

USPPA
Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones

Informe Cuarto Trimestre 2010

Despacho Diputada **Diana Maffía**

Dirección: Lic. **Patricia Colace**

Asesoría técnica: Roberta Ruiz - Santiago Lerena

Colaboró: Ab. Sabrina Vecchioni

Despacho Diputada Diana Maffía

Octubre – Diciembre 2010

Índice

Sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, hacia un cambio de paradigma.

Informe sobre Estándares de Protección de Derechos Humanos aplicables a Personas con Adicciones.

Intervenciones de la diputada Diana Maffía en la ronda de presupuesto a los Ministros/as de Desarrollo Social, Salud, Seguridad y Justicia y a la Defensoría respecto a políticas públicas en adicciones.

Informe sobre el recorrido judicial de los amparos referidos a adicciones.

Incumplimientos del poder ejecutivo.

Consumo de drogas: un nuevo modelo de consideración de daños.

Ejecución presupuestaria. Tercer trimestre de 2010.

Participaciones.

Sanción de la Ley Nacional de Salud Mental

Hacia un cambio de paradigma

La nueva [Ley Nacional de Salud Mental](#), votada por unanimidad en las dos Cámaras del Parlamento Argentino, la Ley Nº 26057 (decreto 1855/2010), es un avance en materia de abordaje de las adicciones, proponiendo un cambio de paradigma en la atención de personas con uso problemático de drogas y padecimientos psíquicos¹. Esta norma deja de lado el enfoque tutelar para pasar a poner el acento en los derechos de las personas que reciben tratamiento, considerándolos sujetos de derecho.

La ley promueve además la interdisciplina, la intersectorialidad y la promoción de dispositivos alternativos de atención al encierro indefinido. En este sentido sostiene la importancia del tratamiento comunitario utilizando la internación como ultimo recurso terapéutico.

El CELS manifestó que "en la actualidad se encuentran 25.000 personas reclusas en asilos psiquiátricos argentinos, donde sufren todo tipos de violación de los derechos humanos. Mas del 80% de estas personas se encuentran encerradas por mas de un año y muchas de ellas permanecen allí de por vida. En su mayoría se trata de pacientes sociales que podrían desarrollar su vida fuera de las instituciones psiquiátricas pero no cuentan con alternativa para hacerlo".²

Según Leonardo Gorbatz, autor e impulsor de la ley, "los derechos humanos no se suspenden por enfermedad mental, muchos jueces en lugar de proteger la autonomía de los usuarios de drogas se ocupan de encerrarlos o derivarlos fuera de su comunidad, atentando contra un derecho fundamental como es la libertad y la inclusión social"; Gorbatz expreso además que "la nueva norma establece el debido proceso que la corte esta reclamando a través de sus fallos para las internaciones en salud mental"

La USPPA adhiere en un todo a este nuevo paradigma planteado por la ley nacional de salud mental y es justamente desde este enfoque de derechos que viene realizando su trabajo desde su creación en el año 2009.

¹ Además de los alcances generales, puntualmente respecto a adicciones reza:

ARTÍCULO 4º.- 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.

ARTÍCULO 43.- Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

² Organizaciones sociales y de derechos humanos exigen una Ley Nacional de Salud Mental - Centro de Estudios Legales y Sociales y otros. Nov. 2010

Informe sobre Estándares de Protección de Derechos Humanos aplicables a Personas con Adicciones

La salud es un derecho humano fundamental que resulta indispensable para el ejercicio de todos los derechos humanos. Por ello los Estados han reconocido en numerosos instrumentos internacionales que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente³.

Asimismo, el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos, de los cuales a su vez depende. Nos referimos, en particular, a derechos como: la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la vida, la no discriminación, la igualdad, el acceso a la información⁴.

Estos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud, cuyos elementos esenciales e interrelacionados son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. En cuanto al elemento de accesibilidad, éste presenta cuatro dimensiones superpuestas que son la no discriminación -esto es, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos-, la accesibilidad física, la accesibilidad económica o asequibilidad, y el acceso a la información⁵.

A continuación trataremos las distintas obligaciones del Estado y sus jurisdicciones respecto del derecho a la salud y, en especial, aquellas debidas a las personas con problemas de adicciones.

El Estado y sus obligaciones

Las obligaciones aceptadas a través de la firma de tratados internacionales en materia de derechos humanos, por el Estado argentino, implican obligaciones para los Estados provinciales y para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos

Entre los numerosos tratados que establecen el derecho a la salud, podemos mencionar: el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y

³ Entre otros: Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25); PIDESC (artículo 12); Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículos 11 y 12); Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24); Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares (artículo 28); Protocolo de San Salvador (artículo 10).

⁴ Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental ("el derecho a la salud"), Informe *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, E/CN.4/2003/58, 13 de febrero de 2003, párr. 31.

⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), E/C.12/1999/10, del 8 de diciembre de 1999, párrs. 1, 3 y 12.

los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso IV) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. También, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también, en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

Respecto de las obligaciones establecidas en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité DESC, entendió en su Observación General Nº 14 que los Estados tienen obligaciones generales y específicas. Las primeras, entendidas como obligaciones de efecto inmediato: "Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud (20)". Asimismo, "La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12".

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Por otro lado, las obligaciones específicas de los Estados comprenden el respeto del derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.

Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros

profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.

La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular velando por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas.

Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país.

Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al uso indebido de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

- **Sistema regional de protección de derechos humanos**

En el sistema regional de protección de Derechos Humanos, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (Art. 10).

Al respecto la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante la Corte), respecto de la Convención Americana de Derechos Humanos, estableció que las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2 del tratado referido, constituyen la base para la determinación de responsabilidad internacional de un Estado; "el artículo 1.1 de la

Convención pone a cargo de los Estados Partes los deberes fundamentales de respetar y de garantizar los derechos, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido, según las reglas del derecho internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por la misma Convención. A su vez, el deber general del artículo 2 de la Convención Americana implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención, y por la otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías” (Cfr. Caso Gómez Palomino, supra nota 21, párr. 91; Caso de la Masacre de Mapiripán, supra nota 21, párr. 109; y Caso Lori Berenson Mejía. Sentencia 25 de noviembre de 2004. Serie C No. 119, párr. 219.)

Asimismo, “la Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre” (Cfr. Caso Baldeón García, supra nota 4, párr. 81; Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya, supra nota 4, párr. 154; y Caso de la Masacre de Pueblo Bello, supra nota 25, párr. 111)

Por otro lado, las personas con adicciones a estupefacientes y sustancias nocivas, a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades mentales sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad (Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, supra nota 35, Preámbulo y Artículo III.1).

Estas prescripciones sobre responsabilidad son aplicables a cualquiera de los derechos reconocidos por los tratados de derechos humanos que conforman el sistema regional de protección, aplicándose, por consiguiente a la protección del derecho a la vida, a la integridad personal y a la salud, derechos pasibles de vulneración en el caso de personas con adicciones.

Asimismo, esta fue la interpretación que efectuara la jueza de primera instancia, Andrea Damas, en la causa iniciada por el Asesor Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por la situación de extrema vulnerabilidad presentada por los niños y adolescentes adictos al paco de la Villa 21/24⁶.

Conclusiones

De la normativa analizada, surge que en el caso de las personas que padecen adicciones a estupefacientes y otras sustancias nocivas, atendiendo al estado de extrema vulnerabilidad en el que se encuentran, resulta necesario que los Estados nacionales y provinciales

⁶ Fallo “ASESORIA TUTELAR JUSTICIA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y TRIBU CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)”. (Expte. 23262/0). Juzgado de 1era Instancia en lo Contencioso y Administrativo de la Ciudad de Buenos Aires. Sentencia del 25/9/2008.

refuercen las políticas públicas a implementar en la materia, a los fines de lograr un acabo disfrute del derecho a la vida, a la integridad personal y a la salud por parte de las personas afectadas.

Asimismo, de las obligaciones de los Estados se desprenden los estándares básicos a aplicar en la materia, los cuales pueden resumirse en:

- Reconocimiento del derecho a la salud y establecimiento de normativa y política pública acorde a la satisfacción de este derecho.
- Accesibilidad irrestricta a la información y tratamiento.
- Capacitación del personal médico.

En todo caso, estos son algunos de los parámetros guía a la hora de pensar y diseñar una respuesta acabada a la problemática de las adicciones y el derecho de las personas que las padecen.

Intervenciones de la diputada Diana Maffía en la ronda de presupuesto a los Ministros/as de Desarrollo Social, Salud, Seguridad y Justicia y a la Defensoría respecto a políticas públicas en adicciones.

La diputada Diana Maffía participó en la ronda de presupuesto; de allí extractamos sus intervenciones respecto a las políticas públicas en adicciones, realizadas a los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Seguridad y Justicia. y a la Defensoría de la Ciudad respectivamente.

• Desarrollo Social:

En cuanto al presupuesto del área de Políticas Sociales en Adicciones en el Ministerio de Desarrollo Social, la diputada dio las siguientes consideraciones y preguntó:

Programa 70: Políticas Sociales en Adicciones	2010	2011	Variación
Presupuesto	12.596.674	16.593.127	+31,7%
Transferencias	8.120.300	8.520.300	+4,9%
Meta física	17.300	26.600	+53,8%

Al igual que en el proyecto de presupuesto 2010, en el correspondiente a 2011 no se incluye la apertura programática de la UNIDAD DE COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES (Observatorio, Prevención y Asistencia). En este contexto sí podemos afirmar que continúa la tendencia a tercerizar la atención, ya que más de la mitad del presupuesto solicitado corresponde a transferencias al sector privado: (\$8.520.300, un monto levemente superior al del año 2010 que fue de \$8.120.300)

Con estos números

- 1. Si sólo se incrementan en un 5% los montos destinados a transferencias al sector privado. ¿Cómo se sostiene financieramente la decisión política de tercerizar la atención si están disminuyendo, en términos reales, las partidas presupuestarias destinadas a este fin? ¿Tenemos que concluir un cambio en la orientación de la política pública, y en ese caso, sírvase informarnos cómo se estaría llevando a cabo?**
- 2. Una vez más, ante la ausencia absoluta de información al respecto, sírvase especificar el monto destinado a campañas publicitarias de prevención como lo indica la ley 2318.**
- 3. En el presupuesto 2010, figuraba una meta física de 17.300 beneficiarios en el programa de atención de adicciones. Esta cifra aumenta a 26.600 personas atendidas para 2011. La cifra resulta fuera de escala tomando en cuenta que al 30 de junio de 2009, en base a información de la Coordinación, habían sido atendidas sólo 473 personas a través de los centros conveniados. Teniendo en cuenta esta situación ¿de dónde surge el dato estimado como meta física?**

Observatorio: sírvase informarnos acerca del presupuesto y metas físicas del Observatorio en Adicciones.

- **Salud:**

Aspectos generales

Se reiteran -y profundizan- las dificultades para conocer el destino de las partidas presupuestarias ya que en muchos programas no se especifican metas físicas y a diferencia de 2010 no se presenta la apertura por Subprograma en programas como por ejemplo el 51 (promoción, prevención y protección en salud) que contiene temáticas tan diversas como Salud sexual, atención materno infantil, redes de salud, ablación de órganos, adicciones, salud ambiental, prevención y tratamiento de patologías...

Programa adicciones

Entre los objetivos de trabajo para el periodo 2011 se destaca el de fortalecer las acciones médicas sobre adicciones. Pese a ello, el subprograma 15 Atención Adicciones, incluido en el presupuesto 2010 en el programa 51 Promoción, Prevención y Protección en Salud sírvase informarnos:

Ejecución y metas físicas del presupuesto asignado para dicho programa en 2010.

Monto y metas físicas del presupuesto de este programa para 2011.

Unidad ejecutora del subprograma 15 para 2011.

Centro "La otra base del encuentro"

Asimismo, nos interesa saber cuales serán los montos afectados a **obras de infraestructura y mantenimiento del Centro especializado en Atención de Adicciones, "La otra base del encuentro"** dependencia del Área Programática del Hospital Piñero, habida cuenta del derrumbe de parte del cielorraso y de la precariedad de las instalaciones

- **Justicia y Seguridad:**

El 4 de noviembre del corriente año en la Comisión de Presupuesto, en su exposición, el Subsecretario de Seguridad Urbana, Matías Molinero, hizo las siguientes afirmaciones:

"El Ministro (se refiere a Guillermo Montenegro, Ministro de Justicia y Seguridad) comenzó hablando de los logros en seguridad vial. Existe uno realmente muy importante, que es el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud, a través de la Organización Panamericana de la Salud, que ha elegido a la Ciudad de Buenos Aires como ciudad modelo... (...)"

“Estaba hablando del reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud, que a través de la Organización Panamericana de la Salud, acaba de elegir hace quince días a la Ciudad de Buenos Aires, en el Año de la Seguridad Vial para la Organización Mundial de la Salud, como ciudad modelo, debido a las prácticas en controles de seguridad vial. Realmente se trata de un reconocimiento internacional que nos llena de orgullo por todo lo que estamos haciendo en materia de seguridad vial desde el inicio de la gestión.

Como bien dijo el Ministro, este año comenzamos a realizar, de manera inédita para toda América latina, el control de uso de estupefacientes para conductores. Hoy estamos realizando, aproximadamente, 2600 controles de estupefacientes mensuales, lo que representa un 10 por ciento de la cantidad de controles mensuales de alcoholemia que realizamos; en promedio, son entre 26.000, con un pico de 28.500 mensuales.

Otro logro muy grande de la gestión fue haber logrado reducir a la mitad, como bien marcó el Ministro, el índice de positivos en controles de alcoholemia. Hoy estamos en la media de los países europeos. Representa un 0,7 por ciento ó 7 por mil la cantidad de controles de alcoholemia que dan positivos.

Como también ya indicó el Ministro, para lograr gastar de la mejor manera posible nuestro presupuesto, durante el año 2010 adquirimos casi veinte dispositivos de control de alcoholemia pasivos, que son de aliento. Esto nos permitió ahorrar muchísima plata en pipetas descartables cuando tenemos un nivel de positivo por debajo del 1 por ciento, lo que generaba un desperdicio enorme de este tipo de instrumentos.

Lo mismo ocurre con el tema de los controles de estupefacientes. En este caso, cada uno tiene un valor de 20 dólares. Justamente, por el valor que tienen, hemos adquirido, por licitación pública, dos pupilómetros. Tenemos un nivel de positivo en los controles de estupefacientes del 4 por ciento, que casi cuadruplica el nivel de positivos en controles de alcoholemia. Pero también la utilización del pupilómetro nos hace ahorrar muchísimo en la cantidad de los reactivos de saliva, debido al valor que tienen.”

Estos dichos motivaron a la diputada Diana Maffía a pedir una intervención, en la que se expresó lo siguiente:

Sra. Maffía.- Sí, muy breve. El Ministro sabe que tengo diferencias fundadas y argumentadas con estadísticas respecto de este método.

En primer lugar, usted dice que en todos los países es así. Pero los países que miden, que no son muchos...

Sr. Ministro (Montenegro).- Es verdad, no son muchos.

Sra. Maffía.- Más bien, son pocos. Ustedes han tomado como ejemplo a Australia, pero hay otros países que miden el consumo de droga. Los países que miden no lo hacen con un estándar, como sí pasa con el consumo de alcohol. El vínculo entre consumo de alcohol y accidentes de tránsito está establecido, pero el vínculo entre consumo de droga y accidentes no está establecido estadísticamente. La cantidad de alcohol que puede generar un accidente está establecida, pero la cantidad de droga que puede generar un accidente no lo está. Entonces, cuando ustedes miden, lo que están midiendo es si esa persona consumió algunos...

Sr. Ministro (Montenegro).- Es lo que dice la ley.

Sra. Maffía.- Sí, lo dice la ley, pero no está establecido en qué sentido. Ustedes no están haciendo prevención de consumo de drogas; ustedes están haciendo prevención de accidentes de tránsito.

Sr. Ministro (Montenegro).- Claro.

Sra. Maffía.- Lo que no está establecido –y eso no lo puede prever la ley, porque es un estudio empírico– es el vínculo entre consumo de drogas y accidentes de tránsito, y qué dosaje de drogas es la que pone en riesgo a los sujetos.

Yo le voy a mandar un artículo, que acaba de salir en la revista inglesa *The Lancet*, acerca de los riesgos –para sí mismos y para terceros- del consumo de diversas drogas en relación con el alcohol.

Considero que los tests de alcoholemia que se hacen en la ciudad de Buenos Aires son ejemplares; sin embargo, tengo profundas discrepancias con respecto a la medición, por el costo de los reactivos y por haber comprado los reactivos antes de decidir lo que iban a medir –es un costo importante el que tuvieron-; finalmente, lo que miden no establece con objetividad condiciones de prevención de accidentes de tránsito, que es lo que su Ministerio debería hacer.

Por otro lado, me encantaría saber si han establecido un círculo virtuoso con el Ministerio de Salud, porque una vez que han comprobado que una persona consume drogas, además de hacerle una multa y sacarle el auto, o de decirle que no siga manejando, ¿hay alguna acción –esto también tiene que ver con la seguridad- para que esa persona no siga consumiendo, o para que tenga un vínculo con el Ministerio de Salud que le permita hacer un tratamiento y evitar que la situación se repita?

Sr. Ministro (Montenegro).- Es lo mismo que si a quienes les da positivo el test de alcoholemia les doy una tarjeta de Alcohólicos Anónimos. ¿No le parece, diputada? Estaríamos metiéndonos en la vida privada de las personas.

Sra. Maffía.- Por supuesto. Entonces, lo que tenemos que medir no es el consumo de drogas, sino los accidentes.

Sr. Presidente (González).- Discúlpeme, pero no alcanzo a comprender el planteo. ¿De qué estamos hablando? ¿De que quien consumió drogas pueda manejar?

Sr. Ministro (Montenegro).- Yo no tengo problemas con que la persona consuma drogas. Es su problema...

Sra. Maffía.- Señor presidente: estamos discutiendo una parte del presupuesto que se aplica a controles de consumo de drogas. Y, al aplicarlo al Ministerio del Ministro Montenegro, tenemos que ver que sea pertinente para su acción. En este caso, el programa es de Prevención de Accidentes de Tránsito.

Sr. Ministro (Montenegro).- Ésta es su opinión. Yo tengo en claro que no estoy persiguiendo a una persona que consume estupefacientes. Lo que estoy diciendo...

Sra. Maffía.- Perdón, lo que yo le presenté a usted, ¿es una opinión o un informe con argumentos y estadísticas?

Sr. Ministro (Montenegro).- Lo que yo le digo es que si una persona consume estupefacientes no puede manejar; son cosas totalmente distintas.

Nosotros, tanto en el informe trimestral anterior ([leer aquí](#)), como en un informe especial ([leer aquí](#)) presentamos un análisis que fundamenta las críticas a las que la diputada se refiere; asimismo, en este informe presentamos el estudio científico publicado por la revista Lancet, referido por ella.

- **Defensoría de la Ciudad:**

Con respecto al programa de asesoramiento y derivación en adicciones que esta a cargo de la Adjuntía N° 4 (Dr. Andrés Elisseche), me gustaría saber en que consiste el asesoramiento y derivación confidencial en adicciones, que servicios brinda a las personas, que presupuesto demandó en 2010 y cual se prevé para el 2011.

En cuanto a las metas físicas, me gustaría saber que resultados se obtuvieron en el año 2010 y cuales se proponen para el 2011, ya que mencionan este programa como uno de los más exitosos de la institución.

Respuestas

Todas las preguntas fueron entregadas por escrito a los respectivos ministros/as y al Defensor, quedando a la espera de las respuestas en un grado de mayor precisión.

Informes sobre el recorrido judicial de los amparos referidos a adicciones

A) Informe sobre la causa "ASESORIA TUTELAR JUSTICIA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y TRIBU CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)" (EXP 23262 /0. 12/12/2006)

Introducción

El Dr. Gustavo Daniel Moreno, en su carácter de Asesor Tutelar a cargo de la Asesoría Tutelar N° 1 ante la Justicia en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, promovió acción de amparo, en los términos del Art. 14 de la Constitución de la Ciudad, contra la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de que **"cese en su omisión en asistir adecuadamente a aquellas personas menores de edad con adicción a las drogas, especialmente con relación al consumo de pasta base de cocaína (paco), que requieren internación voluntaria o coactiva"**.

En tal sentido, solicitó que se ordene al G.C.B.A. que proceda a presentar y ejecutar a través del área administrativa competente, un programa específico de atención a la salud para las personas menores de edad con adicción a las drogas, que implique poner a disposición de sus representados/as lugares de internación destinados a su tratamiento; debiendo para ello establecer asimismo un circuito rápido de evaluación y admisión a tales lugares de internación, ya sean propios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o acordados con organizaciones no gubernamentales dedicadas al tema.

Como fundamento de su pedido, el Sr. Asesor, señaló que se encontraba legitimado para promover e intervenir en cualquier causa o asunto y requerir todas las medidas conducentes para la protección de los derechos de personas menores de edad, en orden a lo dispuesto por el Art. 34 Inc. 2º de la Ley 21 (Ley Orgánica del Ministerio Público), a la vez que el inciso 4º de la misma norma le impone el deber legal de representar a toda persona menor de edad en los términos del Art. 59 del Código Civil, en todo asunto judicial o extrajudicial que afecte sus derechos, pudiendo entablar, en su defensa, todas las acciones y recursos pertinentes, aún en forma autónoma. Por otra parte, el Art. 14, 2º párrafo de la Constitución de la Ciudad adjudica legitimación a cualquier habitante para promover una acción de amparo, cuando la acción se ejerza contra cualquier forma de discriminación, o en los casos en que se vean afectados derechos o intereses colectivos. De allí que considere que con mayor razón estar autorizado a promover la acción de amparo el Ministerio Público Tutelar, cuya función específica constitucional es procurar ante los tribunales la satisfacción del interés social (conf. Art. 125 Inc. 3º de la Constitución de la Ciudad).

Fundamentos de la Acción de Amparo

Respecto de la admisibilidad de la acción de amparo, el Sr. Asesor expresó que *"en el caso de autos se debaten cuestiones relativas a la salud integral de niños, niñas y adolescentes – en especial de los que viven en extrema pobreza en las villas de emergencia-, quienes son*

los principales afectados. Ello evidencia un interés de incidencia colectiva ante la vulneración a sus derechos constitucionales tales como la igualdad y no discriminación (Art. 11 CCABA), el acceso al servicio público de salud para los niños, niñas y adolescentes con menores posibilidades (Art. 17 CCABA), la salud integral (Art. 20 CCABA), la garantía de la atención en salud mental (Art. 21 Inc. 12 CCABA), y la prioridad de los niños, niñas y adolescentes en políticas públicas (Art. 39 CCABA).

Señaló la existencia de **“perjuicios actuales” y “amenazas inminentes” para los niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos que viven en villas y asentamientos, a raíz de la arbitrariedad que lleva adelante la autoridad administrativa al incumplir –por omisión- con la efectivización de un adecuado ejercicio de sus programas de atención a la salud contra la droga, como también en la omisión de adoptar medidas positivas para abordar esta problemática angustiante para toda la sociedad.** Agregó que “la vía elegida tiene su base en los artículos 8 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) ratificada por Ley 23.054 y de raigambre constitucional (Art. 75 Inc. 22), como así también en el Art. 1 de la Ley 26.061 (Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes)”.

Sentado ello, y respeto del daño ocasionado por la drogodependencia, en especial el “paco”; expresó que: *“nadie desconoce el flagelo de la droga para los niños y adolescentes de nuestra sociedad, registrado en los medios de comunicación”.* Así es que concurrieron a la Asesoría Tutelar a su cargo, varios padres de adolescentes de condición humilde, solicitando información respecto de dónde podrían atender el padecimiento de sus hijos con relación a la adicción a diferentes drogas (pasta base o paco, marihuana, cocaína, etc.), a la vez que expresaron la necesidad de un lugar que pudiera evaluar la eventual internación, dado que en los barrios en que vivían era muy difícil sostener un tratamiento ambulatorio como el ofrecido por el Gobierno de la Ciudad.

El 9 de noviembre de 2006, el Equipo de Sacerdotes de las villas de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires (Arquidiócesis de Buenos Aires), que desempeñan su labor en diferentes villas y asentamientos de la Ciudad, le dirigieron una nota mediante la cual le transmitieron su preocupación, por la falta de solución por parte del Estado para aquellos niños, niñas y adolescentes que viven en las villas de emergencia y que se encuentran “devastados” por el “paco” o “pasta base”. Relataron los religiosos que en su labor diaria acompañando a estos chicos, salieron con ellos a buscar ayuda, pudiendo comprobar que **“... no hay nada para ofrecerles”, sólo alternativas imposibles para sus posibilidades,** agregando que **“Son muchos los que quieren internarse, pero están al margen de los programas vigentes”.**

También, hicieron hincapié en el hecho de que estar viviendo en la villa resulta mucho más adverso para los niños, niñas y adolescentes, con relación a otros pares con realidades económicas y sociales diferentes, de allí la necesidad de la existencia de lugares destinados a internación, dado que en las villas resulta muy difícil que un niño, niña o adolescente pueda sostener un tratamiento ambulatorio, ante la falta de contención familiar y social cuando regresa a diario a la villa. Destacó los datos que surgen de la página web (www.sedronar.gov.ar) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, con relación al paco. Así expresó que dicha droga, *“es un estimulante extraído de las hojas de coca, y es el residuo que queda cuando la pasta base es purificada a clorhidrato de cocaína a través de procesos químicos que utilizan sustancias altamente tóxicas para el cerebro. Tiene apariencia de polvo blando amarillento, dependiendo de la cantidad de sustancias agregadas. El paco es más tóxico para el*

organismo que la cocaína y otras drogas. La sensación inicial de excitación y aparente bienestar dura pocos minutos y es seguida rápidamente por angustia, lo que lleva a los chicos a seguir consumiéndola, ocasionando dependencia física y psíquica. Un consumidor de fin de semana puede fácilmente convertirse en un adicto en poco tiempo. A la primera fase de euforia, disminución de la inhibición, sensación de placer, vigilancia, hiperexcitabilidad, impresión de ser competente y capaz, aceleración y distorsión de los procesos del pensamiento, le sigue una segunda fase de malestar, angustia, depresión brusca, inseguridad, deseo incontenible de consumir para buscar efectos de la primera fase. La tercera fase es el consumo ininterrumpido, pérdida de contacto con la realidad, psicosis grave y daño en todo el organismo. Las consecuencias sociales son los altos niveles de angustia, que conducen a acciones desesperadas para conseguir drogas, problemas de orden familiar, social, laboral, judicial y de seguridad. Los niños adictos al paco se vuelven mentirosos, engañan a sus padres y amigos, y para obtener dinero roban o venden lo que tienen a mand'.

Por su parte, la Lic. Ana De Imperio, que dirige el Centro Provincial de Atención a las Adicciones de Berazategui (CPA), expresó que: **"los que prueban el paco quedan 'pegados'". Aunque vinieran fumando marihuana o consumiendo regularmente cocaína, dejan todo al conocer la pasta base, a punto tal que muchos ingresan con quemaduras en la boca, producto de fallas en el armado de la pipa, pero la necesidad de fumar es más grande que el dolor que pueda causar una boquilla de metal que está mal hecha.** Para evitar las quemaduras los usuarios la cubren con cinta aisladora. El miedo a la muerte es un ingrediente central que lleva a los chicos a pedir ayuda para salir de esta droga. Las transformaciones físicas son demasiado elocuentes, sobre todo a nivel respiratorio y esto los coloca frente a una sensación de muerte inminente. Los nuevos consumidores son chicos de 13 o 14 años que directamente empiezan con paco y son víctimas de su propia vulnerabilidad (página web de la Subsecretaría de Atención de Adicciones, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, www.Saba.gba.gov.ar/especialistas17.htm) (fs. 5/5vta.)'.

En virtud de estos datos, el Sr. Asesor Tutelar expresó que "el paco mata", dado que el deterioro que provoca lleva inevitablemente a la muerte social, psíquica, espiritual y física del niño, niña o adolescente. Añadió que la preocupación por el consumo del paco ha llegado a todos los órdenes, así en la Cámara de Diputados de la Nación, existe un Proyecto de Declaración (Expte. 4013-D-2006, trámite parlamentario N° 96) mediante el cual "La Cámara de Diputados de la Nación declara su preocupación por el aumento de consumo del PACO, residuo de la pasta base de cocaína que según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), entre los años 2001 y 2005 se incrementó en un 200 por ciento". Refieren además que el consumo de este residuo de la pasta base de cocaína produce lesiones cerebrales en sólo seis meses, y que a los tres meses las personas pierden entre 15 y 20 kilos de peso.

Ante este cuadro de situación, el actor desarrolló la omisión de las autoridades administrativas en la problemática referida, expresando que frente a la necesidad de dar una respuesta a las consultas recibidas en su Asesoría Tutelar, solicitó al Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García, que informase si dicha institución resultaba apta para el tratamiento de adolescentes con problemas de adicción. La respuesta remitida mediante Nota 2009-HIJCTG-06 de fecha 24 de octubre de 2006 fue que **"...no está destinada a la internación, tampoco al tratamiento de personas con problemas de adicción"**, agregando que dicho ámbito no era el adecuado por la distinta dinámica del paciente, teniendo en cuenta el tratamiento propio de ese hospital, que se enfoca en patologías psiquiátricas propiamente dichas (psicosis, neurosis, depresiones graves, etc.). (fs. 25).

Por otro lado, para tener conocimiento de los recursos existentes en el Gobierno de la Ciudad, el 20 de octubre de 2006 el actor remitió tres oficios: al Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (Oficio N° 1010/06), a la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales (Oficio N° 1011/06), y a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud (Oficio N° 1012/06), solicitando que en el término de 10 días remitieran una serie de información respecto de los programas existentes en el Gobierno de la Ciudad para prevenir y tratar la adicción a las drogas.

El Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes respondió mediante Informe 1577-CDNNYA-06 de fecha 6 de noviembre de 2006, que el Consejo realiza cursos y talleres para padres e hijos, y que en lo específico "... no tiene... atribuciones para organizar programas de asistencia y tratamiento de adicciones...", agregando que "...Los centros de rehabilitación, si hablamos de efectores públicos, están en la órbita del Ministerio de Salud. En cuanto a centros privados están conveniados con la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales o con el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia y Familia, cuya transferencia a la Ciudad está en estudio a partir de la sanción de la ley 26.061". (fs.27/28).

Mediante Nota N° 394-DGSM-2006 de fecha 31 de octubre de 2006, el Sr. Director General de Salud Mental respondió parcialmente el requerimiento efectuado, haciendo saber que en su ámbito funciona el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia (Resolución N° 530-SS-97), coordinado por la Lic. Rosa Daniell, y especificó que dicho programa contempla a pacientes a partir de los 10 años de edad y se "establece asistencia en modalidad ambulatoria a través de distintos efectores que integran la Red Metropolitana de Salud de Servicios en Adicciones Decreto 1757/90". Con relación a los pacientes que requieren internación, señaló que "...Las derivaciones... se tramitan ante el CE.NA.RE.SO., institución que integra la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones". (fs. 31/32). Ante el caso puntual de una adolescente de 17 años de edad (L.Y.H.) que padecía un grave problema de adicción y requería internación, el Sr. Director de Salud Mental respondió que no contaba con dispositivos del tipo "comunidad terapéutica" en el ámbito de esa Unidad Organizadora, adoptándose la modalidad ambulatoria para el tratamiento de la problemática del caso (fs. 33). No realizó ni ofreció derivación alguna al CE.NA.RE.SO. para su representada, y la solución llegó finalmente a través de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, en mérito al insistente requerimiento de ese Ministerio Público Tutelar.

El 6 de noviembre de 2006 remitió el oficio N° 1123/06 al Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO.), (fs. 34) sin respuesta alguna. De allí que produjo un informe a través de la Prosecretaría Administrativa de su dependencia (fs.35), el cual, unido a la información que surge de la página web (www.cenareso.gov.ar), permite inferir que depende del Estado Nacional y tiene un servicio de residencia (internaciones de aproximadamente seis meses, que pueden extenderse hasta un año) para personas de ambos sexos mayores de 18 años de edad, y un servicio de internación en crisis durante 90 días para varones mayores de 14 años).

Por su parte, la Directora General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales respondió mediante Informe N° 1765-DGNyA-06 del 22 de noviembre de 2006 que no cuenta con programas destinados a la prevención y tratamiento de adicciones de personas menores de edad, siendo el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires el organismo que cuenta con programas e instituciones inherentes a dicha problemática; que mantiene un convenio con la Comunidad Terapéutica Por Decir, sita en la localidad de Ituzaingó, provincia de Buenos Aires, y que la institución aloja

adolescentes varones quienes, previo a su ingreso, una vez dictaminada la medida excepcional prevista en el Art. 39 de la Ley 26.061, son evaluados por la comunidad terapéutica (fs. 38/40).

Concluye así el Sr. Asesor Tutelar que con las respuestas recibidas, queda de manifiesto que el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes limita su actividad a la realización de cursos y talleres para padres e hijos, entendiendo que los centros de rehabilitación corresponden a la órbita del Ministerio de Salud. La Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud solamente tiene cuatro centros de atención ambulatoria para la problemática de la drogodependencia, sin contar con dispositivos destinados a internación, los cuales son derivados al CENARESO que solamente atiende a la franja etárea mayor a 18 años y en caso de crisis a adolescentes varones mayores de 14 años. Finalmente, la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales no cuenta con programas destinados a la prevención y tratamiento, manifestando que ello corresponde al Ministerio de Salud. Mantiene convenio con una sola comunidad terapéutica ("Por Decir"), que solamente atiende varones, sin informar qué franja de edad asiste. Se encuentra pendiente la transferencia de dispositivos terapéuticos desde la órbita del Poder Ejecutivo Nacional (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia).

Obligaciones incumplidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Lo expuesto por el Sr. Asesor Tutelar, le permitió remarcar las obligaciones incumplidas por parte del Estado en cuanto a su deber de adoptar medidas positivas tendientes a la asistencia de personas menores de edad con problemas de adicción a las drogas, especialmente "paco" o pasta base que requieren internación, al no contar con centros destinados a resolver la problemática detallada.

Detalla la creación mediante Decreto Nº 1757/1990 de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones, y la aprobación de un programa a desarrollarse en dicha red, con el objeto de brindar una respuesta integral que atienda todos los aspectos del fenómeno adictivo en lo concerniente a lo preventivo, asistencial y resocializador.

Añade las normas dispuestas en la Ley Básica de Salud Nº 153, cuyo Art. 14 Inc. c) expresamente estableció como objetivo del subsector estatal de salud, desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente a las adicciones, entre otros problemas. A su vez, la Ley 448 de Salud Mental tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el Art. 2 Inc. f) establece que la garantía del derecho a la salud mental se sustenta en "...f) La internación como una modalidad de atención aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios" y el Art. t. Inc. nc. a) le asigna a la autoridad de aplicación la formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la norma.

Finalmente, en el Plan de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, reglamentado bajo la resolución 1044/GCBA/SS y programado para los años 2002-2006 se estableció como necesario "...Dirigir la atención a problemas severos tales como: Usuarios de drogas..." y en el capítulo Epidemiología se afirmó el aumento de los trastornos mentales a lo largo de estos 20 años, especialmente en lo que se refiere a las llamadas nuevas patologías, como las adicciones a las drogas, cada vez de comienzo más temprano.

Señaló que la ejecución de dicho Plan, que debió comenzar a partir del 2002, tenía como objetivo para una tercera etapa el cronograma para la asistencia el "Desarrollo de dispositivos para la atención de la población Infanto-Juvenil (hasta 12 años). Habilitación de camas de observación e internación y ampliación del plazo de atención en crisis, en Guardias Psiquiátricas, Psicológicas y servicios de Salud Mental...". Cita casos de adolescentes adictos a las drogas, algunos de los cuales no han tenido solución, pese a la remisión de oficios para su evaluación e internación. (fs. 11 vta.)

Argumentos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, produjo el informe previsto por el Art. 8 de la Ley 16.986, y solicita la citación de terceros. En el mismo, negó los hechos invocados por la actora en la demanda y solicitó su rechazo por considerarla genérica, indeterminada, dogmática, vaga, imprecisa y que afecta su derecho de defensa en juicio. En tal sentido, señaló que la actora no cumplió con el Art. 6 de la Ley 16.986 ni con lo establecido por el Art. 301 del CCAT, relativo a imposición de la carga de la prueba y, en base a ello, sostiene que la pretensión carece de sustento probatorio, reposa en meras aseveraciones, y constituye una denuncia sobre hipotéticas y supuestas omisiones, sin indicar cuáles son las normas incumplidas, ni las omisiones arbitrarias o ilegítimas. Por ende, entiende que se halla ausente una concreta lesión jurídica a un derecho constitucional individual y/o colectivo. Aduce que la actora no ha demostrado que la vía de la acción de amparo sea la más idónea para deducir la pretensión, manifestando que la cuestión que se suscita en autos requiere de mayor amplitud de debate y prueba dada la complejidad, que involucra a diversos actores del ámbito nacional y/o provincial, y a sus respectivas competencias y radio de actuación.

En otro orden de ideas, destacó que la acción de amparo, promovida el 12 de diciembre de 2006, es inadmisibles debido a que la misma se planteó extemporáneamente, según el plazo de caducidad estipulado en el artículo 2, Inc. e) de la Ley 16.986. Para ello considera como punto de partida para el cómputo del plazo los informes pedidos por el Sr. Asesor Tutelar el 20 de octubre de 2006. Con respecto a la improcedencia material de la vía elegida, sostiene que el amparo no es la vía idónea debido a que no existe un deber previo de actuación del G.C.B.A. de cumplir una conducta o prestación consistente en un dar o un hacer, de tipo material o formal y que ante la interposición la acción de amparo debe demostrarse la relación causal directa, inmediata y exclusiva entre la lesión constitucional y la inactividad u omisión imputable a la autoridad pública. A continuación, puntualizó que, en el caso, no concurren los presupuestos de incumplimiento en razón de que de las constancias administrativas que acompaña surge que toda situación de urgencia toxicológica es asistida, con internación de ser necesaria, por los servicios de Toxicología del Hospital Fernández, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Hospital Elizalde.

En cuanto a las patologías psiquiátricas concomitantes y/o descompensaciones derivadas del consumo de drogas psicoactivas (síndrome de abstinencia), la internación, de ser necesaria, se realiza en el Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García. Manifestó el GCBA, que a las personas que consumen sustancias se les brindan tratamientos de rehabilitación en el marco del Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia (Resolución Nº 530/SS/97) con carácter ambulatorio, a través de los efectores dependientes del Ministerio, de Salud, Servicio de Salud Mental en Hospital Generales de Agudos y especializados Ricardo Gutiérrez y Pedro Elizalde, Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, Hospital Tobar García, Centro de Salud Mental Nº 3 Arturo Ameghino, al igual que en los otros tres centros especializados, Centro de Día Carlos Gardel, Centro Biedak y Hospital de Día del Hospital Álvarez.

Por su parte, señaló que las emergencias son auxiliadas a través de los equipos de intervención del SAME y/o de ser necesario por el móvil psiquiátrico del SAME. Destaca que el G.C.B.A. da respuesta, a través de sus efectores, a la problemática del consumo de pasta base de cocaína (paco), que tiene como característica diferenciada respecto a las otras drogas que tiene una rápida afectación somática (SNC), del aparato digestivo, del cardiovascular y del respiratorio. A título informativo, manifiesta que en el marco de lo estatuido en el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia se desarrollan en el ámbito del Ministerio de Salud acciones preventivas tales como charlas, talleres en colegios secundarios, comunicación social y visual, tareas grupales en equipos de adolescencia, una línea telefónica - de 8 a 20 hs. - de la Dirección de Salud Mental que responde ante inquietudes vinculadas con la cuestión objeto de autos.

Para fundamentar lo expuesto, el GCBA, acompañó informes emitidos por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ofrece prueba documental y solicita la citación como terceros del Estado Nacional (Ministerio de Salud de la Nación); al responsable y/o titular del CE.NA.RE.SO (Centro Nacional de Reeducción Social); al responsable y /o titular del SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico); al responsable y/o titular del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; al Estado Nacional (Ministerio del Interior - Policía Federal Argentina).

A fs. 169/179 del expediente de referencia, el letrado apoderado del GCBA acompañó un informe emitido por el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del que se desprende la intención, por parte del Gobierno, de impulsar un proyecto de ley con la finalidad de brindar en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires una respuesta integral al consumo y dependencia de la pasta base de cocaína (P.B.C); **creándose a tales efectos el Plan de Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de P.B.C.** Para ello, acompañó a dicha presentación, un proyecto de ley (fs. 174/178).

Una vez notificado el Asesor Tutelar, éste analizó el proyecto estableciendo que, **“además de haber sido agregado en forma extemporánea, es un mero proyecto sin efecto jurídico, y con relación a las 120 plazas distribuidas en distintas instituciones ubicadas en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires que dependen del CONAF (Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), existe falta de información acerca de la existencia y operatividad en la articulación de esos recursos, lo que se evidencia en la ineficacia de la atención a los casos concretos denunciados”.** Finalmente en su escrito hizo mención a la problemática del menor I.A.E. en cuanto a la omisión del GCBA en brindar alojamiento al adolescente para el tratamiento de su adicción.

Asimismo, a fs. 225, el Asesor Tutelar acompañó una nota periodística del Diario Clarín del día 13 de marzo de 2007 titulada *“Buenos Aires tiene el primer centro del país para tratar adictos al paco”*, haciendo referencia a un centro abierto en el Barrio de Flores llamado “Casa Puerto”, con capacidad para 100 pacientes por día, con 27 camas para internación y posibilidad de instalar 20 más. El mismo día 13 de marzo de 2007 el Sr. Asesor Tutelar a fs. 229 expresó que recibió una nota de la Sra. Presidenta de la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, diputada María Soledad Acuña, donde denunció la deficiente situación de infraestructura y de seguridad del Centro de día “La Otra Base del Encuentro”, destinado al tratamiento ambulatorio de personas drogodependientes. Solicitó allí como medida para mejor proveer se intime a la demandada a informar y acreditar la existencia del nuevo centro inaugurado, modalidad de atención, programa que sirve de sustento para su aplicación, presupuesto, nómina de personal, etc. (fs. 225 y 229).

Pedida que fue dicha información, tuvo respuesta a fs. 241. Allí la demandada informó que "Casa Puerto" funciona en la calle Curapaligüe 571. Se contempla atender pacientes entre 6 y 18 años de edad, ambos sexos, con horario de atención a partir de las 9 horas, sin perjuicio de la atención durante las 24 horas para pacientes alojados. El mentado alojamiento será voluntario bajo supervisión profesional. El tratamiento ambulatorio será por consultorios externos con psicoterapia individual, familiar y grupal, control psicofarmacológico, centro de día y de medio día con carácter intensivo, integración a talleres socioculturales, sociolaborales, recreativos y de formación pedagógica, integración con subprogramas de asistencia y promoción social. Las autoridades de aplicación serán los Ministerios de Derechos Humanos y Sociales, Ministerio de Salud y de Educación. La articulación de las acciones a desarrollar estarían a cargo de profesionales psiquiatras, psicólogos, enfermeras, entre otros.

- **Audiencia**

Luego de sucesivas suspensiones de los plazos procesales, (a fs. 305) se convocó a una audiencia que se celebró el 2 de octubre de 2007. Allí se resolvió fijar un plazo de cuarenta (40) días a fin de que el Sr. Jefe de Gobierno procediera a la suscripción del que por entonces era un proyecto de Decreto (ver fs. 326/327). Asimismo, dentro del plazo fijado, se debían dictar las normas complementarias que exigiera su implementación. En el marco de lo dispuesto en la audiencia, las partes se comprometieron a que, una vez presentadas las normas necesarias, darían fin al pleito, mediante la correspondiente homologación.

Por su parte, el Gobierno - pese a que su mandante había suscripto la correspondiente acta de audiencia de fs. 328 - apeló la decisión. Se agravó de lo allí decidido, sosteniendo que se incumplió lo dispuesto en el artículo 145 del CCAyT, que se afectó su derecho de defensa y que se produjo una invasión a la zona de reserva constitucional del Poder Ejecutivo. El Sr. Asesor Tutelar contestó el traslado conferido, y el magistrado subrogante rechazó la apelación del decisorio de fs. 328. Sin embargo, frente a la concesión del recurso de queja por parte de la Sala II de la Cámara de Apelaciones del Fuero, se concedió en relación el recurso de apelación interpuesto (fs. 336).

- **Recurso planteado por el GCBA**

Una vez elevado el expediente a la Cámara, el Sr. Asesor Tutelar informó a la Alzada acerca del dictado del decreto 1681/07, y su publicación, entregando una copia del mismo (ver fs. 347/349). En base a ello, consideró que el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada había perdido actualidad.

El Gobierno contestó oponiéndose a ello argumentando que lo decidido violaba la división de poderes e importaba una manifiesta incongruencia. En este sentido, mantuvo su recurso de apelación contra el decisorio de fecha 2 de octubre de 2007. En cuanto al recurso de apelación interpuesto, la Cámara de Apelaciones decidió que a la luz del dictado del decreto 1681/07, la cuestión suscitada había quedado abstracta (ver fs. 359/359 vta.).

Contra dicho decisorio, la parte demandada, interpuso recurso de inconstitucionalidad invocando arbitrariedad y autocontradicción en la sentencia recurrida, por prescindir del marco legal aplicable y de las constancias de la causa. A fs. 382/383 la Alzada, lo declaró inadmisibile.

Sentencia

En 2008, la Jueza dictó sentencia en el expediente de referencia. De los aspectos más destacables de su fallo, cabe destacar que el desarrollo de las normas constitucionales, legales y reglamentarias que han establecido el deber del Estado de realizar medidas positivas de prevención y asistencia de las personas que consumen, entre otras sustancias psicoactivas, la pasta base de cocaína, vulgarmente denominada paco.

Luego de esto, se procedió a evaluar si con el dictado de dichas normas se ha dado cumplimiento a la manda constitucional de garantizar el derecho a la salud en lo que puntualmente requiere el caso, o si, por el contrario, a pesar del dictado de las mismas y las medidas adoptadas –tales como por ejemplo, la creación del centro “Casa Puerto”-, subsiste la omisión ilegítima del Estado Ciudad de Buenos Aires.

De las pruebas e informes presentados por las partes en la causa, la Jueza entendió que: *“el consumo de pasta base de cocaína, resulta un flagelo social de características alarmantes, no sólo por los efectos letales que provoca, sino por el alto grado de adicción que genera en poco tiempo, y la marcada dificultad de recuperación que padecen sus consumidores”*. Destacó, también, que si bien es cierto que para dar cuenta de ello el Asesor Tutelar sólo ha aportado datos que surgen de publicaciones periodísticas, páginas informáticas de organismos nacionales que se ocupan del flagelo de la droga, como lo es el Sedronar, el CE.NA.RE.SO. y algunos informes que su Ministerio Público ha realizado a través de sus funcionarios, esta aparente escasez probatoria no puede llevar a desconocer la existencia del flagelo aludido, hecho por otra parte, reconocido expresamente por el GCBA, que en el transcurso del proceso, dictó el Decreto 1681/07, suscripto el 20 de noviembre de 2007.

Asimismo, la Jueza entendió que *“aunque la accionada ha calificado la demanda de genérica, indeterminada y dogmática por no indicar ‘cuáles son las normas que en la especie se hallarían incumplidas y/o violadas por parte del GCBA’ (fs. 133 y vta), su propia conducta durante el trámite del proceso demuestra que ha advertido la existencia de un deber estatal de actuar frente a la problemática del caso”*.

Además de lo expuesto, el GCBA detalló a fs. 137 y vta. los requisitos del amparo por omisión, especificando así a) la existencia de un deber previo de actuación jurídicamente exigible; b) incumplimiento manifiesto del deber normativo de obrar; c) inactividad u omisión que produce una lesión cierta y ostensible; d) relación causal directa, inmediata y exclusiva y e) ausencia de imposibilidad material o técnica o jurídica, coetánea o sobreviniente, de cumplir con el deber jurídico predeterminado. Considera que ellos no se encuentran configurados en autos, por cuanto la asistencia requerida estaría cubierta por los Hospitales Fernández, Ricardo Gutiérrez, Elizalde y Tobar García (fs. 138). Sin embargo, también durante el curso del proceso, acreditó la puesta en funcionamiento de “Casa Puerto”, ubicado en Curapaligüe 571, establecimiento que el Sr. Asesor Tutelar califica de “intento de cese parcial de la omisión” (fs. 436 vta. in fine).

Con respecto a este Centro, las partes han controvertido su utilidad, por cuanto **“el actor destaca que la demandada no ha dado cumplimiento a la intimación judicial dispuesta a fs. 230 con el fin de acreditar los actos administrativos dictados para su creación, el presupuesto asignado, los nombres y apellidos del personal designado y la existencia de un programa aprobado que sirva de sustento para su funcionamiento”**.

Finalmente, agrega un informe de la visita realizada el 10 de julio de 2008, donde se entrevistara con el Lic. Claudio Orguelte, Director del lugar, quien le informó que **"existían alojados únicamente 8 adolescentes, aún cuando la capacidad es para 30 niños"**. Añade a fs. 438 que la Lic. Baldelli Directora del centro de tratamiento ambulatorio "La otra base del encuentro", sita en Camilo Torres 2101, ha manifestado a esa Asesoría Tutelar que tiene dificultades para el alojamiento de adolescentes adictos en Casa Puerto y que nunca ha podido acceder a una vacante para internar allí a un niño y/o adolescente (adjunta acta labrada el 15 de julio de 2008). Recalca que la internación en Casa Puerto es "voluntaria", lo que implica que en los casos de niñas, niños y adolescentes que no quieren internarse pese a consumir drogas, sus familiares recurren a autoridades administrativas y/o judiciales competentes sin encontrar hasta el presente, un recurso para disponer una internación coactiva, no voluntaria que permita separar excepcional y transitoriamente a sus representados de su ámbito familiar y social para realizar tratamiento.

Atendiendo a lo expuesto, la Jueza destacó que: *"Si bien la Ciudad de Buenos Aires creó un programa especial para la atención integral sobre el consumo y dependencia de pasta base de cocaína (Decreto 1681/07) lo cierto es que aún no ha dictado las normas complementarias necesarias para ejecutar el mismo, omitiendo, de esta manera, garantizar plenamente los derechos humanos de sus habitantes, que gozan de jerarquía constitucional"*.

Así, en este punto, *se analizó si existía una omisión estatal en garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, en especial el paco. La respuesta no puede ser otra que **la afirmativa**.*

Del cúmulo de normas referidas, de distinto rango se desprende un deber estatal de dar satisfacción al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en el punto en cuestión, toda vez que se reconoce al menos en la tarea de prevención, una importante falencia, dado el creciente consumo que se registra a partir de la información periódica que recoge estadísticas efectuadas sobre todo a nivel nacional.

En este sentido se advierte que el GCBA, no ha efectuado un relevamiento pertinente de la problemática del caso. No se han aportado en autos informes estadísticos o técnicos que den cuenta de la población que consume drogas, especialmente el paco en la Ciudad de Buenos Aires, y en consecuencia, de cuáles son los mecanismos de acción que como autoridad administrativa implementará al respecto. El Decreto 1681/07 y los lugares de tratamiento señalados en autos "La otra base del encuentro" y "Casa Puerto", resultan en este aspecto insuficientes por cuanto no parecen responder a una política pública diagramada a tal fin, sino intentos –valiosos pero (insisto) insuficientes- para paliar los efectos del paco.

Frente a los hechos descriptos, las normas citadas y la omisión comprobada, se procedió a indagar cuál debe ser el rol del Poder Judicial al respecto. En base a las normas constitucionales, legales y reglamentarias citadas, se ha establecido la existencia de un deber estatal de garantizar el derecho a la salud integral de niños, niñas y adolescentes, en especial, de aquellos que consumen sustancias psicoactivas, tales como el "paco". Sin embargo, frente a la omisión apuntada, no correspondía, según la Jueza, que el Poder Judicial determine el modo específico de cumplimiento de la manda constitucional, cuestión ésta que queda dentro de la órbita de actuación del poder administrador, no exenta, claro está de eventual control judicial posterior si ello fuere menester. Ello configura la llamada discrecionalidad de la administración.

Para así entender, la Jueza hizo referencia a la Constitución Nacional, la Constitución local y los tratados internacionales, los cuales garantizan el derecho a la salud, dejando en manos de los poderes estatales la determinación de las políticas y su ejecución.

En este sentido, la Jueza entendió que *el Poder Ejecutivo aún cuando realizó medidas positivas tendientes a garantizar el derecho involucrado, reconociendo además las circunstancias fácticas planteadas en la demanda, aún no ha adoptado medidas tendientes a la ejecución definitiva y explícita de las políticas fijadas, y ello torna ineficaz hasta el presente el fin previsto en el Decreto 1681/07, a la vez que impide la plena operatividad de los derechos reconocidos. Su omisión resulta así inconstitucional.*

Para reforzar lo anteriormente expuesto, en el ámbito local acerca de la ausencia de reglamentación, señaló que *"en modo alguno puede conspirar contra la operatividad del derecho reconocido por la ley. Si el jefe de Gobierno omite reglamentar dentro de los plazos razonables una norma legal, ello en modo alguno podrá impedir la efectiva operatividad del derecho"*. (cfr. Sammartino, Patricio M. E. , "Los reglamentos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en la obra colectiva Acto y Procedimiento Administrativo, Editorial Ciencias de la Administración, Pág. 659 y sig.).

Asimismo, **la Constitución Local establece la obligación de garantizar el derecho a la salud integral (Art. 20) y el goce de derechos de la juventud a través de acciones positivas que faciliten su integral inserción política y social (Art. 40)**. La propia Administración ha creado el programa de atención integral sobre el consumo de pasta base y facultó expresamente a órganos administrativos a la instrumentación del mismo (Art. 6 del decreto 1681/07), así como a arbitrar las medidas pertinentes en materia presupuestaria, sin que hasta el presente tales medidas se hayan cumplido.

La Jueza, estableció, finalmente que:

- "Se ha comprobado en autos, a través de los dichos de las partes, la existencia de un número considerable de niños, niñas y adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, específicamente "paco" en la Ciudad de Buenos Aires, aún cuando su número aproximado no ha podido ser establecido fehacientemente en autos, por ser ésta una tarea que incumbe al Poder Administrador.
- Ha quedado sentado también que el "paco" resulta devastador para quien lo consume, no sólo por su alta capacidad adictiva, sino por la rapidez con que provoca daños en diversos órganos del cuerpo, produciendo tal vez en escasos meses, la muerte. Ha quedado expuesta la intención de la Administración de llevar a cabo tareas tendientes a paliar el mencionado flagelo. Al respecto, más allá de las normas señaladas, el dictado del Decreto 1681/07 y la inauguración del centro "Casa Puerto", evidencian el reconocimiento del propio deber estatal de implementar una política al respecto.
- Quedan, sin embargo cuestiones por resolver que son las que impiden que el objeto de este amparo pueda considerarse abstracto. En efecto, **no existen –repito– estudios estadísticos que demuestren que el Estado se encuentra emprendiendo una lucha contra el paco respecto de los niños, niñas y adolescentes que viven en la Ciudad de Buenos Aires. No se sabe el número de niños, pero sí puede advertirse con la sola lectura de la realidad social, que son muchos más que los que hoy reciben tratamiento ambulatorio en los hospitales públicos locales, o en "La otra base del encuentro", o "Casa Puerto"**. Sí se han aportado en autos algunos casos particulares referidos por el

actor, que demuestran la dificultad del abordaje del tratamiento por parte de quienes padecen la adicción al paco, tanto sea porque el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente, o porque no están dadas las condiciones por parte del Estado para una internación coactiva, si ello fuera necesario. También las autoridades reconocen la importancia de la prevención, aunque no se han exhibido en autos las medidas tomadas en ese sentido. *Este tribunal desconoce los tratamientos posibles existentes. Vale decir: sólo la Administración puede definir en términos estadísticos cuántos son los niños, niñas y adolescentes en condiciones de recibir tratamiento; cuántos de estos encontrarían satisfecho su derecho a la salud con un tratamiento ambulatorio, y cuántos finalmente deberían requerir internación, ya sea ésta voluntaria o coactiva, de acuerdo a lo que prevén al respecto las normas legales.* Ello es resorte de los órganos técnicos (médicos, psicólogos, etc.) que son quienes pueden determinar la gravedad de la patología en cada caso, y evaluar en consecuencia la modalidad de tratamiento. Todo ello se encuentra pendiente de cumplimiento.

Por todo lo expuesto, se decidió hacer lugar a la acción de amparo incoada por el Sr. Asesor Tutelar a cargo de la Asesoría Tutelar N° 1 del Fuero Contencioso Administrativo y Tributario; resolviendo:

1. Hacer lugar a acción de amparo incoada.
2. Ordenar al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a que en el plazo de noventa (90) días proceda a garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires que consumen la pasta base de cocaína (P.B.C. o "paco"). En consecuencia, deberá realizar todas las acciones positivas y proceder al dictado de las normas necesarias para el establecimiento de lugares destinados tanto a la prevención como al tratamiento de este flagelo, ya sea ambulatorio como de internación, y en este último caso, voluntaria o coactiva que pudiere serle requerida por los representantes legales o las autoridades públicas pertinentes. Deberá asimismo establecer un rápido sistema de evaluación y admisión del afectado, dando así concreto y efectivo cumplimiento a las normas constitucionales, legales y reglamentarias señaladas, en especial al Decreto 1681/07.
3. Hasta tanto ello suceda, y sin perjuicio de lo expuesto en el punto precedente, deberá garantizar lo allí ordenado en los casos particulares en que le sea requerido por la vía y forma que corresponda.
4. Costas en el orden causado, en atención a la intervención del Sr. Asesor Tutelar y al modo en que se resuelve (Art. 14 CCABA y 62 CCAyT).

Recurso de Apelación del GCBA

Disconforme con la sentencia de Primera Instancia, el GCBA presentó un recurso de apelación, en el cual criticó el pronunciamiento por cuanto -a su criterio- la Jueza **incurrió en arbitrariedad fáctica y normativa**. Sobre el punto sostuvo que la conducta omisiva imputada al gobierno no aconteció en autos, ya que el GCBA dictó normativa específica, "... *poniendo fin al litigio...*"(v. fs. 480 vta., párr. 2º).

Por otro lado, sostuvo que -en la emergencia- no existe "caso" en los términos del Art. 106 de la CCABA, estableciendo que: "*no hay cuestión justiciable, porque la acción de amparo perdió actualidad, ya que concluyó con el dictado del decreto N° 1681/2007*". Puntualizó,

asimismo, que de las constancias de la causa surgía que el litigio se hallaba concluido y, por ende, no existía omisión ilegítima que torne procedente la vía del amparo.

Asimismo, la sentencia resulta -a su entender- arbitraria por afectar el principio de legalidad presupuestaria, lesionando el principio republicano de división de poderes "... con grave afectación al derecho de propiedad" (fs. 485). Dijo, sobre el particular, que el Art. 53 de la CCABA impone que no se pueden contraer obligaciones sin que lo autorice la ley de presupuesto. De ahí, coligió que *resulta imposible cumplir en el plazo de 90 días, sin tener en consideración el mecanismo presupuestario*. Por otro lado, dijo que el plazo resultaba arbitrario. Finalmente, adujo que la sentencia es incongruente por conceder más allá de lo petitionado por el actor. Por último, **puntualizó que la resolución atacada es difusa, habida cuenta que no determina ni fija la conducta a adoptar por parte de la administración.**

Por su parte, el Sr. Asesor Tutelar replicó los agravios de su contraria, solicitando el rechazo del recurso articulado por el Gobierno.

La Cámara analizó cada uno de los agravios presentados en el recurso por el GCBA, aclarando que la intervención del Tribunal, se limita a los siguientes agravios:

- a) Si la cuestión devino abstracta e inexistencia de caso,
- b) lesión al principio de congruencia,
- c) afectación presupuestaria,
- d) la resolución es difusa, y
- e) arbitrariedad en el plazo de cumplimiento de la sentencia.

Respecto del primer y segundo agravio, a diferencia de lo expuesto por el Gobierno, la cuestión no devino abstracta, ni tampoco se lesionó el principio de congruencia. "En relación a este último, cuadra señalar que, como sabemos, impide a los magistrados decidir fuera de las pretensiones desarrolladas por las partes en el iter procesal. En ese orden, el Asesor Tutelar promovió la presente acción a los fines de que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cese en su omisión de no asistir adecuadamente a '... aquellas personas menores de edad con adicción a las drogas, especialmente con relación al consumo de pasta base de cocaína (paco) que requieren internación voluntaria o coactiva' (v. fs. 1 vta., párr. 3º). Por tanto, solicitó que se ordenara al GCBA '... que proceda a presentar y ejecutar -en los plazos que fije el/la Juez/a- a través del área administrativa competente, un programa específico de atención a la salud para las personas menores de edad con adicción a las drogas, que implique poner a disposición de [sus] representados/as lugares de internación destinados a su tratamiento; debiendo para ello establecer asimismo un circuito rápido de evaluación y admisión a tales lugares de internación...' (v. fs. 1 vta., párr. 4º)".

Asimismo, el Tribunal estableció que: "la comprobación del objeto de la pretensión con la decisión de la Sra. juez de grado, comprueba que ésta resulta ser una derivación razonada y acorde a lo petitionado por la actora en su presentación inaugural. En este aspecto, el agravio del Gobierno se exhibe como ausente de fundamentación y rigor frente a las constancias de la causa. En definitiva, el sustento constitucional del principio de congruencia -en tanto garantía tendiente a resguardar el debido proceso y, por ende, la defensa en juicio- no hay ningún indicio en la causa que compruebe que la decisión puesta en crisis lo hubiera alterado (CSJN, Fallos, 315:106, 329:5903, entre muchos otros)".

En cuanto, a si la cuestión devino abstracta a raíz del dictado del decreto N° 1681/07 y, en base a ello, si existe o no causa judicial en los términos del Art. 106 de la CCABA. Atendiendo a esto entendieron que: **“existe una gran distancia entre la existencia de una norma y la adopción de las medidas concretas y pertinentes que se deben adoptar para hacerla efectiva. Esto es, entre la validez y la eficacia de las normas. En rigor, esa norma no comprueba per se cuál es la asistencia concreta que se está dispensando a los menores afectados por el consumo del “paco”. Es decir, no se cumple con el objeto de la pretensión mediante el simple dictado de un decreto por el que se implementa un programa, si no se acredita -paralelamente- su vigencia práctica y, además, que las medidas adoptadas sean suficientes frente a la dimensión del problema. Cabe recordar que la pretensión del actor no se ciñó a la existencia de un programa sino a su ejecución”.**

Agregó a lo anterior que: *“el Gobierno sostiene que con el referido programa se cumple con las obligaciones constitucionales, en relación a la salud de los menores con adicción a la pasta base de cocaína. Sin embargo, esa afirmación no se apoya en ningún elemento de juicio concreto que demuestre la efectiva y eficaz ejecución de ese programa. En efecto, es resorte del Estado, por encontrarse en condiciones técnicas y fácticas, acreditar la puesta en funcionamiento del referido programa y su suficiencia; lo contrario, deja que sus afirmaciones discurren por el plano de lo dogmático, huérfanas de sustento en constancias idóneas que acrediten la existencia de una política de Estado cierta y eficaz para afrontar el flagelo del consumo del “paco” (ver de esta Sala in re “Barila”, sentencia de fecha 5/2/2007). En definitiva, es la administración quien se halla en condiciones de acreditar las medidas que adoptó y sus implicancias concretas. De tal suerte, **la demandada se limita a sostener que el dictado del decreto en cuestión tornó abstracta la pretensión; sin embargo -a juicio de este Tribunal- si bien se adoptó una medida, no surge -como ya se dijo- que se haya procedido a su concreta ejecución y, además, que haya resultado eficaz’.***

En igual sentido, “la demandada a lo largo de su recurso no se hace cargo de comprobar la incorrección en el temperamento adoptado en la anterior instancia. En otras palabras, no hay constancias concretas que tornen admisible su parecer y la fundamentación de su recurso carece, del debido rigor”.

Por todo lo expuesto, concluyó el Tribunal que: **“no existen indicios concretos que comprueben que la demandada adoptó la totalidad de las medidas necesarias, para afrontar el problema del consumo del “paco” padecido por nuestros menores y desvirtuar de tal modo el comportamiento omisivo acusado por su contraria. (...) Es decir, no está acreditado que se hubieran adoptado todas las medidas necesarias a los fines de la asistencia integral de las personas menores con esta adicción (vgr. institutos de internación coactiva y no solamente voluntaria). En ese orden, pierde, a su vez, virtualidad el argumento de la accionada referido a la inexistencia de caso”.**

Al analizar el agravio de **afectación al principio de legalidad presupuestaria** aludido por el GCBA, los jueces entendieron que: **“Puede advertirse que esa afirmación resulta un simple formulismo carente de toda virtualidad jurídica”.** Agregaron que: *“En rigor, más que un agravio parece una simple excusa”,* ya que la Sra. juez de grado en ningún momento afectó una suma presupuestaria específica, ni tampoco ordenó qué medida concreta se debía adoptar y con qué fondos. En atención a ello, *“las medidas que vaya adoptar, además, deben financiarse con las partidas presupuestarias con las que cuente el área respectiva, a menos que la demandada pretenda -con su agravio- sostener que no*

cuenta con suma alguna para atender el flagelo que se debate en estos actuados; que de ser así sería inadmisibile. Es más, su argumento -en un extremo- corroboraría que el programa instrumentado por el decreto N° 1681/07 nunca fue llevado a la práctica con todos sus alcances, porque de lo contrario, no se logra comprender la alusión a la afectación presupuestaria".

Luego de lo expuesto, lo jueces concluyeron que: *"lo fundamental para desestimar el punto, es que la afirmación -insistimos- es una mera aseveración dogmática, sin ningún tipo de sustento en las constancias allegadas a la causa. Por lo demás, es indiscutible que no se trata -en la especie- de insumir partidas presupuestarias inexistentes, ya que los recursos con los que se financien las medidas a adoptar deben surgir del presupuesto del área competente. En definitiva, aun cuando no cabe ahondar sobre el punto, toda vez que las expresiones de la accionada trasuntan en meras excusas dirigidas contra el pronunciamiento de grado, sin un juicio crítico concreto y razonado; cabe hacer notar que la falta de presupuesto que alega la demandada, carece en autos de respaldo, pues no se encuentra fundada ni expresamente consignada en las presentes actuaciones".*

En cuanto al argumento respecto a la "resolución difusa", señaló el Tribunal que: *"el pronunciamiento de la anterior instancia ha sido sumamente cuidadoso en no invadir materias ajenas a la judicatura, y, prudentemente, dejó librado a la decisión de los cuerpos políticos la adopción de las decisiones que se consideren oportunas y convenientes para resolver el problema. En efecto, no compete -en el contexto de la causa- que los jueces dispongan qué hacer, sino que -comprobada una omisión antijurídica- corresponde a la judicatura ordenar que se efectivicen las medidas concretas para revertir la actitud contumaz de la administración para el restablecimiento de los derechos lesionados. **Por esa razón, el agravio no conmueve -de ninguna manera- el decisorio de la anterior instancia".***

Respecto del último agravio, **"la irrazonabilidad del plazo para el cumplimiento de la condena, no se advierte -a criterio de esta Sala- que sea breve o irrazonable, si se toma en consideración que el Gobierno contó con tiempo suficiente para diagramar la ejecución de las políticas concretas para brindar asistencia a los sectores sociales afectados. En rigor, el plazo de 90 días no se exhibe como exiguo para que el Gobierno comience a ejecutar medidas concretas para poner en práctica los objetivos del programa antes señalado y de todos aquellos que se estime conveniente crear a esos efectos. Por lo demás, tampoco alude a cual sería el plazo razonable en el cual podría cumplirse con el cometido ordenado".**

Atendiendo a todo el análisis efectuado por el Tribunal respecto de los agravios presentados por el GCBA, resolvió el 17 de febrero de 2009, rechazando el recurso.

Recurso de Inconstitucionalidad

El 28 de abril de 2009, la Cámara Contencioso Administrativa y Tributario de la Ciudad, decidió el recurso de inconstitucionalidad presentado por el GCBA contra la sentencia del mismo Tribunal que rechazara el recurso de apelación.

En sus argumentos el GCBA, entendió que existía arbitrariedad en la sentencia recurrida, por incongruente y sumado a otros graves errores de interpretación, apartándose de la normativa aplicable, en violación a disposiciones constitucionales, específicamente, la afectación al derecho de defensa en juicio. Asimismo, consideró que no se configuraron los requisitos de admisibilidad de la acción de amparo, insistiendo en que el objeto de la

pretensión se hallaba satisfecho en virtud de que, tal como lo habrían acordado las partes, el GCBA había reglamentado cuestiones vinculadas con la prevención del "paco"; por lo que se configuraría un supuesto de gravedad institucional.

Al analizar los agravios que el GCBA estableció en su recurso de inconstitucionalidad, el Tribunal entendió que *"más allá del origen constitucional del derecho cuya lesión se invoca, las materias que fueron objeto de tratamiento y decisión en ella quedaron circunscriptas a la interpretación de cuestiones de hecho y prueba"*.

A ello agregó que *"los agravios expresados se corresponden con cuestiones relativas a los hechos, su prueba y adecuación de las normas legales aplicables al caso, de naturaleza infraconstitucional. Como asimismo a la propia interpretación en torno a esas disposiciones. La circunstancia de que la recurrente discrepe con el razonamiento efectuado por la Cámara sobre reglas de derecho común, no significa que la sentencia se torne infundada y, por ende, arbitraria, ni tampoco pone de manifiesto la existencia de un caso constitucional"*.

En cuanto a la vulneración del derecho de defensa en juicio, *"la sola mención de que se habrían vulnerado el derecho de defensa en juicio no es fundamento suficiente para configurar un caso constitucional, si dicha afirmación no tiene una relación directa e inmediata con la materia decidida y debatida en la causa. En este sentido el Tribunal Superior ha señalado que 'la mera invocación de reglas constitucionales conocidas no alcanza para plantear coherentemente un caso constitucional que sostenga el recurso interpuesto"* (causa SAC 58/99 "PACA S.A. s/ recurso de queja", resuelta el 9/9/99, del voto de los Dres. Maier y Ruiz).

Por otro lado, respecto de la supuesta gravedad institucional, el Tribunal estableció que la misma *"es puramente genérica y reitera, una vez más, la discrepancia de la recurrente con la sentencia de Cámara"* (v. doctrina del TSJBA, Causa Nº 2132/01 – "Luna, Hugo Darío c/ GCBA s/ amparo (Art. 14, CCABA) s/ recurso de inconstitucionalidad concedido" voto de los Dres. Ruiz, Maier, Casás, Muñoz y Conde).

En definitiva, concluye la Cámara que **"en atención a que los argumentos de la recurrente se limitan a disentir con la interpretación que el Tribunal le asignó al instituto mencionado, con fundamento en discrepancias respecto a cuestiones procesales, sin llegar a la construcción de un efectivo caso constitucional que registre relación directa con lo impugnado o una específica vinculación entre lo decidido en la causa y los derechos invocadas en el caso, corresponde desestimar el recurso intentado"**. Por lo expuesto, resolvió, declarando inadmisibles el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el GCBA.

- **Audiencia Conciliatoria**

En fecha 26 de noviembre de 2009, se celebró audiencia conciliatoria a instancia de lo solicitado por el Sr. Asesor Tutelar.

En la misma se analizaron los siguientes puntos de cumplimiento de la sentencia de primera instancia:

- Tratamiento de personas adictas al "paco": se adjuntaron una serie de informes tendientes a dar cumplimiento con lo dispuesto en la sentencia haciendo la aclaración de que se había hecho el corte en chicos menores de 21 años, siendo prioridad el tratamiento hasta esa edad. Según el estudio epidemiológico confeccionado por el

Sedronar, complementado por el GCBA, **el resultado es que habría 3.314 personas menores de edad con indicadores de adicción al PACO, los cuales presentan necesidades de tratamiento sin cobertura de salud, por lo que requieren la atención pública.**

- Lugares de Internación: El Ministerio Público manifestó que el punto referido a los lugares de internación se encontraría cumplido atento a que podría atenderse simultáneamente a 512 menores con internaciones indistintamente voluntarias y coactivas. En el Anexo VII (fs. 1168/1170) de la documentación reservada, conforme constancia de fs. 1205, **hay 18 lugares de internación conveniados y 2 propios**. El Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, señaló que trabaja en conjunto con los restantes organismos y explicó que existen distintos equipos que trabajan al respecto con una unidad específica de servicios para trabajar en la Villa 21-24. También articulan con un servicio de admisión e ingreso de chicos menores en conjunto con Desarrollo Social (ingreso ambulatorio, coactivo, etc.).
- Cantidad de personas menores de edad internadas: el Ministerio de Desarrollo informó que hay 250 personas, aproximadamente, internadas (en esa fecha). Asimismo, se señaló que **la internación puede ser coactiva o voluntaria pero el tratamiento no es coactivo**. Se informó, además, que hay lugares que tienen una modalidad autotitulado de lugares semicerrados o cerrados detallados en el Anexo VII. Para ingresar se necesita un circuito de admisión que es de acceso libre, evaluándose en el momento y, de determinarse por un personal idóneo, la derivación es inmediata, **la mayoría de las personas que concurren lo hacen coactivamente**. En este punto, el Dr. Moreno, entendió que *estaría faltando la intervención del Ministerio de Salud dado que los efectores siguen siendo los mismos que habían sido denunciados con anterioridad al dictado de la sentencia*; el representante del Ministerio de Salud, respondió estableciendo que en el Anexo XII, de la documentación mencionada, se encuentra la cantidad de dispositivos de salud para tratamientos de día, ambulatorios y de desintoxicación. En cuanto a la **política de admisión y de atención de los pacientes**, ya existía y funcionaban y había manuales operativos bajados, lo que se hizo fue un refuerzo de comunicación de los manuales operativos ya existentes a todos los efectores de la Ciudad. Respecto de los **lugares**, explicó que la Ciudad cubre la necesidad de absorber los pacientes que requieren internación (en cantidad de camas). Se refirió a la **cantidad de admisiones** que se efectuaron en distintos hospitales públicos; poniendo de relieve la sala específica próxima a habilitarse en el Hospital Fernández y, la avocación a que los mismos servicios se efectúen en el Hospital Elizalde y Gutiérrez. Habrá en el Hospital Fernández 8 camas destinadas a desintoxicación, están pensadas dos salas de 4 personas (femenino/masculino) no especificadas por edades, aunque señala que podrán internarse adolescentes (a partir de los 12 años). El Sr. Asesor Tutelar consultó que sucederá con los niños menores de 12 años; informándosele que serán atendidos en el Hospital Elizalde, Gutiérrez y en la sala pediátrica de cualquier otro nosocomio de la Ciudad. En los casos de desintoxicación cualquier nosocomio atiende, para el cuadro agudo; durando entre 24 y 48 horas. Luego se evalúa y, según las características propias de cada caso, se efectúa la derivación a los dispositivos de asistencia en adicciones (perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social) que corresponda. Esta es la articulación que existe entre los nosocomios y los centros de atención posteriores dependientes de Desarrollo Social, efectuándose dicho nexo a través del Consejo.

- Intervención del Consejo: En Casa Puerto, centro creado específicamente para el tratamiento de la adicción al "paco", se hace la admisión fuera del horario de atención. En todos los casos en que el niño solicita ayuda se le da intervención al Consejo, quien solicita el recurso de admisión. Asimismo, cuenta con un servicio de admisión y de internación de operadores sociales y de abogados que trabaja las 24 horas, todos los días del año. Los hospitales también tienen la obligación de comunicar al Consejo.
- Plan Integral de la 21-24: El representante del Ministerio de Desarrollo Social informó que en 4 villas más (Piletones, Villa 19, Villa 20, Villa 3) se harán acciones concretas en adicciones que son disparadores (casas de día, unidad de prevención) para que comiencen a actuar los restantes ministerios. El Consejo manifestó que los ingresos que no son voluntarios tienen un proceso administrativo o medida especial, hay diferentes dispositivos jurídicos que marcan el ingreso. A su turno, la representante del Ministerio de Educación informó que si se presenta un niño en la escuela coordinan directamente con la guardia de abogados del Consejo y SAME. A partir de la Unidad Apoyo del Proyecto Escuela, existen profesionales que articulan con las escuelas y difunden información. También hay trabajos preventivos con escuelas, docentes, alumnos y familias a través de actividades a los que ya han asistido más de 9.000 personas.

Atendiendo a todo lo discutido se resolvió fijar un plazo máximo hasta el día 28 de diciembre de 2009 para que se acompañen los informes, a saber: (i) Protocolo de Intervención en relación a la problemática de las adicciones en la Ciudad de Buenos Aires a efectuar por el Consejo de los Derechos del Niñas, Niños y Adolescentes y (ii) el informe del Ministerio de Educación referido a las actividades de prevención. Cúmplase con la vista ordenada a fs. 1205.

- **Sentencia Genérica**

El 24 de septiembre de 2010, la Jueza Andrea Damas dictó sentencia genérica en la causa, respecto de la solicitud de intervención de terceros efectuada por el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes a fs. 1500/1503.

Este pedido se originó (a fs. 1500/1503), con la presentación de Beatriz Orlowski de Amadeo, Presidenta del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, quien solicitó la intervención del mencionado organismo en calidad de tercero (conf. Art. 84 Inc. 1º del CCAyT), dado que sostiene que el trámite y la sentencia del presente proceso afectan su interés propio. Al respecto, señaló que el Consejo que preside fue intimado a dictar medidas excepcionales para todos los niños/as alojados en comunidades terapéuticas, notificando tal resolución en forma directa a su persona en el domicilio del organismo de referencia.

Destacó que esta obligación afecta al organismo que preside en forma directa, por cuanto impone el cumplimiento de una obligación contraria a la normativa que dicho organismo está obligado a cumplir, de conformidad con lo prescripto por la ley nacional 26.061 y ley local 114. Estos argumentos fueron expuestos en el escrito de apelación presentado oportunamente y que, de no ser considerados, quedaría firme una obligación de imposible cumplimiento que derivaría en la aplicación de una sanción o apercibimiento impuesta de manera personal en cabeza de la mayor autoridad del organismo: la Presidenta.

Resultó que, de conformidad con los artículos 84 y 85 del CCAyT, el organismo tiene derecho a actuar en calidad de tercero, cualquiera fuere la etapa o instancia en que el proceso se encuentre, si se afecta un interés propio y, en forma accesoria y subordinada a la parte a quien apoyare, no pudiendo alegar ni probar lo que estuviere prohibido a ésta. Por ello, solicita que se declare la intervención voluntaria como tercero del Consejo, en aplicación de los artículos 84 y 85 del CCAyT, marco en el cual se efectuaron sus presentaciones anteriores.

El Sr. Asesor Tutelar contestó el traslado efectuado, solicitando el rechazo de este pedido.

Al analizar lo solicitado, la Jueza Danas, estableció que *"la intervención voluntaria de terceros es una figura que ha sido acogida por el Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires en su artículo 84 y que se configura cuando el tercero se presenta en un proceso ajeno para hacer valer su propio derecho. Allí se contemplan dos supuestos en los que procedería esta intervención: (i) si se acredita que la sentencia puede afectar el interés propio de quien efectúa la petición y (ii) si, según las normas del derecho substancial, quien requiere la participación hubiese estado legitimado para demandar o ser demandado en el juicio"*. De las constancias de la causa surge que, *"a fin de dar cumplimiento con la sentencia firme dictada en autos, el día 07/07/10 se intimó a la Presidenta del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para que en el término de diez días dictara la totalidad de medidas excepcionales en los términos del artículo 39 de la Ley Nº 26.061, respecto de los niños/as y adolescentes que se encontraran realizando tratamientos en comunidades terapéuticas bajo apercibimiento de lo dispuesto en los artículos 30 y 397 del CCAyT (fs. 1454). Se ordenó notificar dicha intimación al GCBA y a la Presidenta en forma personal. Notificada la mencionada funcionaria de lo allí ordenado, conforme cédula obrante a fs. 1459, se presentó e interpuso recurso de aclaratoria y, subsidiariamente, de apelación contra la mentada providencia (fs. 1460/1463). Ello así, tanto respecto de la obligación del dictado de las medidas excepcionales por parte del organismo mencionado (punto V.a.) como así también en torno a la aplicación del apercibimiento en su cabeza (punto V.b.)"*.

A fs. 1477 se tuvo a la presidenta por parte en el carácter invocado y se corrió un traslado al Sr. Asesor, quien lo contestó a fs. 1478/1479. Allí interpuso recurso de revocatoria contra el mentado auto, en tanto se tuvo por parte a la Presidenta del mencionado organismo cuando ella no es parte de las actuaciones ni tiene personalidad jurídica propia. Como consecuencia de lo allí señalado, a fs. 1481 se revocó la providencia de fs. 1477 en ese aspecto. Notificada de lo allí decidido, a fs. 1500/1503 la Sra. Presidenta del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes solicitó la intervención de dicho organismo como tercero y apeló la mentada providencia.

Asimismo, la Jueza entendió que *"la petición que aquí se intenta tiene como objeto que se admita al Consejo como tercero en este proceso en tanto que la obligación impuesta a fs. 1454 lo afecta en forma directa. Por su parte, no puede dejar de mencionarse que la Sra. Presidenta también se ha presentado en la causa con el fin de apelar, además de la obligación, el apercibimiento dispuesto para el caso de incumplimiento. Así, cabe diferenciar la petición efectuada solicitando la intervención del Consejo como tercero, de la apelación efectuada por la Sra. Presidenta del mencionado organismo en torno al apercibimiento fijado. En lo referido a la intervención del Consejo, cabe señalar que es la circunstancia de que este pedido haya sido efectuado en la etapa de ejecución de la sentencia la que habilita su rechazo sin más. Máxime si se tiene en cuenta que el organismo referido forma parte del ámbito de la Jefatura de Gobierno y es la Procuración General de la Ciudad el órgano que debe representarlo en juicio"* (conf. TSJ, "Liga de Amas de Casa, Usuarios y Consumidores de la República Argentina y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ acción declarativa

de inconstitucionalidad”, Expte. N° 480/2000, 08/02/01, Fallos del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires, III, 2001, Ed. Ad. Hoc., Buenos Aires, 2004, Pág. 6/8).

Agregó que *“distinta es la situación en torno a la legitimación de la Sra. Presidenta del Consejo para cuestionar el apercibimiento fijado en autos debido a que éste es de carácter personal y la afecta directamente. Así, no cabe más que aceptar su legitimación para que articule las defensas que estime necesarias al respecto”*.

En base a las consideraciones mencionadas, se resolvió:

1) Rechazar el pedido de intervención como tercero del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el presente proceso solicitado a fs. 1500/1503 (conf. Art. 84 del CCAyT).

2) Reconocer la legitimación de la Presidenta del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes respecto del apercibimiento impuesto a fs. 1454 y, en consecuencia, conceder el recurso de apelación interpuesto a fs. 1460/1463 sólo en lo que respecta a los fundamentos del punto V.b.

B) Movimiento Judicial Causa: “VILLA 21-24 (LA TOMA) CONTRA INSTITUTO DE VIVIENDA DE LA CABA Y OTROS SOBRE OTROS PROCESOS INCIDENTALES” (Expte. 12975 / 9)”

Introducción

Los vecinos de las Villas 20, 21 y 24, comúnmente denominadas “La Toma”, iniciaron acción de amparo contra el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Instituto de Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires; a los fines de obtener la debida urbanización del barrio todo lo cual permitiría erradicar muchos de los problemas de inseguridad, mejorando la calidad de vida. Asimismo, se buscaba dar una solución a la situación de los niños y adolescentes que consumían drogas, especialmente, “paco”.

Plan Integral y Multidisciplinario de Trabajo

El Plan Integral fue suscripto por el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, a través de sus respectivos representantes: Lic. María Eugenia Vidal, Ministro Jorge Lemus y la Lic. Jesica Malegarie, respectivamente.

Cumplimiento del Plan Integral y Multidisciplinario de Trabajo

El 19 de junio de 2009, el Juez Roberto Gallardo, en la Homologación de la Propuesta del Gobierno de la Ciudad, solicitó que se haga saber “a la Señora Presidenta del Consejo de Derechos de Niños Niñas y Adolescentes que deberá acompañar en autos las medidas especiales adoptadas respecto de los menores Federico, Matías; López, Facundo; y Coronel, Viviana”. También, debía “informar las razones por las cuales no se ha podido efectivizar el

ingreso del adolescente Lucas Díaz a un dispositivo de tratamiento de adicciones, y las medidas a adoptarse en los casos de los menores Víctor Hugo Díaz”.

Asimismo, se homologó la propuesta de plan integral de trabajo efectuada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires haciendo saber que en el término de cinco (5) días “deberán subsanar las omisiones observadas por el Señor Asesor Tutelar respecto de a) Establecimiento de un límite temporal a los intentos de disuasión entre cada uno de los abordajes. Para los casos que motivan la internación especificar si se requerirá algún requisito previo o se procederá a la internación inmediata Indicar cuáles serán los Hospitales que podrán realizar el proceso de desintoxicación de los menores en caso de ausencia de plazas disponibles en el hospital Elizalde. Indique el plazo en el cual el Ministerio de Desarrollo Social establecerá la comunidad terapéutica aconsejable a la patología del menor luego de su desintoxicación y asimismo cuáles son las comunidades terapéuticas con las que cuenta dicho Ministerio así como la modalidad de cada una de ellas. Indique los turnos en los cuales prestarán servicios los profesionales de los diferentes equipos”.

Por otro lado, se ordenó al GCBA, que debía “realizar a través las dependencias correspondientes, un relevamiento de los niños niñas y adolescentes que padecen adicciones a las drogas en el ámbito de la villa 21/24. A tal efecto se practicará un relevamiento con supervisión judicial, a los fines de determinar la fecha y modalidad del mismo”.

El 14 de agosto de 2009, atendiendo a los informes presentados en la causa por COORPORACION BUENOS AIRES SUR a fs. 344/349, y toda vez que la firma IATASA “llevará a cabo el relevamiento de la infraestructura urbana existente y anteproyecto de la infraestructura y redes de servicios para las viviendas de la Villa 21/24”, y en atención a lo solicitado por el Sr. Asesor Tutelar; el Juez Gallardo resolvió ordenar a la CORPORACION BUENOS AIRES SUR incluir en el proyecto que llevará a cabo la firma IATASA (Ingeniería y Asistencia Técnica Argentina S.A.) relacionado con la obra de infraestructura y redes de servicios para la población de villa 21/24, la extensión de la red de gas natural que deberá incorporar al comedor Grupo Comunitario “Padre Daniel Sierra”.

También, ordenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la provisión en forma inmediata de garrafas al referido comedor, hasta tanto el mismo cuente con gas natural.

El 2 de septiembre de 2009, con motivo de la audiencia celebrada a los fines de establecer el estado de cumplimiento de los términos del Plan Integral, el Señor Asesor Tutelar, manifestó que “en virtud de que la citación dispuesta lo ha sido con carácter de personal e indelegable, el Ministerio Público Tutelar se opone a la celebración de la audiencia y peticona se provean las medidas pendientes de resolución”. Por su parte, el letrado patrocinante de la Procuración General de la Ciudad manifestó haber llevado toda la documentación necesaria para la celebración de la audiencia, es decir, la totalidad de la documentación y actuaciones administrativas vinculadas a la creación e implementación del Plan Integral Multidisciplinario Villa 21/24 conforme fuera requerido judicialmente. En este punto, el Subsecretario informó que desconocía si la acompañada es toda la documentación obrante en el ámbito del Ministerio.

Atendiendo a lo expuesto, el Juez resolvió que: “Toda vez que la presente [audiencia] ha sido ordenada para la comparencia con carácter de personal e indelegable del Señor Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Dr. Jorge Lemus, conforme surge de fs. 534 –oficio dirigido al Señor Ministro de Salud- y fs. 535 – oficio dirigido a la Procuración General de la Ciudad - la delegación efectuada y agregada a las actuaciones deviene improcedente por lo que corresponde hacer lugar a lo peticionado por el Ministerio Público y dar por terminada”.

De esta manera, en la audiencia reseñada no fueron expuestos los puntos de avance del Plan homologado.

El 7 de septiembre de 2009, el Juez Gallardo libró una orden de allanamiento para que la funcionaria por el designada, Dra. Cecilia González de los Santos, conjuntamente con el Dr. Hernán García y el personal policial que la acompañará, se constituyera en el domicilio del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y procediera a requerir la entrega de la totalidad de la documentación, comunicaciones y actuaciones varias vinculadas con el denominado PLAN INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIO DE TRABAJO EN VILLA 21/24.

En caso de negativa, habilitaba dicha orden "a registrar, individualizar y secuestrar la documentación aludida encontrándose autorizada a allanar domicilios y violentar cerraduras".

El 19 de abril de 2010, el Juez Gallardo, atendiendo a lo peticionado por el Señor Procurador General de la Ciudad, y los informes técnicos acompañados a la presentación en despacho, aprobó, sujeto a control de efectividad, el sistema de cumplimiento de la orden impartida en cuanto a proveer el servicio de ambulancia durante las 24 horas del día en le Villa 21/24 de esta Ciudad. Asimismo, estableció que a efectos de verificar la efectividad del cumplimiento se dispondrá, aleatoriamente, un sistema de simulacros.

También, en este acto, el Juez dejó sentado que "el Señor Ministro de Salud no ha dado cumplimiento a lo ordenado en autos, así como tampoco ha ofrecido la forma de hacerlo, limitándose, nuevamente a interponer recurso de recusación contra el suscripto, efectivizado que sea el cumplimiento de la medida aprobada en el presente, peticíonese y se proveerá".

Por otro lado, el 13 de mayo de 2010, se celebró audiencia respecto de las mejoras de infraestructura establecidas en el Plan Integral. A la misma comparecieron: por la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires los letrados Carlos Ignacio Salvadores de Arzuaga y Claudio A. Fernández Poli; por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad los letrados Omar Eduardo Bianchi y Ricardo Rubén Yapur; por la Corporación Buenos Aires Sur el letrado Ariel Cesar Silvio Solar Grillo; y por la Asesoría Tutelar lo hace la Dra. Irene Marcó.

Las preguntas realizadas por la representante de la Asesoría Tutelar fueron las siguientes:

- A Corporación Buenos Aires Sur: Si la empresa IATASA concluyó el relevamiento conforme se informa a fs. 845/855 de autos. El representante de C.B.S responde que se encuentra terminada la certificación Nº 4 que procede a describir acompañando asimismo una memoria descriptiva de la Licitación 5- CBAS-08.

La Dra. Marcó solicitó se acompañe en autos el Soporte documental de la información agregada, la que el representante de la C.B.S se comprometió a acompañar en autos, en el término de diez (10) días. Asimismo acompañó un informe de estado de la totalidad de las obras en curso y finalizadas en el ámbito de la Villa que se agregan a la presente.

- Si se encuentra prevista la inclusión en las obras de la conexión de gas para el comedor "Padre de la Sierra". Sobre este punto el Representante de la Corporación Buenos Aires Sur, solicitó en el acto la remisión de un informe que acompañará en idéntico plazo que el anterior.
- Acerca de la zona denominada "La Toma", si el representante de la C.B.S. puede especificar en su caso, la existencia de obras o en curso o supervisión para el período

2010 en la zona referida. Respecto del punto el Representante de la C.B.S. se compromete a relevar la información peticionada sin perjuicio de la ya acompañada en el expediente.

Sentencia Interlocutoria Residual

El 15 de junio de 2010, luego de ser elevado el expediente para su decisión por la Cámara Contencioso Administrativa y Tributario de la Ciudad, los jueces WEINBERG, BALBIN, CORTI, resolvieron atendiendo al recurso de apelación interpuesto y fundado por el señor Ministro de Salud—a fs. 228/34—, contra la resolución dictada en el marco de la audiencia de cuya celebración da cuenta el acta obrante a fs. 214/5. A fs. 260 y 265 de este incidente y 162 del incidente EXP N° 12975/24 se confirió vista al Ministerio Público Tutelar.

Al cabo de la audiencia mencionada, el juez de primera instancia concluyó que: “se mantenía el incumplimiento de los compromisos asumidos por el señor Ministro de Salud con respecto al Plan Integral Multidisciplinario de Trabajo en la Villa 21-24 y, por tanto, ordenó:

1) remitir a la Legislatura una copia certificada del expediente “...a fin de que se evalúe el mal desempeño del Sr. Ministro de Salud”; remitir copias de la causa a la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional “...a los efectos de investigar la comisión de los delitos de incumplimiento de los deberes de Funcionario Público y desobediencia...” por parte del ministro; y

2) Librar oficio al Banco Central de la República Argentina a fin de que proceda a bloquear la totalidad de las cuentas bancarias y/o crediticias que pudieran tener como titular al nombrado funcionario, dejando aclarado que la medida será dejada sin efecto cuando se acredite de manera fehaciente el cumplimiento de las medidas no acatadas hasta ese momento”.

Esta decisión dio lugar al recurso individualizado al comienzo y, a su vez, fue recurrida por el Gobierno de la Ciudad (incidente EXP N° 12.975/24, fs. 132/6).

Al expresar sus agravios el señor Ministro de Salud argumentó que:

- La medida impugnada resulta formalmente improcedente por carencia de apercibimiento previo;
- La sanción es desproporcionada, de monto indeterminado y de carácter confiscatorio;
- Se le endilga un incumplimiento inexistente; y
- El juez le imputó expresamente la comisión de un delito y, a su vez, aseveró que ha incurrido en mal desempeño.

Estos agravios coinciden con los deducidos por el Gobierno en el marco del incidente N° 12975/24.

En primer lugar, destacaron los jueces que “el bloqueo de las cuentas bancarias de titularidad del señor Ministro de Salud no fue precedido de un apercibimiento específico”. En segundo lugar, “es del caso poner de relieve que, dado el contexto de la resolución, ella tiene

por objeto compeler al cumplimiento de las prestaciones comprometidas por el apelante con relación al plan integral antes aludido”.

En efecto, luego de analizar con detalle los hechos anteriores a la decisión y que habían sido ponderados por el magistrado de primera instancia, la Sala ordenó —entre otras cosas y en cuanto interesa para resolver— que se intime al señor Ministro de Salud al cumplimiento cabal de cada uno de los compromisos asumidos en el marco del Plan Integral de Trabajo Villa 21-24, disponiendo que a tal fin deberá adoptar —dentro del plazo de cinco días de la notificación— todas las medidas conducentes en la órbita de su competencia, con el objeto de garantizar la ejecución efectiva de las prestaciones a cargo del área de su titularidad conforme los términos del acta acuerdo que instrumenta el plan en cuestión, bajo apercibimiento de la imposición de astreintes, en forma personal, a razón de quinientos pesos (\$ 500.-) por cada día de demora (expediente citado, resolución del 31 de mayo de 2010).

En último término, cabe mencionar que la inhabilitación del uso de todas las cuentas bancarias y, consecuentemente, del acceso a la totalidad de los fondos obrantes en el sistema bancario a nombre del destinatario de la medida, sin especificar un importe y un período de tiempo que comporte un límite a la indisponibilidad, controvierte —entre otros— el principio de intangibilidad de la remuneración. Así las cosas, se impuso concluir en la pertinencia de dejar sin efecto la medida en cuestión. Por ello, a fin de liberar las cuentas, corresponde librar oficio de manera inmediata a la señora Presidente del Banco Central de la República Argentina.

Para así decidir, los jueces entendieron que “Lo expuesto hasta aquí resulta suficiente para admitir los planteos recursivos sometidos a decisión de esta Cámara, en tanto las restantes cuestiones mencionadas en los memoriales no resultan sustanciales a los fines de resolver. Al respecto, corresponde puntualizar que —según se ha señalado reiteradamente— el tribunal no se encuentra obligado a seguir a los apelantes en todas y cada una de las cuestiones propuestas a consideración de la alzada, sino que ha de abordar expresamente tan sólo aquellas que resultan conducentes y esenciales para decidir el caso y bastan para sustentar un pronunciamiento válido (CSJN, Fallos, 248:385; 272:225; 297:333; 300:1193, 302:235, entre muchos otros)”.

En mérito a las consideraciones expuestas; el tribunal resolvió:

- 1) Dejar sin efecto la interdicción de las cuentas bancarias de titularidad del señor Ministro de Salud.
- 2) Ordenar que, a fin de liberar las cuentas, se libere oficio de manera inmediata a la señora Presidente del Banco Central de la República Argentina para que se levante el bloqueo.

Oficio a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires

Luego del pronunciamiento de la Cámara, el 2 de septiembre de 2010, y devueltos los autos al tribunal del Juez Gallardo, éste libró un oficio judicial a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de remitir copia certificada de la sentencia dictada por la Sala I de la Excma. Cámara del fuero para ser agregada a “las actuaciones oportunamente iniciadas a fin de investigar el desempeño del Ministro de Salud Dr. Jorge Lemus en los términos del Art. 92 de la Constitución de esta ciudad”.

Al respecto no se registra ningún otro acto judicial acerca del cumplimiento de los términos del Plan Integral aceptado por el GCBA y homologado por el Juez interviniente, ni sobre el estado de las medidas respecto de las personas cuyo tratamiento por su adicción al paco se ordenaba.

Incumplimientos del Poder Ejecutivo

I) Informes sobre diversos puntos referidos al tratamiento de las adicciones. (Ver proyecto: [1684-2010.](#))

Este proyecto, que solicita información sobre diversos puntos referidos al tratamiento de las adicciones, fue presentado el 22 de junio y se voto el 1º de septiembre con número de despacho 553. Es de señalar que los pedidos de informes son un instrumento valioso que cuentan los legisladores para poder realizar evaluaciones y seguimiento de las políticas publicas.

Hasta la fecha no hemos recibido respuesta por parte del poder ejecutivo, aunque el plazo para responder es de 30 días aproximadamente.

II) Centro la otra base del encuentro

En el informe anterior ([Informe USPPA 3er Trimestre](#)) hicimos referencia al estado de situación que se encuentra el centro de atención en adicciones la otra base del encuentro; producida por la caída del techo.

Han pasado casi dos meses y no se ha encontrado las soluciones; se sigue atendiendo en un container que ubicaron el la puerta del centro, única respuesta dada por el poder ejecutivo a tal situación de emergencia.

La justicia intercedió para que se repare de manera inmediata el centro. Con la sentencia de la magistrada Alejandra Danas el ejecutivo debía presentar un plan de obras y reparaciones. Esto no fue cumplido y se apelo a la sentencia. Una vez mas el gobierno porteño opto por retrasar las obras y no dar respuesta a las problemáticas acuciantes de los ciudadanos y ciudadanas que se encuentran afectados por las adicciones.

Los argumentos dados por el poder ejecutivo a la sentencia de la Dra. Danas -realizados a mediados de octubre- de implementar en forma inmediata las condiciones de habitabilidad y seguridad, son que consideran *muy breve* el plazo para presentar el diseño y el plan de obras, y que viola la ley de contratación.

En este sentido queremos destacar que esta situación lamentable que padece el centro dista de muchos años, y siempre se ha optado por mirar para otro lado y no tomar medidas al respecto; prueba de esto es que ya en el año 2009 desde esta unidad hicimos reclamos y denuncias por la situación de inhabitabilidad y falta de estructura en la que se encontraba el centro.

Según dichos expresados por el jefe porteño Mauricio Macri y el ministro de salud Jorge Lemus, la prevención y tratamiento de las adicciones es un tema prioritario en su agenda política, por lo tanto esperamos que den las soluciones adecuadas para resolver la situación de uno de los dispositivos mas importantes con que cuenta la ciudad para dicho trabajo, por encontrarse este en una de las zonas mas vulnerables y de afectación a dicha problemática.

III) Campañas de prevención

En cuanto al monitoreo de campañas realizadas sobre prevención de adicciones -cuya obligatoriedad esta determinada por la ley N° 2318 (de Prevención y Asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras practicas de riesgo adictivo)- hemos encontrado las siguientes acciones:

Podemos ayudarte

Centros de Prevención Social en Adicciones

<p>La Boca Coronel Salvadores 799 tel.: 4303-1393 cpsalaboca@buenosaires.gov.ar</p> <p>Lugano Cafayate 5230 tel.: 4124-5893 cpsalugano@buenosaires.gov.ar</p> <p>San Cristóbal Av. San Juan 2353 tel.: 4308-0289 cpsasancristobal@buenosaires.gov.ar</p> <p>La Paternal Alte. Seguí 2125 tel.: 4581-1422 cpsapaternal@buenosaires.gov.ar</p>	<p>Pompeya Av. Del Barco Centenera 2906 tel.: 4919-8763 cpsapompeya@buenosaires.gov.ar</p> <p>Palermo Av. Coronel Díaz 2110 tel.: 4827-5957 int.225 cpsapalermo@buenosaires.gov.ar palermo_bel_prev_adicc@buenosaires.gov.ar</p> <p>San Telmo Piedras 1281 tel.: 4300-5708 cpsantelmo@buenosaires.gov.ar</p>
--	---

Más información:
Dirección Operativa de Prevención en Adicciones
México 1661, CABA. Tel.: 4124-5893
www.desarrollosocial.buenosaires.gov.ar

Buenos Aires Ciudad
 147 opción 5

Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones
Subsecretaría de Promoción Social
Ministerio de Desarrollo Social

Ministerio de Desarrollo Social

mamás (+bebés) en movimiento!

Octubre
mes de la madre

Conocé todas las actividades que pensamos para vos.

Habrá sorteos
y show de
Pipo Pescador
y el Sapo Pepe
de cierre.

Buenos Aires Ciudad
 Más información en www.desarrollosocial.buenosaires.gov.ar

Domingo 3

- Parque Chacabuco (a partir de las 14hs)
- Actividad Física de mamás con sus bebés.
- Show musical y circo.
- Stand de consejería en: alimentación saludable (con entrega de material educativo) y de prevención de enfermedades cardiovasculares.

Domingo 10

- Plaza Irlanda (a partir de las 15hs)
- Actividad Física de mamás con sus bebés.
- Show musical y circo.
- Actividad lúdica participativa "recreos saludables". A cargo de Kraft Foods.
- Stand de consejería sobre alimentación saludable con entrega de material educativo.

Domingo 24

- Rosedal (por la tarde)
- Actividad Física de mamás con sus bebés.
- Show musical y circo.
- Actividad lúdica + nutrimovil a cargo de Nestlé.
- Stand de consejería en: alimentación saludable (con entrega de material educativo) y de prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Glorieta Barrancas (por la tarde)
- Masaje Infantil Shantala a cargo de Fundalam.

Sábado 30

- Costanera Sur
- 15hs Clase Magistral de cocina para chicos por Escuela Gato Dumas con entrega de recetario.
- 16hs Inscripción y precalentamiento para la caminata.
- 17hs Caminata de mamás + bebés en cochecito.
- 18hs Sorteos y Show musical Pipo Pescador.
- Stand de consejería en: alimentación saludable (con entrega de material educativo), de prevención de enfermedades cardiovasculares y de lactancia materna (Fundalam).

Para conocer los horarios de todas las actividades e inscribirte en la caminata ingresá a www.desarrollosocial.buenosaires.gov.ar

Se suspende por lluvia.

**Conocer
para Prevenir,
Prevenir para
Transformar.**

Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones

Buenos Aires Ciudad
**Haciendo
buenos aires**

CENTROS DE PREVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES (CPSA)

LA BOCA
Coronel Salvadores 799. Tel.: 4303-1393
cpsalaboca@buenosaires.gov.ar

VILLA LUGANO
Cafayate 5230. Tel.: 4124-5893
cpsalugano@buenosaires.gov.ar

SAN CRISTÓBAL
Av. San Juan 2353. Tel.: 4308-0289
cpsasancristobal@buenosaires.gov.ar

LA PATERNAL
Alte. F. J. Seguí 2125. Tel.: 4581-1422
cpsapaternal@buenosaires.gov.ar

NUEVA POMPEYA
Av. Del Barco Centenera 2906. Tel.: 4919-8763
cpsapompeya@buenosaires.gov.ar

PALERMO
Av. Coronel Díaz 2110. Tel.: 4827-5957 int. 225
cpsapalermo@buenosaires.gov.ar
palermo_bel_prev_adicc@buenosaires.gov.ar

SAN TELMO
Piedras 1281. Tel.: 4300-5708
cpsasantelmo@buenosaires.gov.ar

Ministerio de Desarrollo Social
Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones
México 1661. Tel.: 4124-5893
prevencionadicciones@buenosaires.gov.ar

☎ **147** (opción 5)
www.buenosaires.gov.ar

Buenos Aires Ciudad

Material entregado en mano. Prohibido imprimir en la vía pública (Ley 260). 2006

Y este video ([Políticas Públicas en Adicciones](#)).

Consideramos completamente insuficientes estas acciones y no se condicen con el presupuesto asignado, ni con lo que indican el anexo 1 de la ley 2318 (las áreas de plan integral), cuya primer área es el área de prevención.

Consumo de drogas: un nuevo modelo de consideración de daños

En busca de una mirada más razonable

La prestigiosa revista científica *The Lancet*⁷ publicó en Octubre de este año un estudio de Nutt, King y Phillips, en nombre del *Independent Scientific Committee on Drugs*, llamado **"Drug harms in the UK a multicriteria decision analysis"**⁸ (*Daños de las drogas en el Reino Unido, un análisis de decisión multicriterio*).

El Independent Scientific Committee on Drugs⁹ es una acreditada organización científica británica conformada por mas de 20 académicos y científicos de todo tipo¹⁰ que no recibe financiamiento gubernamental alguno, por lo que sus estudios no están condicionados por una formulación política¹¹. Esto último no es un detalle irrelevante, ya que la imparcialidad propuesta por la organización ha causado en el pasado intensos debates en toda Europa, al proponer una revisión y clasificación distinta a la mayoría de los sistemas legales en uso respecto a la peligrosidad de las drogas. En el año 2007, trabajos de Nutt y sus colaboradores desataron un intenso debate político por apuntar que el alcohol y el tabaco eran más peligrosos que la marihuana y el LSD¹².

¿Por qué los estudios del ISCD¹³ difieren de la escala habitual con que la justicia y la mayoría de las personas suelen considerar la peligrosidad de una sustancia? La diferencia radica en que el criterio que se utiliza para medir el daño que una droga causa al consumidor y a la sociedad que lo rodea es, por lo general, determinado antes por una formulación política global que por una contrastación empírica puntual de los hechos. Es así como el alcohol, que es responsable directo e indirecto de una enorme cantidad de muertes anuales, generalmente no es percibido ni legislado como a una droga peligrosa, en tanto que la marihuana o la cocaína -que no causan ni la mitad de mortandad que el alcohol-, son percibidas como sustancias muchísimo mas dañosas y las legislaciones son muchísimo mas restrictivas. Nuestro país participa de esa arbitraria visión.

En toda la documentación que hemos estudiado para nuestros trabajos, se perciben claramente los profundos cambios conceptuales que están ocurriendo en medicina, psiquiatría y psicología en los últimos 20 años; donde se está reconsiderando y modificando el modelo mismo de salud, buscando métodos menos invasivos mientras se tiende cada vez más a una medicina basada en la evidencia. En consonancia, algo similar ocurre con las leyes de muchos países, que comienzan a ser revisadas y creadas con tendencias mas democráticas y con mayor respeto por los derechos individuales de las personas; exigiendo mayor grado de certezas y análisis respecto a las consecuencias de una acción a la hora de legislar prohibiciones.

⁷ <http://www.thelancet.com>

⁸ http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/abstract?_eventId=logout

⁹ <http://www.drugscience.org.uk/>

¹⁰ <http://www.drugscience.org.uk/committeemembers.html>

¹¹ "The Independent Scientific Committee on Drugs receives no government funding so is able free to provide scientific findings free from the constraints of policy making and politics."

¹² The Guardian, UK, [reproducido por Clarín](#) edición 2/11/10.

¹³ El Independent Scientific Committee on Drugs; ISCD a partir de aquí.

La tendencia mundial en materia de políticas públicas respecto al consumo de sustancias psicoactivas muestra -acorde con los cambios impuestos por el nuevo modelo de salud- un retroceso del modelo conservador estadounidense (iniciado alrededor de los años 30 y consolidado durante la presidencia de Richard Nixon¹⁴) de criminalización y persecución del consumidor de drogas como parte de la *Guerra Contra las Drogas*, así como hay un avance en políticas de desestigmatización y descriminalización del consumidor, de convivencia, búsqueda de reducción de daños, y una revisión del criterio utilizado normalmente para evaluar entre daños propios y daños a terceros.

Este estudio está directamente relacionado con este último punto, elaborando una *escala racional de daños* y clasificando a las drogas según esta escala. Los científicos intervinientes sostienen que los sistemas actuales de clasificación de las drogas tienen poca relación con la evidencia científica de daños.

Este estudio de la ISCD no es un producto solitario, sus resultados apoyan las conclusiones de los nueve criterios de análisis anteriores realizados por otros expertos del Reino Unido¹⁵ y estudios, con criterios similares, realizados por médicos holandeses¹⁶. Asimismo, las correlaciones entre las puntuaciones generales ISCD y la clasificación actual de medicamentos basados en revisiones del Uso Indebido de Drogas de España (desde 1971) muestran que efectivamente hay cierta relación, y no se trata de un estudio único y aislado. También se contrastaron los resultados con otros estudios y se hallaron fuertes coincidencias y similitudes en las conclusiones¹⁷.

Las calificaciones ISCD prestan apoyo a la opinión ampliamente aceptada en medicina^{18 y 19} respecto a que el alcohol es una droga extremadamente perjudicial, tanto para los consumidores como para la sociedad, y que se encuentra en el cuarto lugar en cuanto a daños para los usuarios y primero en cuanto a daños a la sociedad; demostrando, en armonía con todos los estudios conocidos, que es la droga más dañina generalizada (incluso en términos de efectos puramente de toxicidad, Gable²⁰ ha demostrado que -sobre la base de un coeficiente de seguridad- el alcohol es más letal que muchas drogas ilícitas, como el cannabis, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), y los hongos).

Sin embargo, la contundente y conocida evidencia científica respecto a la peligrosidad del alcohol sobre otras sustancias, medida en términos de *daños*, no parece tener adecuado correlato en las políticas públicas de drogas.

Nuestro país es un caso paradigmático de esta falta de perspectiva:

En la Argentina el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población después del tabaco y el 50.4% de la población argentina consumió alcohol en los últimos 30 días. Las tasas de consumo en prevalencia de vida alcanzan el 80% en la juventud y luego

¹⁴ Durante los años 30, El gobierno Estadounidense decidió la creación de una unidad especial del Departamento del Tesoro para que se encargara de la cuestión de las drogas, convirtiéndolas para siempre en un asunto de seguridad nacional; sus campañas rezaban "War Dope" (Guerra a la droga). Durante la presidencia de Nixon la política represiva alcanzó su apogeo - aumentaron a 100.000 los arrestos anuales- y tomó el actual status de política de guerra, que continua la DEA. Para montar su política Nixon llegó a rechazar los exámenes científicos que él mismo había encargado y que demostraban la falsedad de los daños que se le atribuían a la marihuana para justificar la *War Dope* (informe de la Comisión Shaffer, disponible en [varios sitios](#) de internet).

¹⁵ Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. 2007.

¹⁶ Van Amsterdam JGC, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. 2010.

¹⁷ Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* 2004; King LA, Corkery JM. An index of fatal toxicity for drugs of misuse - *Hum Psychopharmacol* 2010; NICE. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking - National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Alcohol Report - number: HC 151-I. House of Commons Health Committee 2010.

¹⁸ Academy of Medical Science. Calling time: the nation's drinking as a major health issue. 2004.

¹⁹ NICE. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking, 2010.

²⁰ Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. 2004.

descienden, pero nunca por debajo del 70%. Asimismo, es la sustancia psicoactiva que primero se consume, observándose que el consumo se inicia cada vez a mas temprana edad²¹. De lo que resulta que, en cuanto a la letalidad, de las aproximadamente 50.000 muertes anuales atribuibles al consumo de drogas, más del 80% son causadas por el tabaco, 16% por el alcohol y 0,6% por todas las drogas ilegales²². Todo esto en un sustrato en el que la percepción de riesgo en el consumo de alcohol ocupa el anteúltimo lugar, por sobre la marihuana; es decir, la población no considera que entrañe riesgos el consumo de alcohol²³.

Esta percepción errónea quizá devenga de que las campañas de prevención y educación respecto a los riesgos y daños devenidos por la ingesta de alcohol son pocas, pobres y sin evaluación de resultados, en tanto que la publicidad incitando al consumo es tan frecuente e invasiva que hasta fue *sponsor* del Seleccionado Nacional de Fútbol -el deporte mas importante del país- un fabricante de cerveza²⁴; mientras tanto, otras drogas con mucha menor letalidad, son percibidas como mas peligrosas en cuanto a daños físicos o incluso como mas relacionadas al crimen; y se hacen políticas públicas, mediáticas y efímeras, para "combatirlas" en base a estas consideraciones equívocas.

El desenfoque entre la percepción y lo que ocurre se torna mas peligroso aún cuando el consumo es considerado en términos de seguridad, donde se asocia -erróneamente- a cualquier otra sustancia psicoactiva con la criminalidad antes que al alcohol, quien, por el contrario, "*Desde el punto de vista legal y científico es el alcohol -una sustancia legal- la que tiene mayor efecto criminógeno*"²⁵.

Es, entonces, importante el tratar de precisar con mas exactitud los daños que causa una droga determinada, en tanto y en cuanto las políticas públicas en materia de drogas están fuertemente condicionadas por esta cuestión; la bibliografía y campañas de los organismos estatales suelen argumentar que es por los daños que al usuario y a la sociedad causa una droga que existen fundamentos para prohibirla o regular su consumo, pero la contundente evidencia de que son las drogas de curso legal las mas perjudiciales, pone en duda las certezas con que hasta ahora se han manejado las políticas públicas sobre drogas.

Nuestro país carece completamente de políticas públicas sobre drogas basadas en la evidencia. No hay -en principio- mas que estadísticas fragmentarias o encuestas, ambas de muy reciente implementación y con muchos vacíos todavía; no es posible saber a ciencia cierta o con un buen grado de certeza cuantos argentinos consumen drogas, cuantos tienen consumo problemático de ellas o cuantos son adictos; tampoco sabemos con exactitud que grado de mortandad directa tienen las drogas en la Argentina, y menos aún la indirecta. Nunca se intentó siquiera llevar a cabo un cálculo serio de cuanto dinero cuesta al erario público cada droga en sí o la totalidad de ellas. No conocemos bien el daño que cada droga causa en nuestros consumidores y en nuestra sociedad.

No existe una base centralizada que colecte y clasifique todos los datos provenientes de hospitales y centros de atención, por ejemplo, como para saber con exactitud cual es el número de argentinos con consumo problemático o son adictos, o cuales han sido las consecuencias psicofísicas o si han muerto a causa de ello; en concordancia, los datos sobre aquellos consumidores que no pasan por el sistema de salud -por no experimentar ningún

²¹ Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas 1999-2006, Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Nivel Medio 2001-2009, Estudio de estudiantes universitarios (metropolitana e interior del país) 2005-2006 - Observatorio Arg. De drogas - SEDRONAR. Hay mas estudios que muestran estas correlaciones en <http://www.observatorio.gov.ar/estudiosnacionales.html>

²² Mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina - Observatorio Argentino de Drogas- SEDRONAR.

²³ Ver referencia 14.

²⁴ Cervecería y Maltería Quilmes SAICA.

²⁵ Dra. Mónica Cuñarro, Fiscal, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción - en Revista 7 Días, edición 14-04-08

problema o por carecer de acceso a él- son desconocidos. Nuestro sistema judicial, policial y penal goza de idénticas falencias estadísticas; con el agregado de una enorme lentitud en el procesamiento de los datos que los pone al borde de la obsolescencia. No hay, tampoco, estudios científicos propios de envergadura o constantes.

En consecuencia, los daños causados por el consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina son evaluados sin precisión y su contabilización es pobre; que es lo mismo que decir que no los conocemos bien. Este estudio, aunque realizado en base a datos suministrados por el Reino Unido, puede agregar una perspectiva distinta a la peligrosidad que consideramos que tienen las drogas mas allá de los resultados concretos; fundamentalmente porque propone un criterio para la evaluación de los daños no considerado nunca en nuestro país.

El análisis de decisiones multicriterio que utiliza el estudio permite sopesar factores que normalmente no se han tenido en cuenta en otros estudios, o que se han considerado agrupados arbitrariamente.

Criterios para evaluar daños

La metodología elegida para el estudio está basada en un análisis de decisiones multicriterio (MCDA) modelado a una serie de daños, considerando 16 criterios para 20 sustancias; 9 relacionados con los daños que una droga produce en el individuo y 7 para los daños que produce a los demás (tanto los que causa en el país de la muestra como en el extranjero). Los criterios se ponderaron para indicar su importancia relativa y se distribuyeron en cinco subgrupos que representan los daños psicológicos, sociales y físicos. Existe un informe sobre el análisis de decisiones multicriterio donde se explica detalladamente el proceso de desarrollo de este modelo²⁶.

Esta misma metodología se ha utilizado con éxito para apoyar a los tomadores de decisiones que se enfrentan a problemas complejos caracterizados por muchos objetivos en conflicto, como en la evaluación de las políticas de eliminación de los residuos nucleares.

Por supuesto, ponderar claramente cada uno de los criterios no es tarea en absoluto sencilla ni fácil, y exigió un método de trabajo dinámico (*swing*), en virtud a ciertas consideraciones que alteran los resultados "a simple vista":

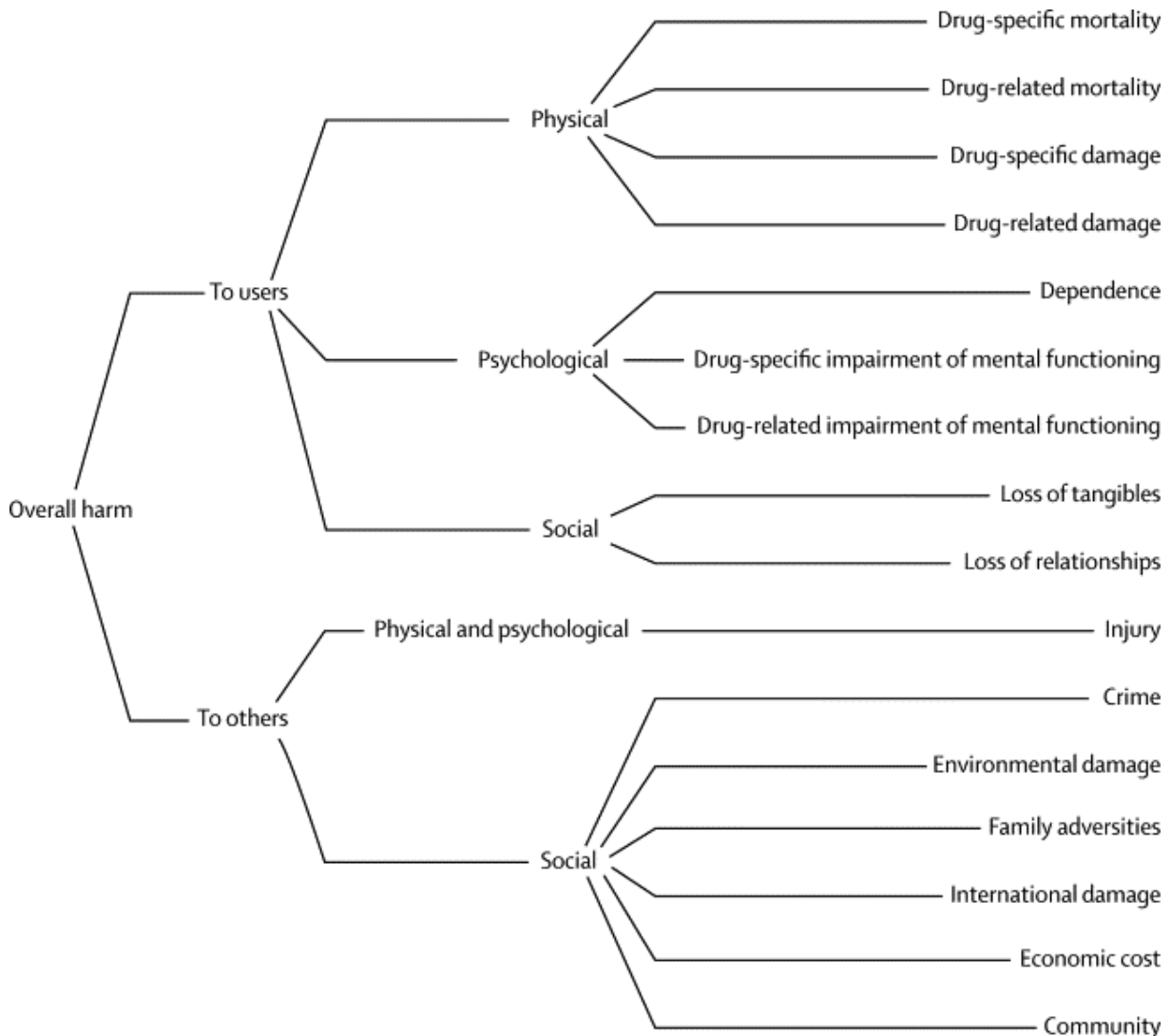
- Idealmente, un modelo tiene que distinguir entre los daños que resulten directamente del consumo de drogas y los daños derivados del sistema de control de esa droga.
- Todas las sustancias tienen algunos beneficios para el usuario, al menos inicialmente, de lo contrario no se utilizarían, pero este efecto podríase atenuar en el tiempo con la tolerancia y la abstinencia.
- Algunas drogas como el alcohol y el tabaco tienen beneficios comerciales a la sociedad en términos de proporcionar trabajo e impuestos, que en cierta medida, compensan los daños y, aunque de manera menos fácil de medir, también es cierto en la producción y el comercio de drogas ilegales²⁷.
- Queda por explorar más a fondo la construcción en el modelo de una evaluación del policonsumo de drogas, y el efecto de las diferentes vías de la ingestión, los patrones de uso, y el contexto²⁸.

²⁶ Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of Multi-Criteria Decision Analysis in drug harm decision making. London: Home Office, 2010.

²⁷ Lloyd C, McKeganey N. Drugs research: an overview of evidence and questions for policy. York: Joseph Rowntree Foundation, 2010.

²⁸ Coomber R. Assessing the real dangers of illicit drugs - risk analysis as the way forward? - Addict Res Theory. 1999

Así, los criterios de evaluación para este estudio desglosan y clasifican los daños de la siguiente manera:



- Daños físicos para los consumidores:

- Mortalidad Específica de la droga (*Drug-specific mortality*): La letalidad intrínseca de cada droga, expresada en una *ratio* de la dosis letal y la dosis estándar (para adultos). Este criterio funciona como un valor para ajustar más claramente la evaluación de la mortalidad²⁹.

²⁹ 100 = an inverted ratio of 33% (ratio of 3 --> 1/3) - 50 = an inverted ratio of 10% (ratio of 10 --> 1/10) - 0 = an inverted ratio of 0%.

- Mortalidad relacionada con la droga (*Drug-related mortality*):
Esta es la medida de la mortalidad por el consumo de la droga, sin incluir a la mortalidad específica de la droga; por ejemplo, siniestros de tránsito, cáncer de pulmón, SIDA, suicidio.
 - Daño específico de la droga (*Drug-specific damage*):
Daños causados específicamente en la salud física por la ingesta de droga en sí misma; por ejemplo, cirrosis hepática, convulsiones, derrames cerebrales, miocardiopatía, úlceras de estómago.
 - Daño relacionado a la droga (*Drug-related damage*):
Daños causados por la droga para la salud física por las consecuencias de su uso; por ejemplo, actividades sexuales no deseadas, autolesiones, transmisión de virus en sangre, enfisema y daños causados por agentes de corte.
- Daños psíquicos para los consumidores:
 - Dependencia (*Dependence*):
El grado en que una droga crea una tendencia o necesidad a seguir utilizándola a pesar de experimentar consecuencias adversas, según el CIE 10 o el DSM IV.
 - Deterioro específico del funcionamiento mental por la droga (*Drug-specific impairment of mental functioning*):
Deterioro específico del funcionamiento mental causado por la ingesta de droga en sí misma; por ejemplo, psicosis inducida por anfetamina, intoxicación por ketamina.
 - Deterioro del funcionamiento mental relacionado a la droga (*Drug-related impairment of mental functioning*):
Deterioro del funcionamiento mental relacionado al consumo de la droga; por ejemplo, los trastornos del ánimo secundarios al estilo de vida de usuarios de drogas.
- Daños sociales para los consumidores:
 - Pérdida de bienes tangibles (*Loss of tangibles*):
Magnitud de la pérdida de cosas materiales (por ejemplo, ingresos, vivienda, trabajo).
 - Pérdida de relaciones (*Loss of relationships*):
Alcance de la pérdida de la relación con familiares y amigos.
- Daños físicos y psicológicos para terceros:
 - Lesiones (*Injury*)
Medida en que el uso de una sustancia aumenta las posibilidades de lesiones a otras personas directa e indirectamente; por ejemplo, violencia (incluida la violencia doméstica), siniestros de tráfico, daño fetal, residuos de drogas, transmisión secundaria del virus en sangre.

- Daños sociales para terceros:

- Delito (*Crime*)
Medida en que el uso de una sustancia implica o conduce a un aumento en el volumen de la delincuencia (más allá del acto delictivo de consumir) directa o indirectamente (a nivel de población, no a nivel individual).
- Daño ambiental (*Environmental damage*)
Medida en que el uso y la producción de una droga causa daños al medio ambiente a nivel local; por ejemplo, los desechos tóxicos de las fábricas de anfetamina, agujas desechadas.
- Adversidades de familia (*Family adversities*)
Medida en que el uso de una droga causa adversidades en la familia; por ejemplo, en la desintegración familiar, el bienestar económico, el bienestar emocional, las perspectivas de futuro de los niños, negligencia con los niños.
- Daño Internacional (*International damage*)
Medida en que el uso de una sustancia contribuye al daño a nivel internacional; por ejemplo, deforestación, desestabilización de los países, delincuencia internacional, nuevos mercados.
- Costo económico (*Economic cost*)
Medida en que el uso de una droga causa costos directos en el país; por ejemplo, atención de salud, policía, prisiones, servicios sociales, aduana, seguros, delito. Y los costos indirectos; por ejemplo, pérdida de productividad, ausentismo.
- Comunidad (*Community*)
Medida en que el uso de una droga crea disminución de la cohesión social y disminución de la reputación de la comunidad

Los resultados al usar el MCDA

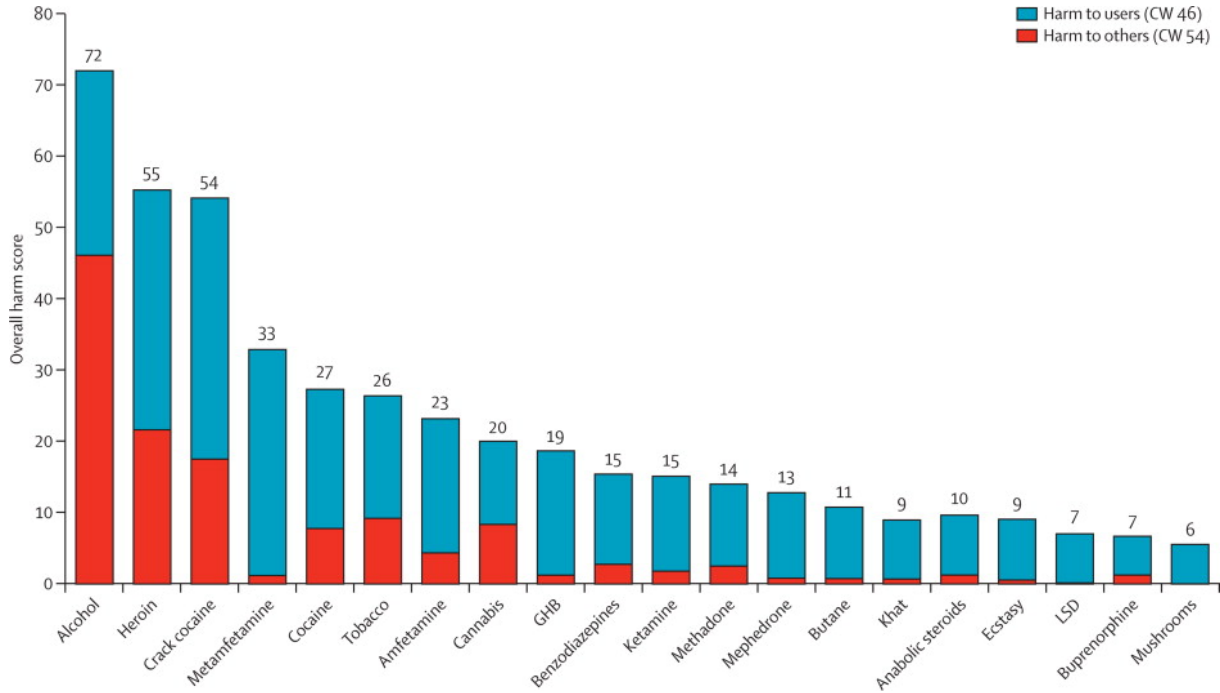
El análisis de los datos existentes mediante la utilización del MCDA³⁰ para cuantificarlos dejó al descubierto algunos asertos dignos de tomar en consideración:

- Sólo ocho drogas alcanzaron, en el total, 20 puntos o más; lo que demuestra que la percepción de peligrosidad para "las drogas" en su conjunto está exacerbada.
- En el total, el alcohol fue la droga más dañina (puntuación de daño total 72), seguida de la heroína (55) y el crack (54).
- La droga más dañina para terceros es el alcohol por un amplio margen, mientras que la droga más dañina a los usuarios es el crack. El crack, la heroína, y la metanfetamina fueron las drogas más perjudiciales para los individuos (puntuaciones 37, 34 y 32, respectivamente), mientras que el alcohol, la heroína y el crack fueron las más perjudiciales para los demás (46, 21, y 17, respectivamente). Todas las drogas restantes son mucho menos nocivas, con gran diferencia, para los usuarios y para los demás que el alcohol, la heroína y el crack.

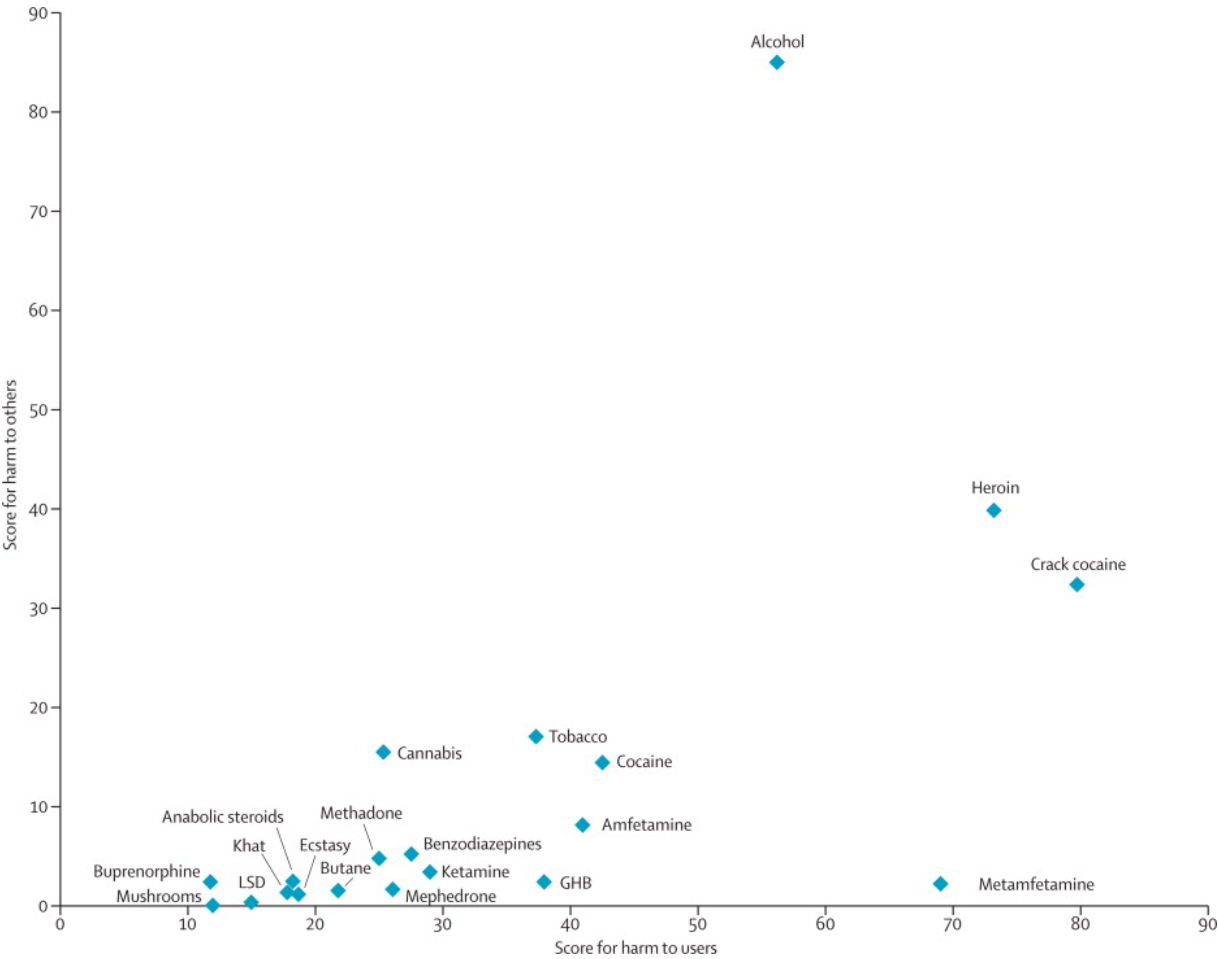
³⁰ MultiCriteria Decision Analysis, los criterios múltiples utilizados para evaluar los daños. MCDA a partir de aquí.

- La mortalidad Específica de la droga fue un contribuyente importante en cinco de las drogas (alcohol, heroína, y ácido hidroxibutírico [GHB], metadona, y butano), mientras que el costo económico ha contribuido en grandes cantidades en el alcohol, la heroína, el tabaco y el cannabis.

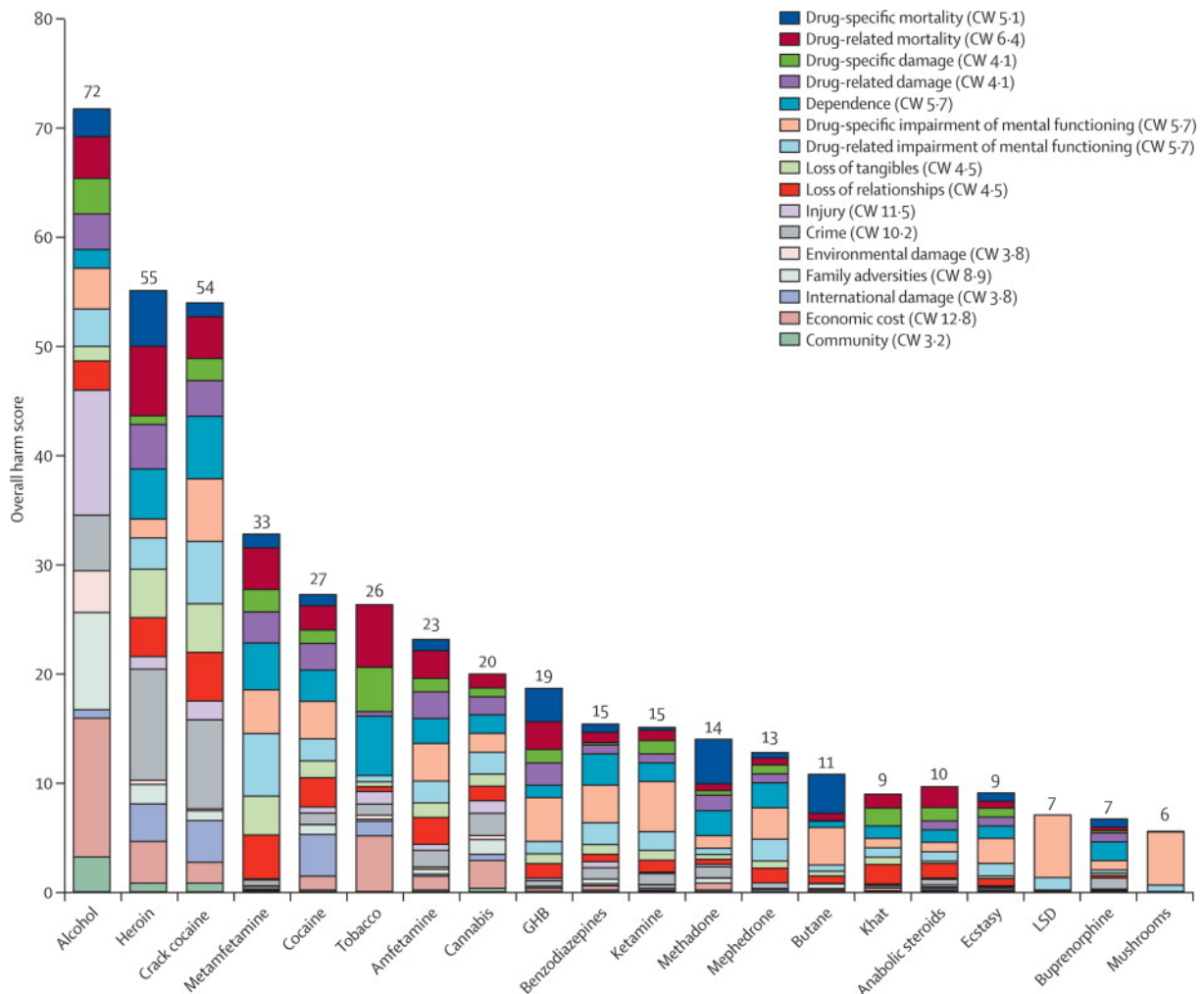
Los resultados se aprecian mejor visualizados en forma de gráfico:



Las diferencias se hacen mas patentes al graficar los mismos datos en dos ejes:



Aquí puede apreciarse la graficación de cada uno de los daños según sustancia y tipo de daño:



El estudio en Argentina

En nuestro país, el estudio tuvo escasa repercusión en los medios, y no ha generado el mismo debate que en Europa; quizá porque hay una enorme cantidad de habitantes y funcionarios que no están dispuestos a discutir siquiera la mirada caprichosa sobre el consumo de sustancias psicoactivas que sostienen desde hace décadas y que les permite -so pretexto de "los daños que causa a la sociedad", que nunca han sido evaluados- perseguir arbitrariamente a algunos consumidores y favorecer a otros, sin buscar proporcionalidad justa entre el "delito" de consumir y la pena recibida por ello. Otro tanto ocurre con los medios de información, que prefieren siempre el amarillismo y la alarma antes que la difusión de opiniones o trabajos contrarios a la habitual visión apocalíptica.

La Argentina mantiene una política pública de drogas enmarcada dentro del concepto de seguridad y no de salud; por lo mismo, es más común la mención al aumento de armas y efectivos para "combatir" que el mejorar el acceso y la calidad del sistema de salud. Es así

que el titular del SEDRONAR, Jose Granero³¹, expresa por una parte que *sus estudios marcan una relación constante entre la criminalidad y el uso de drogas*³² y, por otra, que *no hay verificación de los resultados de la prevención*³³, haciendo sospechar que existe mas énfasis en justificar la represión de los consumidores que en cuidar de su salud o mejorar la prevención de los daños causados por el consumo de sustancias psicoactivas.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la desproporción entre la millonada gastada para armar a la policía y la sub-ejecución presupuestaria en el área de salud -tanto en atención como en prevención- grafican claramente la posición que el gobierno de Mauricio Macri tiene frente a estas cuestiones, y nos exime de todo comentario.

Entre las opiniones mas destacadas que surgieron respecto a este estudio, Carlos Damin, jefe de la división de Toxicología del Hospital Fernández, opinó al respecto que *"Es creíble, porque el consumo de alcohol está tan extendido socialmente, y tan aceptado, que es frecuente, por ejemplo, que alguien que consume alcohol crea que puede conducir un vehículo. Eso provoca accidentes y afecta a los demás mucho más que lo que puede hacer un consumidor de heroína, que seguro no sale a manejar"*³⁴; Asimismo, Graciela Touzé, presidenta de Intercambios, una asociación civil que estudia los problemas relacionados con las drogas, expresó que *"Es muy interesante el informe cuando dice que el actual sistema de clasificación de las drogas no se corresponde con el daño que causar" (...)* *"Estos estudios una vez más muestran lo que habitualmente para el sentido común se concibe como droga y se las piensa como sustancias prohibidas es un prejuicio que coloca toda posibilidad de daño en las ilegales y deja las legales afuera"*³⁵.

Es de esperar que en nuestro país se comience a considerar la utilización de un enfoque similar a la hora de evaluar daños y legislar en consecuencia; o, al menos, que se aborde un debate sobre una reconsideración de la postura que tienen nuestras políticas públicas respecto al consumo de drogas. Nosotros creemos que una reevaluación del criterio con que se contempla el consumo de drogas, y los daños devenidos de ello, es sensata y necesaria; tanto para el bienestar de la población como para la construcción de una mejor justicia.

³¹ Odontólogo, Ex vicegobernador de Santa Cruz y ex subinterventor del PAMI; trabajó en la SIDE antes de llegar al SEDRONAR.

³² Dichos de Granero en la Jornada "Criminalidad y Adicciones" - Universidad ISALUD, nov. 2010.

³³ Palabras vertidas en el Congreso Internacional de Políticas Públicas en Adicciones, nov. 2010.

³⁴ Clarín edición 05/11/10

³⁵ *Ibidem*.

Políticas sociales en Adicciones

Ejecución presupuestaria por objeto del gasto (principales partidas). Tercer trimestre de 2010

Descripción	Ejecución Presupuestaria				Créditos aprobados y variación	
	Situación	Crédito anual vigente	Ejecutado Acumulado			
Políticas Sociales En Adicciones	Bajo	11.677.818	6.536.271	56%	12.767.941	-8,5%
Bienes De Consumo	Bajo	860.635	414.993	48%	907.500	-5%
Servicios No Personales	Bajo	2.676.883	1.659.611	62%	3.118.441	-14%
Mantenimiento, Reparación Y Limpieza		229.500	225.516	98%	142.000	62%
Servicios Profesionales, Técnicos Y Operativos		1.815.320	1.195.630	66%	1.846.840	-2%
Otros Servicios		538.200	182.607	34%	1.056.000	-49%
Bienes De Uso (maquinaria y equipo)	Alerta	20.000	7.058	35%	20.000	0%
Transferencias Al Sector Privado Para Financiar Gastos Corrientes	Bajo	8.120.300	4.454.610	55%	8.722.000	-7%

- Tal como ha sucedido durante todo 2010, el informe con la ejecución presupuestaria del 3º trimestre del año presenta agregados los montos de la ejecución de las tres actividades que forman parte del Programa Políticas Sociales en Adicciones , por lo que no es posible desagregar la tarea de cada una de las actividades que desarrolla la Coordinación.
- El crédito vigente del programa de políticas sociales en adicciones continuó disminuyendo y acumula un recorte del 8,5% entre la sanción del presupuesto 2010 y el tercer trimestre del año. En términos agregados, los servicios conforman el rubro con mayores variaciones negativas. **El crédito vigente para los mismos disminuyó en un 14% a lo largo del año, en las partidas destinadas a Otros servicios (-49%).** Contrariamente, se incrementaron los créditos para mantenimiento, reparación y limpieza (+ 62%)
- El programa registra bajos niveles de ejecución en todos los incisos presupuestarios. En promedio, se ejecutó el 56% de los recursos, siendo el óptimo teórico para el período del 75%.

Participaciones

En este trimestre la USPPA participó de los siguientes eventos:

Día 11 y 12 de noviembre: ***Congreso Internacional de Políticas Públicas en adicciones***. - Organizado por El Gobierno de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones – Auditorio Buenos Aires.

Día 19 de Noviembre: ***Jornada "Criminalidad y adicciones"*** - Organizado por la Comunidad Terapéutica El Reparó – SEDRONAR - Universidad ISALUD.

USPPA

Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en adicciones

Despacho Diputada **Diana Maffía**

Dirección: Lic. **Patricia Colace**

Asesoría técnica: Santiago Lerena - Roberta Ruiz

Se permite su reproducción parcial o total citando la fuente