ley de Estupefacientes 23.737. Dada las diferencias entre los sistemas de atención en las distintas provincias, el presente análisis se centra en la políticas implementadas por la SEDRONAR teniendo en cuenta, además, su rol en la coordinación de las políticas de drogas provinciales.

Recién dos años después de su creación, mediante el Decreto 649/91 se definió la estructura organizativa de la SEDRONAR, que se conformó con las subsecretarías de Planeamiento, de Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia. En los objetivos de esta última se puede observar claramente el vínculo planteado entre el campo de la salud y de lucha contra el narcotráfico: “1. Diseñar, promover y apoyar el desarrollo de planes y programas de carácter nacional referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, con la cooperación pública y privada. 2. Coordinar las actividades y programas de prevención, asistencia, investigación, docencia y formación de recursos humanos a nivel nacional, provincial y municipal, identificando modelos y metodologías de avanzada para los procesos

³⁹ En Río Negro, en 1991, se sancionó la Ley 2.440 por la que se prohibió la habilitación de nuevos manicomios (se había transformado el único hospital psiquiátrico de la provincia en un hospital general). En San Luis, en 1993, el hospital psiquiátrico se transformó en un hospital escuela y, en 2006 se sancionó la Ley de Desinstitucionalización, que prohibió la institucionalización de personas con discapacidades mentales.

⁴⁰ Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en 2008 había aproximadamente 25.000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos argentinos. El 80% pasaba allí más de un año y el 75% de los internados en el sistema de salud público se hallaba en instituciones de 1.000 camas o más. La mayoría de los hospitales psiquiátricos estaban sobrepoblados y muchas de las personas que estaban internadas en ellos sufrían condiciones insalubres de alojamiento, abusos físicos y sexuales, violencia institucional y privación en celdas de aislamiento. También, recibían tratamientos inadecuados y contaban con pocos programas de rehabilitación (CELS-MDRI, 2008).

de intervención social en esta materia. 3. Asesorar a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal respecto de las acciones que corresponda emprender para efectuar un adecuado cumplimiento de la normativa vigente en lo referente a las medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas” (Decreto 649/91, Anexo II).

Estos objetivos parecían priorizar las funciones de coordinación de las políticas vinculadas a estas sustancias y de asesoramiento a los distintos organismos gubernamentales, lo que puede comprenderse dada la complejidad del problema de los estupefacientes como del sistema sanitario. Como puede advertirse, los puntos 1 y 2 delimitaron un área de incumbencia para la Secretaría que se superponía con la del Ministerio de Salud. En cambio, el punto 3 se refiere a un área de especificidad: el asesoramiento de las autoridades nacionales, provinciales y municipales sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad previstas en la Ley 23.737. Este objetivo orientó la actuación de la Secretaría en el campo de la atención por uso de esas sustancias.

■ El “Programa de Subsidios para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales” fue diseñado e implementado por la SEDRONAR en 1992, “considerando que la demanda de tratamiento de pacientes drogadependientes excede actualmente las posibilidades de atención por parte de los organismos gubernamentales, por lo que corresponde tomar en cuenta los medios de que disponen los organismos no gubernamentales en procura de nivelar la oferta de prestaciones” (Resolución SEDRONAR 41/92).

El programa tenía alcance nacional y consistía en el subsidio a personas de bajos recursos económicos y sin cobertura de obra social para que efectuaran tratamiento en ONGs.⁴¹ Cabe señalar que hasta la creación del programa, el tratamiento de internación por uso de sustancias psicoactivas en el subsector público de la CABA y de la PBA se efectuaba en los hospitales psiquiátricos y en el CENARESO. Por lo tanto, el Programa de Subsidios ampliaba la oferta de servicios de internación, no solo en términos cuantitativos sino también en relación al tipo de dispositivo que se implementaba, dado que muchas de las ONG contratadas por la SEDRONAR trabajaban con el dispositivo de comunidad terapéutica. Pero por otra parte, el Programa de Subsidios representaba una estructura diseñada *por fuera* del sistema de salud, que introducía nuevos actores y lógicas de atención a un ya altamente fragmentado sistema sanitario.⁴²

■ La intervención de la SEDRONAR en la regulación de la atención por uso de estupefacientes tiene como antecedente la Ley 24.455, de 1995, que estableció que las obras sociales debían incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura de los tratamientos por VIH-sida y “la cobertura para tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”, así como la “cobertura para los programas de prevención del sida y la drogadicción” (Art. 1º).

Aunque esta disposición garantizó derechos para los que hasta entonces solo podían encontrar asistencia en el sistema público de salud, no incluyó políticas de reducción de daños y, además, cuando en el artículo 2 hizo especial referencia a la aplicación de la medida de seguridad curativa de la Ley 23.737, fomentó el alcance de la matriz prohibicionista-abstencionista: “Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento”. De este modo se consolidaba la competencia de un actor externo al sistema de salud –la justicia penal– en la admisión, tratamiento y alta de los usuarios, aun en los subsectores privado y de obras sociales.

⁴¹ El programa seguía los lineamientos del proceso de reforma del Estado, que tenía entre sus ejes principales la focalización de la asistencia y la tercerización de los servicios públicos. Se sostenía que se alcanzaba una mayor eficiencia si las organizaciones de la sociedad civil proveían los servicios públicos mientras que el Estado se ocupaba del financiamiento, regulación y control de las prestaciones (Banco Mundial, 1993).

⁴² La estructura se replicó en la PBA, donde se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de Adicciones, que dependía directamente de la Gobernación. Además de disponer la internación en alguna ONG y en un centro propio, conformó una extendida red de centros de asistencia ambulatorios denominados Centros de Prevención y Asistencia de Adicciones (CPA).

La reglamentación de la Ley 24.455 contempló la necesidad de la articulación del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de la SEDRONAR en el diseño de políticas sanitarias destinadas a la atención de los usuarios: “el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de las áreas que disponga, elaborará programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el Art. 1 de la Ley 24.455 tomando en cuenta para el programa de drogadicción a la Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación” (Decreto Reglamentario 580/95, Art. 3).

La fiscalización de las obras sociales y prepagas en el cumplimiento de los programas asistenciales quedó a cargo de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, que debía disponer las condiciones de acreditación y categorización de los prestadores (Decreto reglamentario 580/95, Art. 4). Pero la SEDRONAR también se incluyó en la normatización de la atención por uso de sustancias psicoactivas. En 1995, en conjunto con el Ministerio de Salud y Acción Social, se elaboraron las “Normas mínimas de habilitación de establecimientos preventivos asistenciales en drogadependencia” (Resolución Conjunta 160-3/95). Como se desprende la lectura de los considerandos de la resolución, la normas se basaron en un documento elaborado “a iniciativa de la SEDRONAR” conjuntamente con autoridades sanitarias nacionales y provinciales, con la intención de asegurar el cumplimiento de la medida de seguridad curativa: “en base a ese documento resulta necesario dictar normas mínimas de habilitación que hagan posible el adecuado funcionamiento de los establecimientos donde funcionen dichos servicios que pasarán a integrar la lista actualizable mensualmente prevista en el Art. 19 de la Ley 23.737”.

Las normas reforzaban la atención de los usuarios de drogas en el campo de la salud mental, ya que se establecía que los establecimientos preventivo-asistenciales debían contar con un médico psiquiatra en carácter de director técnico (debía definir la “estrategia asistencial”) y un médico o psicólogo como director del programa psicológico asistencial (a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa) (Art. 2). Estas normas parecían estar especialmente dirigidas a la regulación de las comunidades terapéuticas que formaban parte del Programa de Subsidios de la SEDRONAR, ya que muchas de ellas estaban conformadas por operadores socioterapéuticos, con poca inclusión de profesionales “tradicionales” (psiquiatras, médicos o psicólogos) (Gregori, 2005).

Un aspecto importante de la regulación consistió en la atención de los aspectos biológicos de la salud de los usuarios: se exigió que los residentes se efectuaran un examen médico al ingresar a la institución y que lo reiteraran en forma periódica; también, que los establecimientos presentaran el programa terapéutico ante la Secretaría de Salud y la SEDRONAR; que firmaran un convenio escrito con un servicio de emergencias y con un centro sanitario, y que cumplieran con las normas de bioseguridad en relación con enfermedades infectocontagiosas (especialmente hepatitis B y VIH). Asimismo, se estableció la obligatoriedad de confeccionar distintos registros (historias clínicas, libro de ingresos y egresos, libro de guardia, fichas epidemiológicas) que podían ser utilizados como insumos en los procesos de auditoría.

■ La regulación de la calidad de las prestaciones tuvo origen en el Decreto 623 de 1996, que encomendó a la SEDRONAR “la elaboración del Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas” (Art. 2). El Decreto preveía la conformación de grupos de trabajo interministeriales para la elaboración del Plan (Art. 3) y la creación de un Consejo Federal de carácter permanente, coordinado por la SEDRONAR (Art. 5). Una vez constituido el Consejo, la SEDRONAR debía proponer “el tratamiento de medidas que posibiliten la coordinación inmediata de políticas nacionales y provinciales en prevención de la drogadicción, lucha contra el narcotráfico y cooperación internacional” (Art. 6). También se encomendaba a la SEDRONAR “conjuntamente con los Ministerios y Secretarías con competencia en el tema y con los gobiernos de provincia, los planes y programas que posibiliten aplicar las medidas de seguridad curativa y educativa y el tratamiento establecido en la Ley 23.737” (Art. 13). Como puede advertirse, **el control de la oferta y demanda de estupefacientes formaban parte de una misma estrategia de acción fundada en la ley penal.**

En ese mismo año, la “Estrategia Antidrogas en el Hemisferio”, elaborada por la CICAD-OEA en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones (celebrado en Buenos Aires, con la organización

de la SEDRONAR), reafirmó el enfoque que consideraba al uso de estupefacientes como una amenaza a la salud pública y al usuario de esas sustancias como base social del narcotráfico. En el punto 3 del documento se advirtió que las drogas ilícitas y las sustancias controladas “así como los delitos conexos (...) constituyen una seria amenaza para la salud e integridad de la persona humana y para el normal desarrollo de los pueblos, al tiempo que imponen enormes costos sociales, económicos y políticos a los Estados”. Se explicó, en el punto 12, que “la demanda sigue siendo una poderosa fuerza que impulsa la producción y el tráfico de drogas” (CICAD, 1996).

Este enfoque orientó la revisión de las normas que regulaban la asistencia por uso de sustancias psicoactivas, impulsadas por la elaboración del “Programa Médico Obligatorio”, que contenía el conjunto de prestaciones mínimas que debían otorgar la totalidad de las obras sociales sindicales y establecía topes para los pagos a cargo de los beneficiarios (Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 247/96). Asimismo, la Ley 24.754 estableció la obligatoriedad de que las empresas de medicina prepaga cubrieran, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales.

A mediados de 1997, mediante la Resolución Conjunta 359-151/97 del Ministerio de Salud y Acción Social y la SEDRONAR, se creó un Subcomité de Trabajo para actualizar las normas mínimas de habilitación de los establecimientos preventivo-asistenciales en drogadependencia “a fin de proyectar su actualización y adecuación a la demanda potencial de la población beneficiaria de las obras sociales a los fines previstos en el Art. 1 y 2 de la Ley 24.455. A ese efecto realizará la evaluación y seguimiento permanente de la aplicación de las leyes 23.737 y 24.455” (Art. 2). El Subcomité “debía contemplar en sus propuestas las disposiciones del decreto 1339/96 que dispone que la SEDRONAR adoptará los principios y postulados programáticos de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio”. Cabe señalar que era previsible que la cobertura de los tratamientos por uso de sustancias se expandieran, dado que la Administración Nacional de Seguros de Salud mediante la resolución 709/97 había autorizado a las obras sociales a solicitar apoyo financiero para la cobertura de los tratamientos por VIH-sida y atención por uso de estupefacientes, en respuesta a los recursos de amparo colectivo presentados por numerosas ONGs debido a la insuficiencia del presupuesto del Programa Nacional de VIH-sida para brindar una cobertura adecuada (Bianco y otros, 1999). En relación con el tratamiento por uso de sustancias, la resolución estableció valores para distintas prestaciones: consulta y orientación, hospital de día y de noche, internación psiquiátrica para desintoxicación e internación en comunidades terapéuticas.

La SEDRONAR y el Ministerio de Salud y Acción Social elaboraron las “Normas de Categorización para aquellos Establecimientos que brindan Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia” (Resolución Conjunta 361-153/97) y el “Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción” (Resolución Conjunta 362-154/97). Se trataba de disposiciones complementarias entre sí: mientras que las Normas de Categorización clasificaron a los centros asistenciales⁴³ en tres niveles (nivel 1: consultorios externos; nivel 2: hospital de día; nivel 3: establecimientos con capacidad de internación), el Programa definió distintas situaciones que significaban el ingreso, el pasaje o el egreso por cada uno de ellos.

Las resoluciones se basaban en la necesidad de: “definir las normas relacionadas con los componentes esenciales de la atención en orden a lo establecido en el Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las propuestas y pautas de la CICAD en los documentos ‘Algunos Puntos de Referencia para la puesta en Marcha de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio’ y ‘Estrategia Antidrogas en el Hemisferio’” (Resolución Conjunta 361-153/97).

El “Programa sobre Abuso de Sustancias” de la OMS, de 1994, proponía distintas normas de atención que podían ser calificadas por cada país como esenciales, recomendables o inadecuadas para la elaboración de estándares de calidad de los servicios de atención a usuarios (OMS, 1994). Entre las que resultan congruentes con los ejes contenidos en las resoluciones pueden mencionar-

⁴³ En relación con la resolución anterior, se cambió el nombre de “establecimiento” preventivo asistencial por el de “centro”. Entre las actividades que debían brindar, se mantuvieron de la norma anterior las de orientación, diagnóstico, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción social de las personas usuarias de sustancias psicoactivas y “cualquier otra medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico y social” (Art. 1, Resolución Conjunta 361-153/97).

se: la evaluación de la situación de los usuarios, la adecuación del tratamiento a esa evaluación, los aspectos físicos de los lugares de internación, el registro de la asistencia, la atención de las urgencias en los programas residenciales, la proporción entre cantidad de personal y población atendida, y la atención de las familias. Se consideró recomendable la asistencia psiquiátrica, jurídica y social de los usuarios en todos los componentes del Programa Terapéutico, pero no fueron considerados otros ejes, como la accesibilidad a los servicios (cada institución podía definir si admitía a personas que presentaran comorbilidad psiquiátrica y/o VIH-sida⁴⁴ y de quienes fueran derivados por orden judicial⁴⁵) o normas de calidad relativas a los derechos de los usuarios.⁴⁶ En ese aspecto, solo se estableció que cada organismo asistencial debía elaborar un reglamento interno que explicitara los derechos y obligaciones de los pacientes (Resolución Conjunta 361-153/97, Art. 5, Inc. IV, punto 3). La omisión de normas relativas a este tema significaba que no se reconoció como esencial o aconsejable que los usuarios participaran en la gestión de los tratamientos o que tuvieran la posibilidad de denunciar tratos inadecuados. Puede deducirse que el grado de satisfacción de los usuarios con el tratamiento no parecía constituir un elemento fundamental de las auditorías.

Las normas de funcionamiento ampliaron los requisitos impuestos por la Resolución 3/95 para la habilitación de establecimientos asistenciales. Entre las nuevas obligaciones se pueden mencionar la obligatoriedad de presentar el programa terapéutico ante la Secretaría de Política y Regulación de Salud del Ministerio y SEDRONAR, expresando su fundamentación, objetivos, metodología a aplicar y tiempo estimado de duración.⁴⁷ Del mismo modo, se debía consignar la relación entre tipo de especialistas y cantidad de personas internadas.⁴⁸

El “Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción” establecía que el tratamiento ambulatorio debía dispensar atención médica y psicológica para los usuarios de drogas con “contención familiar y social”, “conciencia de enfermedad” y que pidieran “expresamente y sin intermediarios la atención especializada”. Pero además, debían tener la “capacidad de sostener tratamientos” con “responsabilidad” (Anexo 1, Parte B, Punto 1: Tratamiento ambulatorio).

La “conciencia de enfermedad” es un término utilizado generalmente por los especialistas para referirse al grado de aceptación del diagnóstico médico y, por lo tanto, constituye un indicador de salud mental. En el caso de los usuarios diagnosticados como dependientes, la conciencia de enfermedad indica que el sujeto admite que no puede controlar el consumo, que esa dificultad ha traído problemas significativos en su vida diaria y que requiere de la asistencia médica para lograr la abstinencia. Por el contrario, si sostiene que puede controlar o suprimir el consumo de sustancias cuando lo desee y rechazar la asistencia terapéutica, se considerará que presenta una resistencia al tratamiento o que tiene dificultades para percibir adecuadamente la realidad

⁴⁴ En los establecimientos con capacidad de internación se debían elaborar programas para la atención del VIH y respetar las normas de bioseguridad. Aunque la reducción de daños estaba contenida en las normas del Programa de la OMS, no se mencionó entre las prácticas terapéuticas aconsejables.

⁴⁵ En el Anexo II de la Resolución 361-153/97 se incluyó un formulario para el registro de las instituciones prestadoras, en el que la atención por VIH-sida y por derivación judicial aparecía como opcional.

⁴⁶ El Programa sobre Abuso de Sustancias de la OMS propuso como indicadores del respeto por los derechos de los usuarios en los servicios de atención por uso de drogas: la confidencialidad, la información sobre el contenido y riesgos del tratamiento, la posibilidad de mantener contacto con la familia, de decidir sobre la toma de exámenes de detección del VIH, la existencia de procedimientos de denuncia y la definición del tipo de situaciones en las que se ejercía la coerción física para detener a pacientes con capacidad legal para decidir (OMS, 1994).

⁴⁷ Otros requisitos consistieron en la habilitación municipal referida a edificación, seguridad y planeamiento urbano; título de propiedad o contrato de locación del inmueble en que funcionaba la institución y cumplir con distintos requisitos relativos a las características de la planta física, de los espacios libres y de los servicios complementarios de cada institución, de acuerdo con el nivel en que se inscribían. En caso de tratarse de una ONG, se solicitaba la memoria y balance, la declaración del asiento de la administración y sucursales, la nómina actualizada de autoridades y la contratación de un seguro amplio de responsabilidad civil por las prácticas médicas y paramédicas. También se incorporó un registro de seguimiento posterior al alta, con un mínimo de dos años, supervisado por el director del Área Asistencial.

⁴⁸ En módulos o unidades de 50 internos se debía contar con un psicólogo cada 10 personas internadas, con una carga horaria mínima de 16 horas semanales, y un médico cada 20, con una carga horaria mínima de 9 horas semanales. Por cada módulo o unidad debía designarse a un director técnico, un supervisor clínico, un administrativo contable, un encargado de mantenimiento y un responsable nocturno por cada 25 internos.

(Dabrowsky, Ferreyra Ferreira y Galante, 2004). Puede advertirse que la coacción penal para aceptar el tratamiento en el caso de los procesados por infracción a la Ley de Estupefacientes, volvió difícil la distinción entre conciencia de enfermedad y una actitud racional tendiente a evitar la sanción punitiva.

Aunque no existe acuerdo sobre qué consiste exactamente la contención, puede decirse que el término era generalmente utilizado para referirse a la posibilidad de control (basado fundamentalmente en los lazos afectivos) de las personas que se encontraban en el entorno más cercano, como familiares y amigos, sobre la conducta del sujeto, sobre todo para cumplir con las indicaciones terapéuticas (Dabrowsky, Ferreyra Ferreira y Galante, 2004).

La conciencia de enfermedad y la contención familiar eran los ejes que definían el ingreso, la derivación o el egreso a todos los dispositivos del Programa. De este modo, los centros de día se definían por su capacidad de contención diurna del usuario –por cuatro u ocho horas–, lo que suponía que los usuarios podían controlar su comportamiento por sí mismos o con la ayuda de familiares o amigos durante el resto del día. Por ese motivo, la no contención o la crisis familiar de quienes habían sido diagnosticados como drogadependientes era una situación que podía motivar el ingreso a un programa residencial o la internación. Entre los criterios para la inclusión se mencionaban: “crisis socioambiental o personal-familiar que impidan acceder a las modalidades ambulatorias”; “comportamientos que pongan en peligro al propio sujeto como a su grupo conviviente”; “personas cuyo consumo compulsivo impida sostener las otras modalidades que hayan tenido fracasos en sus anteriores intentos” (Resolución Conjunta 362-154/97, Anexo 1, punto 3).

Si bien el riesgo de que el usuario de estupefacientes pudiera causar un daño para sí mismo o para terceros era un criterio para indicar la internación, de acuerdo con el Art. 482 del Código Civil también se tomaba en cuenta el fracaso en otras modalidades de tratamiento o las dificultades del sujeto para sostenerlas. De esta manera, el programa residencial podía ser el primer dispositivo de asistencia o bien el último recurso luego de haber transitado por otros dispositivos.

Estas medidas introdujeron profesionales tradicionales (médicos, psicólogos, psiquiatras) en muchas comunidades terapéuticas incluidas en el Programas de Subsidios que estaban conformadas por operadores socioterapéuticos. Pero la atención por uso de estupefacientes no se reguló totalmente, ya que en el período de aplicación se expandieron distintas modalidades de asistencia (grupales e incluso residenciales) ligadas a comunidades religiosas. Aunque estas instituciones representan una forma de asistencia alternativa a los dispositivos sanitarios y estatales, más cercanas a la cultura y cotidianeidad de los usuarios, sobre todo de aquellos que viven en condiciones de pobreza (Castilla, Lorenzo y Epele, 2010), su escasa regulación ha sido objeto de debate en los últimos años, debido a que puede favorecer la exposición de los usuarios a situaciones de maltrato que ningún organismo estatal controla o supervisa (Galante y otros, 2012).

Cabe señalar que existieron pocos registros en relación con la cobertura de la atención por uso de sustancias psicoactivas. Aun así, un registro de la Memoria Anual de la SEDRONAR de 1998 permite analizar la vinculación entre ese organismo y el sistema judicial en la atención de los usuarios. En ella se informa que el Servicio de Orientación al Público y Asistencia Individual había atendido un total de 300 casos judiciales, de un total de 5.000 prestaciones anuales, conformadas en su mayoría por consultas particulares (SEDRONAR, 1999: 36). La demanda de tratamiento ambulatorio se había cubierto mediante la red metropolitana de atención al uso problemático de drogas, mientras que la internación se había realizado a través del programa de subsidios.⁴⁹ Entre los problemas a superar, se mencionó “la necesidad de contar con un número de instituciones que den respuestas a los casos llamados *duales* (es decir, tanto con patología de adicción como psiquiátrica) y en particular para mujeres duales, ya que su número ha aumentado considerablemente por demanda espontánea y especialmente por requerimiento del Poder Judicial. En relación a lo anterior, es de suma importancia poder conseguir el incremento de instituciones de *puertas cerradas* (o sea de fuerte contención) debido a que en el último año su número aumentó considerablemente por requerimiento del Poder Judicial” (SEDRONAR, 1999: 36).

Este registro sugiere que a fines de la década de 1990, la SEDRONAR tendía a derivar las consultas por atención ambulatoria hacia la red metropolitana de servicios, pero el Programa de Subsidios le permitía afrontar la demanda de internación. En este sentido, aunque la atención por

uso de sustancias se efectuara mayoritariamente en forma ambulatoria, el énfasis de las políticas de asistencia de la SEDRONAR en la oferta de dispositivos de internación reforzaba la lógica custodial en la atención de los usuarios.

El primer Censo Nacional de Centros de Tratamiento fue efectuado por la SEDRONAR en 2003. Se registraron un total de 886 centros de tratamiento en todo el país mediante la técnica de bola de nieve y de contactos institucionales. Cabe señalar que se incluyeron centros que trabajaban con la modalidad de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos. Los centros habían atendido una población de 195.187 personas en 2002 (SEDRONAR-OAD, 2004a). El primer Censo Nacional en Pacientes en Centros de Tratamientos, efectuado por la SEDRONAR también en 2003, mostró que el 43,1% se atendía en el subsector público y el 32,2% en el privado (cabe considerar que la categoría “otros”, en la que se incluyó a dispositivos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, representó el 23,7% restante y el 1% de no contestó; también, que no se distinguió a los efectores de obras sociales) (SEDRONAR-OAD, 2004b).

El segundo censo fue efectuado en 2008 por el OAD de la SEDRONAR y se relevaron un total de 592 centros. El 62,2% era financiado por el sector público, el 31,3% por el sector privado y el 6,5% poseía una condición mixta (no se consigna en el censo el financiamiento por parte de las obras sociales). Puede advertirse la importancia de los grupos de autoayuda, que se analizaron por separado en este censo: Alcohólicos Anónimos contaba con 890 grupos y Narcóticos Anónimos con 150 grupos en todo el país, aunque el 50% se concentraba en la CABA y el GBA. Además, la CABA y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Neuquén y Santa Fe contaban con mayor cantidad de centros de tratamiento (con el 11%, 29,2%, 5,6%, 5,7% y 5,4%, respectivamente). A excepción de Neuquén, esta concentración era congruente con la densidad de población de esas provincias. El 32,6% de los tratamientos se efectuaban en instituciones que trataban el problema dentro de un abordaje general de salud (hospitales generales, centros de salud mental, hogares, etc.) mientras que el 67,7% restante se cumplían en instituciones específicas (SEDRONAR-OAD, 2009).

En 2010 se efectuó el segundo Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento (SEDRONAR-OAD, 2011b). En el relevamiento se obtuvieron un total de 1.771 encuestas efectivas, que luego de la ponderación de la muestra resultarían representativas de 21.252 pacientes. El 38% de los pacientes expresaron que acudían al tratamiento motivados principalmente por el consumo de cocaína, el 20,5% por el de alcohol, el 10,5% por el de cannabis, y el 9,1%, iniciaron tratamiento por consumo de pasta base/paco. El 67,5 % se atendía en el subsector público, en tanto el 29,9% lo hacía en el sector privado y el 2% en instituciones de financiamiento mixto. En el Cuadro 2 se detalla la distribución según el tipo de tratamiento ofrecido.

Cuadro 2. Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Distribución según tipo de centro y tratamiento

Características del centro	Casos	Porcentaje
Hospital general	4.440	20,9
Hospital o clínica psiquiátrica	476	2,2
Centro especializado	9.095	42,8
Comunidad terapéutica	7.179	33,8
Otra	120	0,1
No sabe/no contesta	51	0,2
Total	21.252	100

Fuente: SEDRONAR-OAD (2011b).

Más de las tres cuartas partes de los pacientes se atendían en centros especializados y en comunidades terapéuticas, mientras que el 20,9% se trataban en hospitales generales. En el censo se aclara que los hospitales generales y los centros especializados donde los pacientes registrados recibían atención eran en su mayoría públicos, y en cambio las comunidades terapéuticas y los hospitales o clínicas psiquiátricas eran en su mayoría de carácter privado.

■ ABUSOS Y MALTRATOS EN CENTROS DE TRATAMIENTO

En algunos centros de tratamiento se han registrado distintas situaciones de abusos y maltratos a las personas atendidas. Uno de los más conocidos llegó a los medios de comunicación por la imputación de robo agravado que se les hizo a nueve jóvenes cuando se escaparon de una comunidad terapéutica ubicada en las afueras de Buenos Aires, en abril de 2005. Cinco de ellos eran menores y fueron trasladados a institutos; los restantes eran mayores y estuvieron dos meses detenidos junto a presos comunes. Algunos de los jóvenes habían llegado a la comunidad terapéutica derivados por un juez de menores de Tucumán –a 1.300 kilómetros de la ciudad de Buenos Aires– y otros habían sido llevados por sus familiares. En distintos relatos que los protagonistas hicieron posteriormente detallaron los variados maltratos físicos y psicológicos que habían sufrido durante su estadía en la comunidad terapéutica. Entre los primeros se pueden contar golpes, extenuantes ejercicios físicos, como correr y hacer flexiones con los brazos y las piernas durante un tiempo prolongado, arrastrarse por una zanja con excremento o recibir baldazos de agua helada; entre los maltratos psicológicos mencionaron insultos y humillaciones, el anuncio constante de que de ahí no se salía pese a que la permanencia era voluntaria, la reprobación del resto del grupo ante una falta, con insultos y escupitajos, el castigo inmediato ante la menor falta, la amenaza de represalias si contaban algo de lo que pasaba a las personas que los visitaban (THC, 2008). Los cuatro mayores tuvieron que esperar hasta junio de 2011 para que se los considerara inocentes del robo. Respecto de las autoridades del establecimiento, existe una causa por lesiones, pero hasta donde se pudo conocer sin condenas (*Página/12*, 2011; *Clarín*, 2011). Un aspecto polémico de algunos grupos religiosos dedicados a la atención por uso de drogas reside en la nula inclusión de profesionales con formación académica entre sus especialistas, tema que adquirió notoriedad pública en las provincias de Catamarca y Santa Fe en 2011 (*El Ancasti*, 2011; *El Diario de Paraná*, 2011).

Otra práctica frecuente que suscita la discusión es la participación de los usuarios en la venta de productos elaborados por ellos mismos en forma ambulante, como modo de financiamiento y, al decir de las instituciones, como práctica terapéutica. En el extremo, esta práctica puede tornarse una forma de maltrato, como lo denunciaron familiares y personas que se encontraban en una ONG con más de veinte sedes en todo el país. En una de ellas, ubicada en el norte del país, se obligaba a las personas que pretendían “salir de las adicciones” a ir por las calles para solicitar colaboración a cambio de un folleto; y dependiendo de la cantidad recaudada correspondía un tipo de comida u otro (*Nuevo Diario de Salta*, 2013).

También, en otra sede de la misma organización, ubicada en el centro del país, se registraron situaciones de falta de alimentación adecuada o de medicación, y donde el principal recurso utilizado era “la palabra de Dios” (*Puntal*, 2013). En 2012 se denunció en un centro de rehabilitación del GBA falta de alimentación y de atención médica, malos tratos e incomunicación con familiares y amigos. Según las autoridades, dicha institución no tenía habilitación, ya que sus instalaciones no cumplían con los estándares de seguridad (*Página/12*, 2012d; *La Nación*, 2012b).

Cabe señalar que los abusos y los malos tratos no son privativos de los centros de atención no gubernamentales que tienen poca relación con el sistema estatal. En el informe conocido como “Vidas Arrasadas”, se describió que, en 2004, en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20, ubicada en el predio del Hospital Borda, un hospital de salud mental dependiente del Gobierno de la CABA, unas 56 personas estaban internadas para recibir tratamiento por uso de drogas, pero el personal “admitió que la unidad no poseía los recursos humanos, ni los recursos económicos, ni los servicios de rehabilitación necesarios para tratar las adicciones”. Una situación similar se reiteró en las visitas del CELS en 2005 y en 2006 (MDRI-CELS, 2008: 89-90). En el mismo informe, el CELS señalaba que en la Unidad 20 se les negaba a los pacientes el tratamiento médico por VIH-sida, y que algunos de los internos habían denunciado haber sufrido situaciones de maltrato físico y sexual (MDRI-CELS, 2008: 72).

2.4.3. Los usuarios de estupefacientes y los equipos de salud: una relación difícil

La asociación entre el uso de estupefacientes y el delito parece haber formado parte de la construcción de representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de estupefacientes entre los es-

pecialistas que trabajaban en dispositivos de atención del problema. En un estudio desarrollado por Intercambios Asociación Civil entre 2005 y 2008,⁵⁰ muchos profesionales explicaron que la dependencia llevaba a los usuarios a obtener las sustancias de cualquier modo, aun prostituyéndose o delinquiendo, y hacían referencia a la “carrera adictiva”⁵¹ como un padecimiento creciente que podía culminar con la muerte. Estas representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de estupefacientes contribuyeron a legitimar un sistema de atención centrado en la internación de los usuarios, que podía efectuarse en forma compulsiva. Además, la representación social de los usuarios como personas incapaces limitó las posibilidades del desarrollo de programas asistenciales y preventivos que los incluyeran como sujetos de derechos (Galante y otros, 2006; Pawlowicz y otros, 2006).

En algunos servicios de asistencia (especialmente aquellos que trabajaban con terapias psicoanalíticas y en comunidades terapéuticas de “puertas abiertas”),⁵² la aplicación de la medida de seguridad curativa introdujo tensiones y contradicciones en su modelo de atención. Por ejemplo, muchos especialistas señalaron que la imposición del tratamiento era contradictoria con el principio de iniciar el proceso terapéutico a partir de la demanda del paciente (Galante y otros, 2006). Mientras que algunos de estos servicios resolvieron la cuestión rechazando el ingreso de los usuarios que estuvieran cumpliendo medidas de seguridad curativa, otros modificaron el proceso de admisión introduciendo un período de construcción de la demanda y de aceptación del tratamiento (Gregori, 2005; Chiosso, 2010).

En ese sentido, muchos profesionales explicaban que las personas con padecimientos mentales que consumían estupefacientes tenían mayores dificultades para acceder a los servicios de salud y terminaban siendo atendidas, por lo general, en hospitales psiquiátricos (Pawlowicz y otros, 2011; Galante y otros, 2011).

Las tensiones en los servicios se hicieron más profundas a partir de la crisis de 2001, debido a que se visibilizó el consumo de cocaína fumable (llamada popularmente “paco”, apócope de pasta base de cocaína [PBC]) entre los niños, niñas y adolescentes. La irrupción del consumo de PBC en la niñez se constituyó en un tema de agenda política, frecuentemente asociado a los problemas de inseguridad ciudadana y al delito, justificando el pedido de la baja de la edad de imputabilidad penal (Parajuá y otros, 2010). En el discurso mediático, el pedido de asistencia sanitaria se centró en la ampliación de la oferta de las instituciones de encierro (Galante, 2010).

Como problema sanitario, la expansión del consumo problemático de PBC entre los/as niños/as y adolescentes interpeló a los especialistas de distintos dispositivos de atención por uso de estupefacientes, que se sentían “desbordados” por el problema, porque consideraban que no estaba “preparados” para la atención de niños/as o adolescentes que usaban PBC, porque se encontraban desvinculados de sus redes familiares y comunitarias (Parajuá y otros, 2010). Las instituciones que formaban parte del Programa de Subsidios de la SEDRONAR enfrentaron los mismos cuestionamientos y optaron por rechazar la admisión de niños/as y adolescentes, o bien por modificar ciertas prácticas para poder asistirlos (Chiosso, 2010; González, 2010).

Ante esas dificultades, familiares de jóvenes usuarios de PBC (especialmente el grupo conocido como “Madres del Paco”) se organizaron para solicitar al Estado una mayor eficacia en el control de la oferta de estupefacientes en los barrios, así como una adecuada asistencia por uso de esas

⁵⁰ En esta sección se retoman los resultados (publicados en distintos trabajos que se mencionan a lo largo del texto) de un estudio descriptivo y cualitativo desarrollado por Intercambios Asociación Civil sobre los dispositivos de atención por uso de drogas, realizado entre 2005 y 2009, con el apoyo de la Federación Internacional de Universidades Católicas. En el estudio participaron 50 especialistas que trabajaban en distintos dispositivos de atención por uso de drogas en la CABA y el GBA.

⁵¹ Retomando la concepción psiquiátrica tradicional sobre los trastornos mentales como progresivos e incurables, la idea de la “carrera adictiva” supone que el uso de drogas comienza con sustancias tales como el tabaco, el alcohol o el cannabis, y sigue con el uso de cocaína, fumada primero e inyectable después. Esta concepción guarda relación con la idea de la “carrera delictiva” por la que los delincuentes van efectuando delitos cada vez más violentos.

⁵² Las comunidades terapéuticas se basan en la potencialidad del grupo de pares para promover el proceso terapéutico. Aunque la mayoría son de tipo residencial, son muy heterogéneas. Una de las diferencias radica en su grado de clausura: en las “cerradas” se limita el egreso de los usuarios hasta concluir el tratamiento (en condiciones similares a la hospitales y clínicas psiquiátricas), mientras que en las “abiertas” los usuarios pueden interrumpir el tratamiento y efectuar actividades fuera de la institución, con el acuerdo del equipo terapéutico.

sustancias (Epele, 2010a y 2010b). En congruencia con el modelo de atención dominante, muchos grupos centraron sus demandas en la expansión de los dispositivos de encierro, viendo a la justicia, tanto penal como civil, como facilitador del acceso a la atención sociosanitaria (Galante, 2010). Pero otros grupos señalaron que la criminalización de los usuarios constituía una barrera en el acceso a la salud y demandaron que se diseñaran políticas integrales de desarrollo dirigidas hacia los niños/as y adolescentes (Pawlowicz y otros, 2013).

El problema de la atención del consumo de PBC entre niños/as y adolescentes, si bien está menos extendido que el uso de otras sustancias,⁵³ visibilizó las limitaciones de un sistema de atención en el que los dispositivos preventivos y asistenciales de base territorial tienen escaso desarrollo.

⁵³ Según los datos del Quinto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años, realizado en 2010 por el Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, con la dirección del OAD, la prevalencia de año del consumo de cannabis entre los jóvenes de 16 a 24 años era del 8%, mientras que la de cocaína era del 1,6 % (CINEA-UNTREF, citado en SEDRONAR, 2011a).

CAPÍTULO 3

Cambios, propuestas y resistencia de la matriz “prohibicionista-abstencionista”

La matriz descrita no solo ha delineado las distintas respuestas estatales vinculadas a los estupefacientes, sino que ha tenido una directa incidencia en las historias de los usuarios alcanzados por ella. También ha operado ante distintas reformas o intentos de cambios que se han producido en los últimos años. A veces dificultándolas, otras impidiéndolas o, incluso, proponiendo alternativas que se presentan como novedosas pero que resultan más de lo mismo bajo otra vestimenta.

3.1. La Ley de Salud Mental y los intentos de cambio en la atención de los usuarios

En 2009, el debate generado por el fallo “Arriola” en torno de la necesidad de modificar las políticas de drogas impulsó la presentación del “Plan nacional de drogas 2010-2015” por parte del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, creado un año antes en el ámbito del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Este hecho había generado una contradicción en torno del “problema de las drogas” porque el Comité apoyaba la despenalización de la tenencia para consumo personal de estupefacientes y proponía que la atención por uso de drogas quedara únicamente bajo la incumbencia del Ministerio de Salud, mientras que la SEDRONAR mostraba una posición contraria.

En relación con la asistencia, el Comité presentó un proyecto de ley que garantizaba varios derechos de los usuarios en tratamiento, como a ser informados de su diagnóstico, a recibir un examen médico, a rechazar la atención y a recibir medicamentos adecuados. Por otra parte, el proyecto se centró en separar, institucionalmente, la gestión de las políticas de control de la oferta de drogas de las de la demanda; esto significaba, en los hechos, la redefinición de las competencias de la SEDRONAR. Según los medios gráficos, el Comité consideraba que “dados los abusos producidos en internación, la falta de control y la baja profesionalización del personal de muchas de las comunidades terapéuticas” era necesario profundizar el control de esas instituciones. El proyecto preveía que la coordinación interministerial quedara en el ámbito del Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (COFEDRO)⁵⁴, y la asistencia de los usuarios en la del Ministerio de Salud, especialmente en el CENARESO. El Plan preveía la creación de equipos interdisciplinarios en los hospitales públicos para la atención en crisis por el uso de drogas y la coordinación de la atención posterior, que no solo incluía a los servicios de salud, sino también a los de trabajo y desarrollo social (pasantías, microemprendimientos, etc.) (*Página/12*, 2009a, 2009b, 2009c; *Crítica de la Argentina*, 2009).

⁵⁴ La misión del COFEDRO era “consensuar las políticas públicas de carácter activo para la prevención de las conductas adictivas, la asistencia de las personas adictas y la lucha contra el narcotráfico, entre las diferentes jurisdicciones y la SEDRONAR, a fin de contribuir al abordaje integral de esta problemática, propender a la formulación, ejecución y evaluación de un Plan Federal”. Su presidente sería el titular de la SEDRONAR.

Ante la magnitud de los cambios propuestos por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, distintos miembros del COFEDRO se quejaron por no haber sido consultados previamente, lo que fue interpretado por distintos medios gráficos como un señal de apoyo al titular de la SEDRONAR (*La Nación*, 2009). Pero la denuncia de las ineficiencias de la atención en las comunidades terapéuticas impulsó a la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina (FONGA) a elaborar un documento en el que mostraba la eficacia de estas instituciones para abordar el tratamiento de los usuarios de drogas, explicando el proceso de profesionalización por el que habían atravesado las instituciones miembros de la Federación. El documento señalaba las carencias de las políticas educativas, preventivas y asistenciales pero, en líneas generales, apoyaba la idea de crear un organismo específico que articulara todas las áreas gubernamentales que se dedicaran al problema, en forma separada de aquellos que se ocupaban del control de la oferta de drogas (FONGA, 2009).

En el área educativa, en diciembre de 2009 se promulgó la Ley 26.586, que creó el “Programa Nacional de educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas”, en el ámbito del Ministerio de Educación, con responsabilidades concurrentes del Ministerio de Salud y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia en coordinación con la SEDRONAR. La ley estableció el derecho que toda persona posee “a formarse para tener una vida digna vivida en libertad”, fomentó la “no discriminación de las personas con conductas adictivas” y estableció entre sus objetivos el de “brindar información disuasiva del consumo enfocado en los grupos más vulnerables”.

En el Ministerio de Salud se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en abril de 2010. En los considerandos del decreto de creación, se señaló que “los tratamientos de las adicciones deben basarse en una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinario de atención, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario” (Decreto 457/10).

Por otra parte, los principales lineamientos del proyecto gubernamental tendiente a garantizar los derechos humanos de los usuarios de drogas en la atención sanitaria se incorporaron al texto de la Ley 26.657 de Salud Mental, sancionada en diciembre de 2010. Esta ley fue un hito en la legislación sobre la materia porque es el resultado de un largo proceso de trabajo de distintos actores del campo de la salud mental que sostenían la necesidad de “superación de un modelo eminentemente asistencial y curativo y la adopción de otro, de tipo comunitario y preventivo. Esto formaría parte de un cambio de paradigma en la atención de la salud mental que busca reemplazar el modelo hospitalocéntrico por el comunitario” (Rosendo, 2013: 38). Hasta esa fecha, nueve distritos contaban con legislación en salud mental: Salta, Río Negro, Santa Fe, Entre Ríos, San Juan, San Luis, Chubut, Córdoba y la CABA. Las legislaciones tenían diferencias entre sí, pero todas coincidían en la protección de los derechos de los usuarios y en la necesidad de considerar la restricción de la libertad de las personas solo como medida excepcional y transitoria (Rosendo, 2013: 40).

La atención de las adicciones fue incluida como parte de las políticas de Salud Mental; el Art. 4º de la ley dice: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

En su Art. 7º, la ley enumera los siguientes derechos para las personas con padecimiento mental: a tener acceso gratuito, igualitario y equitativo a la atención integral de salud mental; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia y su historia; a recibir el tratamiento más conveniente y menos restrictivo de sus derechos y libertades; a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares o por quien la persona designe; a contar con una supervisión periódica de las internaciones por el órgano de revisión; a no sufrir discriminación por el diagnóstico, padecimiento mental o antecedentes; a recibir información adecuada y comprensible acerca de los derechos que puede ejercer y al consentimiento informado; a tomar decisiones relacionadas con el tratamiento en el marco de sus posibilidades; al respeto de su vida privada; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

En cuanto a las diferentes modalidades de atención, en la ley se indica explícitamente que la internación solo pueda llevarse a cabo “cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Art. 14). Basándose en los principios de la atención primaria de la salud, se define a la interdisciplinariedad y a la

intersectorialidad como modalidad de atención (Art. 9). Además se considera al consentimiento informado como una parte integral de las prácticas terapéuticas, medida esencial para determinar la intervención de los organismos de protección de los derechos humanos en la atención, especialmente ante las internaciones involuntarias.

La implementación de la ley requiere desarrollar los sistemas de atención comunitaria y dispositivos de atención en crisis en hospitales generales, lo que permitiría cumplir la meta que propone el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes en 2020 (Art. 27 del Decreto Reglamentario 603/2013). Alcanzar este y otros objetivos requiere desarrollar un importante nivel de consenso en torno de la transformación del sistema, ya que se trata de un proceso político e ideológico en el cual se enfrentan distintos actores por consolidar sus posiciones, a la vez que se produce la “disputa y confrontación entre disciplinas, en base a intereses profesionales y corporativos” (Rosendo, 2013: 41).

Es importante considerar que la sustitución del paradigma asilar por el de salud mental comunitaria cuestiona la conformación del sistema de salud en general, ya que no solo plantea superar la fragmentación del sector, sino también el modelo hospitalocéntrico que organiza la conformación de los servicios sanitarios en la mayoría de las jurisdicciones del país. Además, su implementación requiere de la adhesión de las provincias, dado el sistema federal del país. En este sentido, si bien algunas provincias desarrollaron sistemas de salud acordes a los postulados de la ley (como Río Negro y San Luis) en otras jurisdicciones los cambios suscitan diferentes tensiones y contradicciones.

En el caso de la CABA, el proceso de desmanicomialización parece más bien asociado a un vaciamiento de los hospitales públicos y de transferencia de recursos al sector privado. Al respecto, Gamardo y otros (2012: 15) plantean que con el gobierno de Mauricio Macri se produjeron modificaciones en el enfoque y dirección de las políticas sociales que fortalecieron los programas focalizados y tercerizados por sobre aquellos gestionados por el Estado y de carácter universal. La gravedad de la situación se expresó en la violenta represión de la Policía Metropolitana a los trabajadores y pacientes que se oponían al cierre del Taller Protegido 19 en el Hospital Borda, el 26 de abril de 2013 (*Página/12*, 2013b).

Ya un estudio realizado en 2007 por el equipo de Intercambios Asociación Civil en hospitales generales de las ciudades de Buenos Aires y Rosario ejemplifica frecuentes problemas de continuidad en la atención de casos de intoxicación en las guardias, dado que se observaron dificultades en la articulación entre los distintos servicios; era poco habitual que al dar el alta a los usuarios de drogas interesados en proseguir su atención, se les ofreciera la oportunidad de continuar la intervención de alguna forma, ya sea a través de una consulta o de un tratamiento (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007). Los profesionales entrevistados reconocían la existencia de problemas en los circuitos de derivación, relacionados con los altos niveles de fragmentación entre servicios y sectores: “Se muestra al mismo tiempo la tensión entre las políticas centradas en la especialización profesional y la internación, y las que promueven intervenciones interdisciplinarias y territoriales” (Pawlowicz y otros, 2009).

Por otra parte, en la CABA la política asistencial presenta distintas contradicciones. Hasta 2007, la atención por uso problemático de drogas se efectuaba en distintos efectores dependientes del Ministerio de Salud del distrito, que conformaban la Red de Atención de las Adicciones, pero no existía un área gubernamental encargada específicamente del tema. Ese año, en cumplimiento de una medida de amparo presentada por la Asesoría Tutelar de Menores, se creó en el ámbito del Ministerio de Derechos Humanos el “Programa de lucha integral contra el consumo de pasta base”, en cuyo marco se inauguraron dos centros destinados a la atención residencial de niños/as y adolescentes usuarios de drogas. También se sancionó la Ley 2.318 de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo, que entre otras medidas dispuso el fortalecimiento de la Red de Atención de las Adicciones y la creación de centros preventivos en las comunas. Antes de eso, en 2006 y por iniciativa de profesionales y vecinos, se inauguró el centro de día “La otra base del encuentro” bajo el área programática de un hospital público. El centro estaba orientado a la acción comunitaria y se organizó en torno del modelo de la reducción de daños (Rossi y Goltzman, 2012: 23).

Durante la gestión de Mauricio Macri (comenzada en 2008) se creó la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, bajo la dependencia de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio

de Desarrollo Social. La Dirección contó con un área asistencial y otra preventiva, conformada por siete Centros de Prevención Social en Adicciones. En lo asistencial, la Dirección tomó a su cargo a los centros inaugurados en 2007 e incorporó otro en 2010. También, efectuó convenios con ONGs que brindaban tratamiento residencial a los usuarios de drogas. Sin embargo, la mayor parte de esas instituciones se encontraban ubicadas en la PBA e implementaban el dispositivo de comunidad terapéutica. Esas políticas fortalecieron la tercerización en la asistencia y la atención residencial de los usuarios en instituciones alejadas geográficamente de su contexto de vida (Gamardo y otros, 2012).

Otro elemento a tener en cuenta para la efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.057 radica en la creación de los nuevos organismos de protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales, como el Órgano de Revisión y la Unidad de Letrado, destinada a la defensa de las personas internadas involuntariamente (Art. 22).⁵⁵

La Ley de Salud Mental fue reglamentada por el Decreto 603 publicado en el Boletín Oficial del 29 de mayo de 2013. Su Art. 11 promueve la organización de redes de servicios con base en la comunidad: “Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurnos y nocturnos, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que favorezcan la inclusión social”. Cabe señalar que en el Art. 4, 2º párrafo, el Decreto incluye la reducción de daños entre los objetivos que definen a los servicios de salud mental.⁵⁶

La demora en la reglamentación fue una dificultad para el avance del proceso de adecuación de las instituciones de salud mental a la ley. Al respecto, puede advertirse que, a partir de la reglamentación, la Dirección Nacional de Salud Mental ha comenzado el proceso de elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, para el que ha convocado la participación de organizaciones comunitarias, funcionarios provinciales y expertos con reconocida trayectoria académica.

En ese proceso se ha planteado la necesidad de adecuar las prácticas del CENARESO a los postulados de la ley (*Página/12*, 2013c) y, un punto clave, de reflexionar sobre el rol de la SEDRONAR, teniendo en cuenta la superposición de su incumbencia con la de la Dirección Nacional de Salud Mental y que sus planes asistenciales se centren en ofrecer servicios de atención residencial.

Como se puede advertir, ante los intentos de reforma en la atención a los usuarios de estupefacientes, sobre todo a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental, las concepciones producto de la matriz “prohibicionista-abstencionista” continúan operando e impiden el desarrollo de dispositivos de base comunitaria adecuados a la visión de los usuarios de drogas como sujetos de derechos.

3.2. Los proyectos de reforma de la ley penal, sus resistencias y alternativas

Si bien a lo largo de los años en que se aplicó la Ley 23.737 hubo varios proyectos que proponían modificarla, sobre todo en relación con la derogación de la punición de la tenencia de estupefacientes para consumo personal, esta tendencia se acentuó en los últimos años. En especial, luego del fallo “Arriola” dictado por la CSJN en 2009.

A mediados de 2012 existían ocho proyectos de distintas fuerzas políticas que proponían modificaciones a la Ley de Estupefacientes en sentidos similares: en general, haciendo retroceder a

⁵⁵ Este último recién fue creado en la CABA en 2011.

⁵⁶ En el texto se entiende a los “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, es decir, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

la ley penal respecto de los usuarios y algunos incluso morigerando esa respuesta para los actores menores del tráfico.⁵⁷ Todos los proyectos coincidían en eliminar las “medidas de seguridad” (curativa y educativa) que ofrece la ley vigente para distintas conductas vinculadas a los usuarios (tenencia y cultivo para consumo personal, principalmente). Ese cambio se justificaba por la necesidad de acomodar la legislación penal a la Ley Nacional de Salud Mental.

La mayoría de los proyectos proponía dejar de perseguir con la ley penal la tenencia de estupefacientes para consumo personal, pero con distintas redacciones. El más ambicioso no solo eliminaba la tenencia para consumo personal sino también la tenencia simple, por entender que esta última permitiría seguir persiguiendo a los usuarios. Varios proyectos simplemente señalaban que la tenencia para consumo personal no sería punible, pero mantenían la figura penal. Y algunos de estos le agregaban diferentes requisitos para que la tenencia para consumo no fuera punible (“un consumo”, “escasa cantidad y demás circunstancias”, que “no se ponga en peligro la salud de terceros”) que el usuario debería demostrar en su momento. Sin embargo, este tipo de redacciones deja inconvenientes similares a los del fallo “Arriola”, ya que, si bien despenaliza la tenencia para consumo personal, al establecer requisitos deja zonas grises que permiten continuar con las mismas prácticas penales respecto de los usuarios. Precisamente por eso, uno de los proyectos optaba por agregarle requisitos a la tenencia simple de forma tal que se reforzara la carga de probar que no era para consumo personal.

Similar era la situación del cultivo para consumo personal. Mientras que un texto proponía que se derogaran todas las conductas vinculadas al cultivo de estupefacientes, y no solo aquellas que estuvieran destinadas al consumo personal, los restantes proyectos proponían una despenalización limitada por similares requisitos (“escasa cantidad y demás circunstancias”, el “carácter privado”, o mientras que “no se ponga en peligro la salud de terceros”). En estos casos se repetían los problemas puntualizados respecto de la tenencia para consumo personal. Incluso uno de los proyectos proponía autorizar el uso de los derivados del cannabis para fines terapéuticos o científicos.

Algunos de los proyectos de reforma incluían modificaciones para morigerar la respuesta penal respecto de los actores menores del tráfico. Uno de ellos proponía reducir la escala penal en caso de que “el autor cometa el hecho como subordinado” y otro directamente proponía una escala penal menor para estos delitos. Incluso, otro de los proyectos proponía bajar las penas a la mitad y llegaba a eximir de pena cuando “se comprobara su situación de vulnerabilidad socioeconómica, su participación como actores menores, y falta de antecedentes penales”. Además, este proyecto proponía eximir de pena a aquellos casos de “madres de niños/as menores de edad” o en “estado de embarazo”.

La diversidad de fuerzas políticas que empujaban esa iniciativa, más allá de sus diferencias, sumada a la convicción del partido gobernante –o una parte importante de él–, el cual tenía los votos suficientes para aprobarla, hicieron pensar que la reforma se aprobaría de forma rápida (*Clarín*, 2012b). Los proyectos comenzaron a discutirse en la cámara de diputados en una serie de encuentros realizados en junio de 2012, donde se escucharon varias voces de apoyo y algunas en contra. Incluso se habría llegado a un acuerdo para elaborar un proyecto en común (*Clarín*, 2012c y 2012d; *Página/12*, 2012a y 2012b).

Entre las voces que se oponían apareció la de un ex secretario de la SEDRONAR, que sostenía que la ley permite al adicto recibir atención médica. En un artículo de opinión pocos días después sostenía que “los que criticamos la despenalización lo hacemos porque la Ley 23.737 no puede considerarse absolutamente penalizadora ya que ofrece instancias de acción preventiva y/o asistencial que eliminan condena y expediente” (*Diario de Cuyo*, 2012). Esta posición también fue sostenida por otro titular de esa Secretaría, quien sostenía que “con la despenalización de hecho del consumo de drogas se corta el camino de la asistencia” (*La Nación*, 2010b).

Pero tal vez la voz que más fuerte haya impactado en contra de estos proyectos fue la de la Iglesia Católica, la que expresó su oposición de distintas formas. Primero apareció la opinión de uno de los curas que trabajan en los barrios pobres de la CABA y el GBA (“curas villeros”) (*Tiempo Argentino*, 2012); pocos días después, la Pastoral de Drogadependencia de la Conferencia Episco-

⁵⁷ Siete de estos proyectos (2464-D-2011, 0075-D-2012, 0083-D-2012, 0175-D-2012, 0396-D-2012, 0981-D-2012, 1826-D-2012) se iniciaron en la Cámara de Diputados y uno (750/12) en la Cámara de Senadores.

pal Argentina emitió un documento titulado “Despenalización, ¿sí o no?” (Conferencia Episcopal Argentina, 2012); y días más tarde se oyó, en el marco de una celebración religiosa, al entonces arzobispo de Buenos Aires y actual Papa oponerse a las reformas (Clarín, 2012e).

El argumento principal de este sector era que no estaban dadas las condiciones para reformar la ley penal ya que para eso se requiere tener respuestas no penales (de prevención y asistencia) previas, que no estaban debidamente desarrolladas sobre todo respecto de los jóvenes de las villas cuyos consumos resultaban problemáticos. En este sentido, se sostenía que “la discusión sobre la despenalización corresponde a los últimos capítulos del libro y no a los primeros”.

Sin embargo, lo más llamativo es que, pese a esa postura, ambos discursos sostenían que las personas con problemas de adicciones no deben ser criminalizadas. Y es en ese punto donde se vuelve a advertir uno de los aspectos de la matriz “prohibicionista-abstencionista”, puesto que no dejan de pensarse las respuestas no represivas, o al menos la asistencia respecto de los usuarios –sobre todo de aquellos con usos más problemáticos–, desligadas de la respuesta penal.

En ese sentido, es cierto que despenalizar la tenencia de estupefacientes para consumo personal por sí solo no resolvería la falta de respuestas no represivas que el país aún adeuda respecto de los usuarios de sustancias psicoactivas, y en especial de quienes presentan usos más problemáticos. Para ello es necesario implementar políticas activas que desarrollen en el terreno las intervenciones específicas. Pero la persistencia de la respuesta penal tampoco logra ese cometido; con la amenaza de pena o el estigma respecto del usuario contamina las respuestas existentes o incluso impiden que ellas se desarrollen, debido a que alimentan la convicción de que con la existencia de la ley penal ya se da una respuesta al problema.

Algunas informaciones periodísticas indicaban que la mentada oposición, entre otros factores, habría paralizado el tratamiento de los proyectos (La Nación, 2012a; Clarín 2012f y 2012g). Pero haciéndose eco de las críticas, se dio impulso a uno de los tantos proyectos presentados sobre prevención, asistencia y rehabilitación para usos problemáticos. Así, en noviembre de 2012 se dio media sanción al proyecto que propone el “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos”,⁵⁸ que pretende dar una respuesta integral (prevención, asistencia e integración) a los consumos problemáticos –con o sin sustancia–, ajustándose a la Ley de Salud Mental, creando centros comunitarios de prevención e incorporando el modelo de reducción de daños. Si bien, hasta fines de 2013 aún restaba para que este plan fuera convertido en ley, se estimaba que luego de eso se procedería a la reforma de la ley penal (Página/12, 2012c).

3.3. La “desfederalización” y las cortes de drogas

Al mismo tiempo que se resiste la reforma de la ley penal, se van desarrollando o gestando políticas que se presentan como novedosas pero que reproducen su utilización como principal respuesta y que muestran la persistencia de la matriz “prohibicionista-abstencionista”. Estas respuestas son la ya mencionada desfederalización y las cortes de drogas (CDs).

Tal como se ha señalado en apartados anteriores, hasta 2012 solo dos provincias habían decidido perseguir mediante sus agencias penales los delitos de los consumidores y el tráfico de drogas en menor escala: Buenos Aires en 2005 y Córdoba en 2012. Si bien otras provincias lo intentaron (como Entre Ríos y La Rioja) por distintas razones no terminaron concretándola.

Pero en los últimos años se está volviendo a insistir con esta posibilidad. Si bien no lo terminaron de concretar aún, están avanzando o pensando en esta posibilidad la CABA⁵⁹ y las provincias de La Rioja,⁶⁰ Salta (El Intransigente, 2013) y Santa Fe.⁶¹

⁵⁸ El proyecto es el 5833-D-2012, presentado por diputados del partido gobernante, que obtuvo media sanción el 14 de noviembre de 2012.

⁵⁹ Mediante la Ley N° 26.702 del 7 de septiembre de 2011 se transfirieron a la competencia de la CABA la intervención en una serie de delitos, entre ellos los correspondientes a la reforma conocida como “desfederalización”. Pero esa transferencia requiere una ley de la legislatura de la CABA (hasta fines de 2013 no se sancionó).

⁶⁰ Uno de los autores de esta investigación, como integrante de Intercambios Asociación Civil, fue invitado a participar en una serie de encuentros y actividades organizadas por las autoridades de La Rioja, en abril de 2013, donde hizo contacto con distintas autoridades, algunas de las cuales pretendían implementar la “desfederalización”.

Esta posibilidad, como se señaló en el capítulo anterior, genera más actividad de aplicación de la ley sobre los usuarios. Es cierto que los fiscales intentan morigerar esa respuesta, pero aun así termina recayendo en mayor o menor medida sobre los eslabones más débiles de la cadena. Incluso, noticias recientes muestran que en Córdoba la persecución de la venta en menor escala terminó operando en gran medida sobre mujeres en situación de vulnerabilidad (*Día a Día*, 2013), un perfil que ya habíamos registrado en investigaciones anteriores.

Por otra parte, se observan distintas iniciativas que buscan implantar lo que en general se conoce como CDs o “tribunales de tratamiento de drogas” (TTDs). En la provincia de Salta, mientras se pensaba en implementar la reforma conocida como “desfederalización”, con sus mencionadas consecuencias, se implementaron los TTDs (Acordada 11.480 de la Corte Suprema de Justicia de Salta), aunque en un principio, a través de las noticias disponibles no resultaba claro en qué tipo de TTDs se pensaba, quienes serían los destinatarios (personas con adicción o cualquier tipo de consumidor), ni por qué delitos (*Diario Judicial*, 2013b; Gobierno de la Provincia de Salta, 2013).

Informaciones posteriores permiten tener algunas precisiones al respecto. En principio se trata de un “Programa piloto” en el que participan dos juzgado penales. Está previsto para personas que tengan un proceso penal abierto, aunque no por delitos de la Ley 23.737, y “que padezcan una adicción a las drogas”. Además, está previsto para casos en los que procede el instituto conocido como “suspensión del juicio a prueba”.⁶²

La información disponible indica que el primer caso de esta nueva modalidad, implementada en noviembre de 2013, se aplicó a una persona que tenía tres causas por “desobediencia judicial y amenazas”, que había cometido los delitos “a partir de su adicción”, que consumía desde hacía 15 años y quien “aceptó como tratamiento para salir de las adicciones su internación, ya que expresó su temor a caer nuevamente en el consumo” (*El Tribuno*, 2013).

Estas iniciativas de CDs o TTDs, que cuentan con un activo apoyo en todo el hemisferio de la CICAD-OEA, resultan al menos polémicas. Si bien se argumenta que este dispositivo está pensado para los casos de consumos problemáticos y/o de personas que se encuentran en prisión, no termina de quedar claro si terminará operando sobre cualquier tipo de consumo.

Pocos días después de su puesta en marcha, el CELS emitió un comunicado en el que criticaba esta iniciativa por entender que su “enfoque y forma de funcionamiento se enmarcan en las políticas de criminalización del consumo de ciertas sustancias y la estigmatización de las personas consumidoras”, identificándolos como “una instancia más de cristalización de la asociación entre droga y delito, que simplifica las causas complejas de los fenómenos de criminalidad relacionados con las drogas”. En el texto también se señaló la contradicción de “la lógica segregativa imperante en los TTDs” con el escenario de ampliación de derechos para las personas con padecimientos mentales propuesto por la Ley Salud Mental 26.657 (CELS, 2013).

Más allá de estas dudas, el tratamiento dado a los usuarios de estas sustancias en la provincia de Salta parece estar más vinculado a la respuesta penal que a la sanitaria. Un ejemplo de ello se puede advertir en la página de la Agencia Antidrogas del Ministerio de Seguridad de la provincia, donde existe un apartado en el que pueden hacerse denuncias anónimas. Entre los datos a volcar, además de los apartados para consignar los datos del “vendedor” (lugar, modalidad, sustancia), existe otro para denunciar “compradores” (nombres, edad o datos que permitan identificación y vehículos utilizados).⁶³

⁶¹ En julio de 2013 se realizó la jornada “Intercambio de ideas respecto de la desfederalización de algunos delitos de drogas. Ley Nacional 26.052”, organizada por el Ministerio de Seguridad de Santa Fe (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2013). En los primeros días de septiembre de 2013 el senado provincial aprobó la ley para adherirse a la “desfederalización”, aunque para su concreción aún se requería la aprobación de la Cámara de Diputados de la provincia (sin concretarse aún a fines de ese año).

⁶² El Código Penal de la Argentina establece la posibilidad de suspender (desviar) el proceso penal a condición de que el imputado realice alguna medida, que en general suele relacionarse con tareas comunitarias, luego de la cual se cierra la causa (“se extinguirá la acción penal”). Si bien la letra del Código Penal establece este supuesto para delitos cuya pena máxima no supere los 3 años de prisión, un fallo de la CSJN de 2008 (“Acosta”), en un caso en el que se imputaba el delito de tenencia (simple) de estupefacientes con pena de 1 a 6 años de prisión, amplió la posibilidad a supuestos con pena mayor, pero en los que se pudiera dejar en suspenso dicha pena, también hasta tres años de condena.

⁶³ Lo señalado se puede apreciar en la página web <http://antidrogas.salta.gov.ar/denuncias-agencia-antidrogas-salta.php> (consulta, septiembre de 2013).

En el último caso, las CDs o TTDs resultarían en nuestro país algo parecido a lo que resultan las actuales “medidas de seguridad” previstas en la Ley de Estupefacientes. Tanto en uno como en otro caso se propone una alternativa sanitaria (o preventiva) pero siempre bajo la amenaza de aplicar una pena. Así se vuelve a reproducir uno de los aspectos de la matriz prohibicionista-abstencionista, ya que se entiende a la asistencia como parte o integrada a la respuesta penal.

En ese sentido, creemos que la autonomía personal en la elección del momento más oportuno para efectuar el tratamiento y de la modalidad más adecuada es un principio bioético que debe orientar el proceso terapéutico y no debe estar condicionado por la posibilidad de un castigo. Así, la Ley de Salud Mental reconoce a las personas con padecimiento mental (dentro de las que se incluyen las adicciones) con posibilidad de tomar decisiones relacionadas con su tratamiento y de recibir la alternativa terapéutica más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades. En consecuencia, los modelos propuestos, al condicionar el tratamiento ante la amenaza de una sanción, niegan esos derechos o al menos los trastocan.

Conclusión

A lo largo de este trabajo se ha querido demostrar que, en la Argentina, las políticas respecto de las conductas relacionadas con las sustancias denominadas como “estupefacientes” han resultado el producto de una matriz “prohibicionista-abstencionista”, que colocó a los usuarios de esas sustancias en la paradójica condición de “delincuentes-enfermos”. Se sostuvo que la matriz se conformó a lo largo del siglo XX a partir de la superposición de distintos discursos hegemónicos (higienismo, defensa social, seguridad nacional, seguridad ciudadana) que habrían terminado de consolidar las respuestas estatales hacia los usuarios de drogas a principios de la década de 1990.

Así, se puede apreciar que la principal respuesta estatal que se desplegó en torno de ellos fue la penal, la cual tuvo como consecuencia la criminalización de esta población, con múltiples consecuencias tanto vinculadas a los procesos penales abiertos como a las dificultades que ello generó en términos de inclusión social.

A la vez, dicha matriz también orientó otro tipo de respuestas estatales con consecuencias para los usuarios de drogas. Así, la prevención solo fue diseñada en términos de “abstención”, omitiendo pensar en las consecuencias problemáticas que pudieran tener ciertos consumos, lo cual tuvo fatales consecuencias entre los UDIs durante la década de 1990. Por otra parte, la asistencia quedó vinculada a la respuesta penal, reforzando la lógica custodial en la atención de los usuarios.

A partir de los efectos que han producido las respuestas estatales, resultado de la matriz señalada, entendemos que merece repensarse el problema. Para ello resulta necesario elaborar políticas públicas basadas en principios distintos de los que sostuvieron aquel modelo.

En ese sentido, creemos que los usuarios de estupefacientes deben dejar de ser considerados “delincuentes-enfermos” para convertirse definitivamente en sujetos de derechos. En la última década, grupos de usuarios, movimientos políticos, ONGs e inclusive algunos sectores que integran los tres poderes del estado (especialmente ligados al campo de la salud, la educación y la justicia), entre muchos otros actores relevantes, han logrado instalar la discusión sobre los derechos de los usuarios. El debate se centró en la despenalización del autocultivo y de la tenencia de drogas para consumo personal, pero aunque se presentaron distintos proyectos de reforma de la Ley de Estupefacientes, aún parece no haberse logrado el consenso social necesario para su sanción. Por el contrario, iniciativas como las de las CD parecen afirmar la matriz “prohibicionista-abstencionista”. Por ese motivo, resulta necesario reafirmar la importancia de reconocer que el uso de drogas puede tener distintos grados de problematicidad que, sumados a otras particularidades que puedan presentar los consumos (sustancias, contextos, etc.), merecen el desarrollo de variados tipos de respuestas en términos de prevención, asistencia e integración. Pero sean cuales fueren esas respuestas, en ningún caso deben estar vinculadas a la posibilidad de una sanción penal.

En este último sentido habremos de sostener una vez más que la utilización de la ley penal respecto de los usuarios de drogas solo agrega problemas (la existencia de un proceso penal con sus consecuencias) a los que ya pudieran –o no– existir. Así, creemos que los proyectos que se encuentran en el Congreso Nacional deben avanzar en el sentido de retirar a los usuarios de estupefacientes (incluidos quienes cultivan cannabis para su propio consumo) del alcance de la ley penal.

En cuanto a la atención sanitaria de los usuarios, la implementación de la Ley de Salud Mental parece tener un rol decisivo en la transformación de las respuestas custodiales destinadas a los usuarios de drogas, ya que impulsa un sistema de atención de base comunitaria y fundamentada en el respeto de sus derechos. Aunque resulta auspicioso que en un solo año, 2013, se haya reglamentado la ley, creado el Plan Nacional de Salud Mental y se avance en la creación del Órgano de Revisión, la implementación de la ley aún resulta una meta a cumplir. El proceso de transformación requiere del desarrollo de dispositivos específicos para los usuarios (centros de desintoxicación, programas de reducción de daños), en articulación con otros dispositivos alternativos de instituciones públicas y privadas (atención en crisis, casas de medio camino, hospitales de día) y la revisión del rol de los que tienen cierto grado de clausura, como las comunidades terapéuticas y los hospitales psiquiátricos. Al mismo tiempo, la construcción de un nuevo sistema de atención requiere el pasaje de un modelo basado en la incapacidad y peligrosidad de los usuarios de drogas a otro basado en la ampliación de oportunidades y de apoyos, para que los usuarios –hayan o no tomado la decisión de dejar las drogas– tengan mayores posibilidades de cuidar de su salud. Para eso es clave garantizar la atención de grupos especialmente vulnerables (como las personas que presentan distintos problemas de salud mental, niños/as y adolescentes) e incluir a los usuarios en el diseño y en la implementación de las acciones preventivas y asistenciales.

Todo esto debe estar basado en fundamentos científicos y ajustarse a principios éticos, y tiene que contar con la participación de la sociedad civil, la académica y los usuarios de las sustancias como sujetos de derechos.

Bibliografía

Organismos, documentos e informes

- Banco Mundial (1993). "Panorama General", en *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington.
- CELS-MDRI (2008). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CELS (2013). "Otra salida criminalizante en relación a las drogas", 19 de octubre. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=1695> [consulta, diciembre de 2013].
- CICAD (1996). *Estrategia antidrogas en el hemisferio*. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/estrategia_spa.asp [consulta, septiembre de 2013].
- Comité Contra la Tortura (s.f.). *Comisión Provincial por la Memoria. Informe anual 2010*. Disponible en: http://www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anales/informe_2010.pdf [consulta, septiembre de 2013].
- Conferencia Episcopal Argentina (2012). *Despenalización, ¿sí o no?*, 4 de junio. Disponible en http://www.pastoralsocial.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=227:idespenalizacion-si-ono&catid=68:prensa-institucional&Itemid=164 [consulta, septiembre de 2013].
- DNPC (s.f.a). *Informe anual de estadísticas policiales*. Año 1999 (en CD-rom).
- DNPC (s.f.b). *Hacia un plan nacional de política criminal I (Ley 23.737 año 1993)*. Disponible en: <http://www.polcrim.jus.gov.ar/Publicaciones/Libro1/l1drogas.pdf> [consulta, diciembre de 2005].
- DNPC (s.f.c). *Hacia un plan nacional de política criminal II, E. Investigación sobre la aplicación de la Ley 23.737 de tráfico y tenencia de estupefacientes*. Disponible en: <http://www.polcrim.jus.gov.ar/Publicaciones/Libro2/l2drogas.pdf> [consulta, diciembre de 2005].
- FONGA (2009). *La Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina ante el fallo de la Corte Suprema de Justicia y la propuesta de una nueva política de drogas. Por el futuro y el derecho a la vida de todos los ciudadanos*. Buenos Aires. Disponible en: http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_acajoom&act=mailing&task=view&listid=2&mailingid=8&Itemid=999 [consulta, septiembre de 2013].
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe (2013). "Jornada de debate sobre desfederalización de algunos delitos de drogas", 31 de julio. Disponible en: [http://gobierno.santafe.gov.ar/prensa/mitemplate.php?idnoticia=189955&mostrarmenu=si&include=noticias_prensa/2013/310713s10.html&ptitulo=Noticia%20del%20mi%E9rcoles%2031%20de%20julio%20de%202013%20\(310713s10.html\)&fechanoticia=&volverurl=&pDescDiaMax=Domingo&intvalDiaMax=15&pDescMesMax=septiembre&A%F1oMax=2013&DiaMax=15&MesMax=09&pdia=31&pmes=07&panio=2013](http://gobierno.santafe.gov.ar/prensa/mitemplate.php?idnoticia=189955&mostrarmenu=si&include=noticias_prensa/2013/310713s10.html&ptitulo=Noticia%20del%20mi%E9rcoles%2031%20de%20julio%20de%202013%20(310713s10.html)&fechanoticia=&volverurl=&pDescDiaMax=Domingo&intvalDiaMax=15&pDescMesMax=septiembre&A%F1oMax=2013&DiaMax=15&MesMax=09&pdia=31&pmes=07&panio=2013) [consulta, septiembre de 2013].
- Gobierno de la Provincia de Salta (2013). "Avanza el proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas", 6 de mayo. Disponible en: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/avanza-el-proceso-de-implementacion-de-los-tribunales-de-tratamiento-de-drogas/23545> [consulta, septiembre de 2013].
- OMS (1994). *Programa sobre Abuso de Sustancias. Evaluación de la asistencia dispensada en el tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas*, (WHO_PSA_93.5), Washington.
- PGPBA (s/f). *Estadísticas*. Disponible en: <http://www.mpba.gov.ar/web/estadisticas.php> [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR (1999). *Memoria Anual 1998*. Buenos Aires.
- SEDRONAR-OAD (s.f.). *Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina, 1999*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_Nac_Epidemiologica_1999_resumen.pdf [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2004a). *Informe sobre el Censo Nacional de Centros de Tratamiento*. Buenos Aires. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe_sobre_el_CENSO_NACIONAL_DE_CENTROS_DE_TRATAMIENTO.pdf [consulta, septiembre de 2013].

- SEDRONAR-OAD (2004b). *Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Primer_Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2004.pdf [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2008a). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general_%20Argentina2008.pdf [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2008b). *Mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina, 2004, 2005 y 2006*. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Indicador%20Mortalidad%20asociada%20al%20consumo%20de%20drogas%20en%20Arg%202004%202005%202006.pdf> [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2009). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento. Argentina 2008*. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe%20final%20Censo%20de%20Centros%20de%20tratamiento%202008.pdf> [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2010). *Estudio de costos del abuso de sustancias psicoactivas en la Argentina. Indicadores para el año 2008*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Costos_Abuso_SPA_Argentina_%202008_Informe_de_Indicadores.pdf [consulta, septiembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2011a). *Tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010. Población de 15 a 65 años*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General_v3.pdf [consulta, diciembre de 2013].
- SEDRONAR-OAD (2011b). *Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Argentina 2010*. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf [consulta, septiembre de 2013].

Libros y publicaciones científicas

- Alberdi, J. M. (2003). *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*. Rosario: UNR.
- Bard, Leopoldo (1923). *Los peligros de la toxicomanía. Proyecto de ley para la represión del abuso de los alcaloides*. Buenos Aires: Rosso.
- Bianco, M. y otros (1999). *Derechos humanos y acceso al tratamiento para VIH/sida. Estudios de caso sobre derechos humanos*. Buenos Aires: Lacasso y ONUSIDA.
- Bruzzone, Gustavo A. (1994). "Ley de drogas, política criminal y fuero federal penal de la ciudad de Buenos Aires", en *Revista La Ley*, tomo D.
- Castilla, V., G. Lorenzo y M. Epele (2010). "Prácticas de cuidado y rescate de usuarios de pasta base/paco y su relación con la Religión Evangélica". Presentación, *Ciencias Sociales y Religión. V Reunión Científica. Clacso: Religión, Sexualidades y Poder*. Buenos Aires, 18 y 19 de noviembre.
- Cattani, Horacio R. (2010). "El origen del control penal de las drogas", en Mónica Cuñarro (dir.), *La política criminal de la droga*, pp. 209/27. Buenos Aires: Ad-hoc.
- Corda, R. Alejandro y Pablo Frisch (2008). "Introducción a un análisis de la aplicación de la Ley de Drogas N° 23.737 en Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires entre los años 1996 y 2007". Presentación, *IX Congreso Nacional de Sociología Jurídica. De la ley a las prácticas: conformaciones sociales por el uso del Derecho*. Rosario: Sociedad Argentina de Sociología Jurídica - UNR (en CD-rom).
- Corda, R. Alejandro (2010). "A un año del fallo 'Arriola'. Cambios, tensiones y resistencias". Presentación, *XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica y I Latinoamericano de Sociología Jurídica. Multiculturalismo, Identidad y Derecho*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Sociología Jurídica - UNR (en CD-rom, ISBN 978-987-25475-1-6).
- Corda, R. Alejandro (2011). *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.
- Corda, R. Alejandro (2012). *Sistemas desproporcionados. Desproporción y costos económicos, institucionales y humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.
- Chiosso, F. (2010). "La comunidad terapéutica y los desafíos actuales", en G. Touzé y P. Goltzman (comp.), *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.
- Dabrowsky, G., F. Ferreyra Ferreira y A. Galante (2004). "Cronicidad y externación, ¿dónde está la diferencia?". Presentación, *1º Encuentro de Trabajo Social en Salud Mental "Intercambio de experiencias"*. Hospital Interdisciplinario y Psicoasistencial. "Dr. José T. Borda", Buenos Aires, 18 y 19 de noviembre (en CD-rom).
- Del Olmo, Rosa (1992). *Criminología argentina. Apuntes para su reconstrucción histórica*. Buenos Aires: Depalma.
- Epele, M. (2010a). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2010b). "Nuevas drogas, nuevas pobreza: transacciones y vulnerabilidad en contextos de consumo de pasta base/ paco en Buenos Aires, Argentina". Presentación, *27ª Reunião Brasileira de Antropologia*, 1º y 4 de agosto, Belém, Pará, Brasil.
- Galante, A. (2010). "El trabajo social ante los cambios de paradigmas en la atención de los niños, niñas y adolescentes que usan drogas", en L. Murdocca (comp.), *20 años del Consejo en 200 años/200 años en 10 artículos*. Buenos Aires: Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social.
- Galante, A. y otros (2006). "La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención". Presentación, *I Congreso Nacional y II Regional de Psicología. "Salud mental: El estado de la cuestión de una cuestión de Estado"*. Rosario: Facultad de Psicología, UNR. (en CD-rom).
- Galante, A. y otros (2011). "La atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos", en *Memorias del III*

- Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales". Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Galante, A. y otros (2012). "El fallo Arriola: debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas", en A. Arias, B. García Godoy y A. Bazzalo (comp.), *Trabajos seleccionados, IV Encuentro Internacional "Aportes a la construcción de lo público"*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Disponible en: <http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/jornadas/contenidos/47.pdf> [consulta,
- Gamardo, M. y otros (2012). "Problemática urbana y cambio de paradigma de bienestar. Pobreza y asistencia en la Ciudad de Buenos Aires en el período neoliberal tardío". Presentación, *IV Jornadas de Intercambio de Proyectos de Investigación y Extensión, Facultad de Ciencias Sociales*, Buenos Aires, 26 de abril (en CD-Rom).
- González, R. (2010). "El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad", en G. Touzé y P. Goltzman, *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.
- Gregori, A. (2005). "Las comunidades terapéuticas", en revista *Hablemos: debate y acción*, n° 3, pp. 14-19, octubre. Buenos Aires: SEDRONAR.
- Kornblit, A. y otros (1997). *Y el sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.
- Larraquy, Marcelo (2007). *López Rega, el peronismo y la Triple A*. Buenos Aires: Punto de Lectura.
- Magis Rodríguez, C., L.F. Marques y G. Touzé (2002). "HIV and injection drug use in Latin America", en *AIDS*, 16 (suppl. 3): S34-S41.
- Parajúa, A. S. y otros (2010). "Irrupción de la pasta base de cocaína. El impacto en las representaciones sociales y en los dispositivos desde los discursos de los especialistas", en *Diagnos*, vol. 7, octubre.
- Pavarini, M. (1994). "Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales", en *Margen*, ed. 6, Buenos Aires, agosto.
- Pavarini, M. (1998). *Control y dominación*. México: Siglo XXI.
- Pawlowicz M. P. y otros (2006). "Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario", en *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología: "Paradigmas, métodos y técnicas"*, t. II, pp. 75-77. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Pawlowicz, M. P. y otros (2009). "El vínculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud". Presentación, *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Pawlowicz, M. P. y otros (2011). "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos", en E. Blanck (coord.), *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba - Ministerio Público Tutelar de la CABA. Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf [consulta, diciembre de 2013].
- Pawlowicz, M. P. y otros (2013). "Actores sociales involucrados en los debates sobre las políticas de drogas en Argentina: las 'Madres del paco'". Presentación, *VII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social. V Encuentro Internacional de Trabajo Social de la UBA*. Buenos Aires, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Procupet, A. (2001). "Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina", en *Ensayos y Experiencias*, año 7, n° 39, VIH/sida y drogas: reducción de daños, intervenciones comunitarias, alternativas desde la educación. Buenos Aires: Red Argentina de Reducción de Daños - Novedades Educativas.
- Ralón, G. y otros (2012). "De los estudios locales a una perspectiva regional: análisis integrado de datos secundarios en un proyecto colaborativo sobre vulnerabilidades asociadas al uso de drogas en Argentina, Brasil y Uruguay (1998-2004)", en *Salud Colectiva*, 8(3):229-246, septiembre-diciembre.
- Recalde, H. (1997). *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Rojas, Nerio (1953). *Medicina legal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Rosendo, E. (2013). "Reformas y legislación en salud mental. Contexto sociopolítico y movimientos sociales y profesionales en torno a la Ley de Salud Mental de Santa Fe 10.772/1991", en S. Faraone y A. S. Valero (coord.), *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Rossi, D. y P. Goltzman (2012). "Uso de drogas y VIH". Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación - Intercambios. Disponible en: <http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/DrogasVIH.pdf> [consulta, septiembre de 2013].
- Rossi, D. y V. Rangugni (coord.) (2004). *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - ONUSIDA - ONUDD.
- Rossi, D. M. P. Pawlowicz y D. Zunino Singh (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario*. Buenos Aires: Intercambios.
- Sánchez Antelo, Victoria (2012). "Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico", en *Salud Colectiva*, 8(3):275-286, sept. - dic. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista24/v8n3a05.pdf> [consulta, enero 2013].
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.

- Sosa Estani, S., D. Rossi y M. Weissenbacher (2003). "Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection", en *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Supl. 5), pp. 338-342.
- Touzé, Graciela (org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios - Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. y otros (1999). *Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios.
- Touzé, G. y otros (2008). "Consumo de drogas en Argentina 1994 - 2004", en J. Baeza Correa (ed.) *Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador*, pp. 79-110. Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Velásquez Rivera, E. (2002). "Historia de la Doctrina de la Seguridad Nacional", en *Convergencia*, año 9, N° 27, pp. 11-39, enero-abril. Toluca: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Weissmann, Patricia (s/f). *Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina*. Disponible en: http://www.investigacion.cchs.csic.es/rihp/Temas12/degenerados_viciosos [consulta, julio de 2013].
- Zaffaroni, Eugenio Raúl, Alejandro Alagia y Alejandro Slokar (2011). *Manual de Derecho Penal: Parte general*. 2ª edición. Buenos Aires: Ediar.

Fuentes periodísticas

- Clarín* (2011). "A juicio por huir de una granja para adictos: fueron absueltos", 28 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/policiales/juicio-huir-granja-adictos-absueltos_0_507549373.html [consulta, diciembre de 2013].
- Clarín* (2012a). "Hay 41 causas por día contra consumidores", 30 de marzo. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/causas-dia-consumidores_0_673132769.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012b). "Despenalizar las drogas, otra jugada kirchnerista que divide a la oposición", 14 de mayo. Disponible en: http://www.clarin.com/politica/Despenalizar-jugada-kirchnerista-divide-oposicion_0_700130009.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012c). "Coincidencias sobre el proyecto para despenalizar el uso de drogas arrancó con gran apoyo", 7 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/titulo_0_714528627.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012d). "Aparecieron las primeras críticas a la despenalización en Diputados", 8 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Aparecieron-primeras-criticas-despenalizacion-Diputados_0_715128551.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012e). "Dura crítica de la Iglesia por la despenalización de drogas", 10 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Dura-critica-Iglesia-despenalizacion-drogas_0_716328476.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012f). "La despenalización de drogas por ahora está frenada en Diputados", 14 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/despenalizacion-drogas-ahora-frenada-Diputados_0_718728224.html [consulta, septiembre de 2013].
- Clarín* (2012g). "En Argentina, el proyecto está en el 'freezer'", 27 de junio. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Argentina-proyecto-freezer_0_726527452.html [consulta, septiembre de 2013].
- Crítica de la Argentina* (2009). "El largo camino del nuevo plan antidrogas", 15 de setiembre.
- Día a Día* (2013). "El perfil de los imputados por comercializar drogas en Córdoba", 3 julio. Disponible en: <http://www.diaadia.com.ar/policiales/perfil-imputados-comercializar-droga-cordoba> [consulta, septiembre de 2013].
- Diario de Cuyo* (2012). "Opinión. Debate sobre drogas", 22 de junio. Disponible en: http://www.diariodecuyo.com.ar/home/new_noticia.php?noticia_id=525079 [consulta, septiembre de 2013].
- Diario Judicial* (2013a). "La justicia 'legaliza' poco a poco el cultivo de cannabis", 29 de enero. Disponible en: http://www.diariojudicial.com/contenidos/2013/01/28/noticia_0008.html [consulta, septiembre de 2013].
- Diario Judicial* (2013b). "Un salto adelante con los Tribunales de Tratamiento de Drogas", 21 de febrero. Disponible en: <http://www.diariojudicial.com.ar/noticias/Un-salto-adelante-con-los-Tribunales-de-Tratamiento-de-Drogas-20130219-0005.html> [consulta, septiembre de 2013].
- El Ancasti* (2011). "Polémica por el método religioso para recuperar adictos", 18 de setiembre.
- El Diario de Paraná* (2011). "Santa Fe. Retiran jóvenes que se rehabilitaban en Rosario", 10 de agosto.
- El Intransigente* (2013). "Diputados aprobó con modificaciones el proyecto de adhesión a la Ley de Estupefacientes", 3 de julio. Disponible en: <http://www.elintransigente.com/notas/2013/7/3/diputados-aprobo-con-modificaciones-proyecto-adhesion-ley-estupefacientes-191896.asp> [consulta, septiembre de 2013].
- El Tribuno* (2012). "Detenidos por cultivar marihuana en su casa", 2 de agosto. Disponible en: <http://www.eltribuno.info/jujuy/186358-Detenidos-por-cultivar-marihuana-en-su-casa.note.aspx> [consulta, septiembre de 2013].
- El Tribuno* (2013). "Audiencia del Tribunal de Tratamiento de Drogas", 28 de noviembre. Disponible en: <http://www.eltribuno.info/salta/348818-Audiencia-del-Tribunal-de-Tratamiento-de-Drogas.note.aspx> [consulta, diciembre de 2013].
- Infojus Noticias* (2013). "Cultivo de marihuana: sobreyeron al director de la Revista THC", 30 de mayo. Disponible en: <http://infojusnoticias.gov.ar/nacionales/cultivo-de-marihuana-sobreyeron-al-director-de->

- la-revista-thc-393.html [consulta, septiembre de 2013].
- La Ley* (1998). "Tribunal Oral Criminal Federal N° 1 de Mendoza, 'B., A. D y otra'", Rta. 7/4/98.
- La Nación* (2009). "Las provincias critican la despenalización de drogas", 10 de setiembre. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1172793-las-provincias-critican-la-despenalizacion-de-drogas> [consulta, septiembre de 2013].
- La Nación* (2010a). "Drogas: pocos casos van a rehabilitación", 17 de junio. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1275870-drogas-pocos-casos-van-a-rehabilitacion> [consulta, septiembre de 2013].
- La Nación* (2010b). "Se corta el camino a la asistencia", 17 de junio. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1275874-se-corta-el-camino-de-la-asistencia> [consulta, septiembre de 2013].
- La Nación* (2012a). "Diputados demoran el dictamen sobre la despenalización de las drogas", 13 junio. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1481760-diputados-demoran-el-dictamen-sobre-la-despenalizacion-de-las-drogas> [consulta, septiembre de 2013].
- La Nación* (2012b). "Tensión en un centro de rehabilitación para adictos en una quinta de Del Viso", 22 de noviembre. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1529331-tension-en-un-centro-de-rehabilitacion-para-adictos-en-una-quinta-de-del-viso> [consulta, diciembre de 2013].
- La Nación Revista* (2000). "Campañas ;para qué?", 26 de marzo. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/211376-campanas-br-para-que> [consulta, septiembre de 2013].
- La Voz del Interior* (2013a). "Trece detenidos con drogas por día", 17 de febrero. <http://www.lavoz.com.ar/noticias/sucesos/trece-detenidos-con-drogas-dia> [consulta, septiembre de 2013].
- La Voz del Interior* (2013b). "'Dealers': son jóvenes, adictos y con escasos estudios", 4 de julio. Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/dealers%E2%80%9D-son-jovenes-adictos-con-escasos-estudios> [consulta, septiembre de 2013].
- Nuevo Diario de Salta* (2013). "Denuncian a Remar Salta por supuesta trata de personas contra jóvenes adictos", 17 de setiembre.
- Página/12* (1991). "Monseñor: sin preservativos", 16 de mayo.
- Página/12* (2006). "La tenencia para el uso, el gran objetivo de la policía", 13 de febrero. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-63033-2006-02-13.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2009a). "El comité asesor sobre el tema drogas presentará el martes sus proyectos a los diputados", 29 de agosto. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-130802-2009-08-29.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2009b). "Un protocolo común para atender a los consumidores", 9 de setiembre. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-132130-2009-09-21.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2009c). "El turno del sistema sanitario", 15 de setiembre. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-131774-2009-09-15.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2011). "Los acusados eran las víctimas". Buenos Aires, 28 de junio. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-170968-2011-06-28.html> [consulta, diciembre de 2013].
- Página/12* (2012a). "Un debate rumbo a la despenalización", 7 de junio. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-195853-2012-06-07.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2012b). "Cruces por la reforma a la ley de drogas", 8 de junio. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-195912-2012-06-08.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2012c). "Un lugar donde atenderse", 15 de noviembre. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-207883-2012-11-15.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2012d). "Una granja para el escándalo", 24 de noviembre. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-208501-2012-11-24.html> [consulta, diciembre de 2013].
- Página/12* (2013a). "Más de 36 días preso por ocho plantas", 23 de marzo. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-216433-2013-03-23.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2013b). "Represión, gas pimienta y balas en el Borda", 27 de abril. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-218896-2013-04-27.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Página/12* (2013c). "Adiós a la lógica del castigo", 21 de junio. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-222025-2013-06-11.html> [consulta, septiembre de 2013].
- Puntal* (2013). "Atrapados por la adicción, librados a la buena de Dios", 2 de diciembre.
- THC* (2008). "El reformatorio", n° 12, octubre.
- THC* (2013). "Siguen presos", n° 67, noviembre.
- Tiempo Argentino* (2012). "A propósito de la despenalización", 27 de mayo. Disponible en: <http://tiempo.infonews.com/2012/05/27/editorial-76763-a-proposito-de-la-despenalizacion.php> [consulta, septiembre de 2013].

