

# **informe de gestión 2009**

## **Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones (USPPA)**

**despacho Diputada Diana Maffía**

**Directora: Lic. Patricia Colace**

**Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**<http://dianamaffia.com.ar>**

**teléfonos: 4338-3111/3112**

**correo electrónico: [seguimientoenadicciones@gmail.com](mailto:seguimientoenadicciones@gmail.com)**

**Perú 160 piso 2, of. 227 (1067)**

**C.A.B.A**

## **Equipo de trabajo**

Directora de esta publicación: Patricia Colace

Editora general: Carol Abousleiman

Asistente en la edición: Santiago Lerena.

Informes técnicos: Roberta Ruiz

Informes técnico-legales: Teresa Nóbili y Martín Muñoz.

# Índice

## **I Nuestro enfoque teórico sobre la problemática de las adicciones**

## **II Presentación de la USPPA**

## **III Informes técnicos de la USPPA**

- Informe sobre lo realizado por la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones durante el año 2009
- Informes sobre la situación judicial de los expedientes ligados a la problemática del PACO
- Acta de compromiso entre el Ministerio Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y el Poder Judicial; villa 21-24, Paco.
- Marco Legal sobre Adicciones
- Monitoreo y análisis de los datos estadísticos y presupuestarios

## **IV Acciones llevadas a cabo en 2009**

- Eventos organizados por la USPPA
- Participación de la Lic. Colace en eventos representando al despacho de la Diputada Diana Maffía
- Funcionarios/as contactados/as y/o visitados/as
- Ciudadanos/as recibidos/as
- Visitas a efectores
- Gestiones ante el poder judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: presentación de un *Amicus Curiae*

## **V Proyectos presentados y aprobados en 2009**

## **VI Conclusiones**

## **VII Anexos**

- Ley 2318
- Jornada “Adicciones y Derechos II– lo pendiente en Políticas Públicas” – Desgrabación.
- Comunicado de la Asociación Civil Intercambios sobre el Fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia de La Nación Argentina sobre tenencia de estupefacientes para consumo personal.
- Informe sobre las áreas del Poder Ejecutivo, CABA, que tienen a su cargo políticas sobre adicciones.
- Proyectos presentados

# I Enfoque teórico-conceptual

La problemática de las adicciones se ve entrecruzada por procesos culturales, sociales, políticos, económicos y de género; por ello requiere necesariamente una mirada integral que incluya estas múltiples determinaciones.

El estado tiene la responsabilidad de garantizar, a través del sistema público de salud, y en el seno de los ministerios involucrados (Educación, Salud, Desarrollo Social, Justicia y Seguridad) el desarrollo de políticas de prevención y asistenciales para el tratamiento de las adicciones contemplando la complejidad del problema, garantizando el acceso universal y gratuito a la atención de la salud, incluyendo desde luego los problemas relacionados con las adicciones. Lo anteriormente mencionado está consagrado en distintos pactos y tratados internacionales tales como la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto de San José de Costa Rica; el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Políticos; la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño, a la que la Argentina ha adherido e incorporado en su Constitución a partir de la reforma de 1994. Sin embargo, en los hechos nos encontramos con políticas públicas que distan mucho de cumplir con estas obligaciones que la Constitución impone a los estados

Las políticas públicas en materia de drogas han demostrado ser un rotundo fracaso, ya que no han logrado los fines pretendidos de la disminución del consumo de sustancias como así tampoco han conseguido reducir el narcotráfico<sup>1</sup>. Las Naciones Unidas en el documento oficial del corriente año, “Informe mundial sobre drogas” (UNODC, 2009) ha afirmado claramente que no debe sacrificarse la salud pública por la seguridad pública, y que debe favorecerse el acceso universal al tratamiento de la drogadependencia como uno de los mejores modos de reducir el mercado ilegal de drogas.

Por otra parte, mientras los tribunales se han saturado con pequeños casos, no llegan a la justicia aquellos que son más graves, que implican no solo delitos de tráfico o lavado de dinero sino también de corrupción. El estado se desentiende de los espacios de control que le corresponden, como el control y fiscalización de precursores químicos, del mercado de medicamentos y del correspondiente sistema financiero; como así también ignora el incumplimiento de políticas preventivas y educativas.

Que la solución de un problema social complejo llegue únicamente a través del sistema penal es una clara violación al derecho de acceso a la salud; es la puerta de entrada al crecimiento de la mano dura y a las campañas de leyes represivas que marginan a los sujetos usuarios de drogas, condicionando su acercamiento a las instituciones sanitarias o de salud al identificarlos como delincuentes o personas peligrosas.

Tal como surge de la Declaración de la Comisión latinoamericana sobre Drogas y Democracia, “*Romper el tabú, reconocer los fracasos de las políticas vigentes y sus consecuencias es una condición previa a la discusión de un nuevo paradigma de políticas más seguras, eficientes y humanas; es necesario abrir el debate sobre estrategias nuevas con el conjunto de la sociedad civil que se ha mantenido en muchos casos al margen por considerar que la solución incumbe solo a las autoridades públicas. Políticas seguras, eficientes y fundadas en los derechos humanos implican reconocer la diversidad de situaciones así como priorizar la prevención, tratamiento y educación*”.

---

<sup>1</sup> Documento de Magistrados latinos sobre políticas públicas en materia de droga y derechos humanos. Declaración de Oporto 2009.

Es posible y necesario modificar las políticas públicas y las lógicas de los discursos subyacentes en nuestra sociedad, elaborando discursos y enfoques más amigables, no estigmatizantes; fortaleciendo los derechos humanos de las personas que padecen de los consumos problemáticos y que éstas puedan contar con dispositivos de prevención cercanos; con tratamientos accesibles, diversos, basados en la educación responsable. Ningún problema de salud -como es el consumo de drogas problemático o compulsivo- puede significar el desconocimiento de los derechos de las personas garantizados por las Constituciones Nacionales y Locales.

## II Presentación de la USPPA

La USPPA se crea en marzo de 2009 por iniciativa de la Diputada Diana Maffía, quien desde hace varios años estudia esta problemática con un enfoque de plena vigencia de los derechos humanos. Dirige la USPPA la Lic. Patricia Colace quien fue convocada con el objetivo de estudiar, monitorear, evaluar y diagnosticar las políticas públicas existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y presentar proyectos legislativos que coadyuven a la solución de esta problemática tan compleja. Así se han diseñado los siguientes objetivos:

### Objetivos de la USPPA

- Contribuir a legitimar la consideración de los usuarios de drogas como ciudadanos/as portadores de derechos, con garantías, responsabilidades y obligaciones.
- Evitar el tratamiento del tema con discursos discriminatorios, estigmatizantes, tratando de modificar el imaginario social que trata como delincuentes, peligrosos y enemigos a los/as usuarios de drogas.
- Poner en la agenda legislativa el abordaje integral de la problemática de las adicciones.
- Monitorear las políticas públicas en adicciones del Poder Ejecutivo de la C.A.B.A.
- Trabajar con las organizaciones de la sociedad civil, encauzando sus inquietudes y demandas.
- Elaborar informes periódicos que permitan contribuir con la elaboración y mejora de las políticas públicas.
- Insistir en la incorporación, en las políticas públicas, de la perspectiva de género, y de niñez y adolescencia ya que las prácticas tienden a homogeneizar los tratamientos y abordajes.
- Solicitar la reglamentación de la ley 2318 de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Otras Prácticas de Riesgo Adictivo, sancionada en mayo de 2007.
- Solicitar pedidos de informes al Poder Ejecutivo acerca de la marcha de las políticas públicas implementadas.
- Presentar iniciativas legislativas para la consolidación de las políticas públicas relacionadas con esta materia.

### **III Informes técnicos de la USPPA**

Los informes técnicos de la USPPA consisten en una serie de relevamientos que realizó la unidad durante el año 2009; estos contienen un análisis exhaustivo del estado de situación de las políticas públicas de adicciones en la ciudad autónoma de Buenos Aires, de los programas, efectores, legislación vigente, estadísticas, partidas presupuestarias, su ejecución y fallos judiciales. Estos informes también se encuentran disponibles en [www.dianamaffia.com.ar](http://www.dianamaffia.com.ar)

#### **III.I**

### **Informe sobre lo realizado por la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones durante el año 2009**

#### **Relevamientos**

En principio la USPPA realizó un relevamiento del estado de situación de la problemática de adicciones en el gobierno de la ciudad de Buenos Aires, comenzando por investigar dónde se encuentran los distintos programas, efectores, circuitos y presupuestos asignados. Este trabajo fue por demás complejo y sinuoso en su elaboración, debido a la falta de información y desactualización de la existente.

Al día de hoy contamos con un informe del relevamiento cuyos datos se continúan completando y actualizando periódicamente.

También se realizó un listado de instituciones que trabajan en la ciudad y en la provincia con la problemática de adicciones, con el objetivo de formar una red de contactos.

Se presentaron dos pedidos de informes: uno en relación a la ley 2318, que no fue respondido por el Poder Ejecutivo a pesar de nuestras múltiples gestiones, y otro referido a los mecanismos de derivación.

La Lic. Colace ha realizado las siguientes reuniones y actividades:

- a) Reuniones con representantes de familiares de víctimas que padecen el consumo de sustancias, con quienes se comprometió, en nombre de la Diputada Maffía, en brindar asesoramiento en todos los temas legales y legislativos, así como el compromiso de ambas partes de mantenerse en contacto en función de las actividades y acciones a realizar.
- b) Reuniones con la Sra. Graciela Palma, perteneciente al grupo *Por la identidad biológica*, en el mismo sentido que el ítem anterior.
- c) Reunión con *Madres por la Vida* ofreciéndole apoyo, asesoramiento y contención; participación en la marcha de los jueves en Plaza de Mayo.
- d) Reuniones con asesoras de las diputadas Inés Urdapilleta y Lidia Saya para realizar actividades en conjunto y explicitar las tareas que se desarrollan desde la Unidad.
- e) Visita a la Dirección Adjunta en Salud Mental y entrevista con la Directora Lucía Quiroga.
- f) Reunión con la diputada Fernanda Gil Lozano y entrevista con el juez federal Rodríguez, del partido de Morón, por la causa del hijo de María Rosa González.
- g) Entrevista con Martín Barrientos, asesor de Sebastián Cinquerruy, para coordinar futuras acciones.
- h) Elaboración de diferentes documentos de reflexión para unificar criterios en el tratamiento de la temática.
- i) Presentación del informe con datos estadísticos elaborados por Roberta Ruiz y conclusiones a cargo de Patricia Colace.

j) Realización el día 19 de mayo de la charla “Adicciones y Derechos”, que contara con la presencia de la Diputada Fernanda Gil Lozano, Gustavo Moreno (Asesor Tutelar), María Rosa González, Madres por la Vida e Isabel Rego; en la misma participaron más de 50 personas entre familiares y representantes de diferentes ONGs, con quienes se mantuvo el contacto para la realización de futuras actividades.

k) Trabajo de asesoramiento conjunto con los asesores del Diputado Carlos Pessi, de la Pampa, para la elaboración de la ley de adicciones.

Asimismo, se realizaron visitas a los distintos efectores y funcionarios, con la idea de tomar contacto con la aplicación fáctica de las políticas públicas en adicciones, pudiendo detectar las fortalezas y debilidades así como acercar insumos al despacho de la Dip. Diana Maffía para la realización de futuros proyectos. También se realizó una marcha en coordinación con la Diputada Gil Lozano, grupos de madres y ONGs el día 25/6; en adhesión al *Día Mundial contra el uso indebido de sustancias y lucha contra el narcotráfico*.

## **Análisis**

A partir de los relevamientos antedichos, contamos con elementos para realizar las siguientes afirmaciones:

En la actualidad la ciudad cuenta con la ley 2318 de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Otras Prácticas de Riesgo Adictivo, que fuera sancionada en mayo de 2007 y aún se encuentra sin reglamentar; lo que implica un incumplimiento por parte del jefe de gobierno que nos parece grave. Una ley sin reglamentar es una forma de veto encubierto.

Esta ley, que fue trabajada en la Legislatura durante largo tiempo y con exposiciones de muchísimos expertos para obtener finalmente al consenso buscado, tiene por objeto garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo; a través de la instrumentación de un plan integral especializado dependiente del jefe de gobierno, quien debe garantizar la participación interministerial; especialmente con los ministerios de Educación, Salud, Desarrollo Social, Ministerio de Gobierno, Justicia, y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Es el jefe de gobierno quien determina el diseño organizativo necesario para el desarrollo, planificación, ejecución y supervisión del plan, designando además la autoridad de aplicación. Para dicho objetivo se ha conformado una mesa de trabajo entre los representantes de los distintos ministerios cuyo objetivo era realizar un documento base para la reglamentación de la ley.

Hasta la fecha tenemos conocimiento de que el Ministerio de Desarrollo Social ha presentado en forma aislada un proyecto de reglamentación en enero de 2008 (expediente 5668/08), y otro presentado por el resto de los ministerios implicados; dato por lo menos llamativo, ya que el objetivo de las reuniones de la mesa de trabajo era que saliera un documento base con una mirada interdisciplinaria, tal cual lo especifica la ley.

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que no existe la voluntad política necesaria para dar cumplimiento a la ley; dos años de demora en la reglamentación es demasiado tiempo, y mas aún si este tema es considerado de importancia por el gobierno de la ciudad.

Otro aspecto a resaltar es la constante dificultad con la que la unidad se ha encontrado en la reconstrucción de los datos (oficinas, dependencias, efectores, organigramas, etc.), ya que la información presente en las páginas web oficiales se encuentran en muchos casos incompleta, desactualizada, con números de teléfonos incorrectos, directores o coordinadores que ya fueron reemplazados, teléfonos en los que nadie atiende, etc.

Es evidente que esta misma sinuosidad en la búsqueda de información es vivida por las personas o familiares que padecen esta problemática. ¿Estamos entonces

facilitando el acceso a la salud, a la información, a la prevención, a la recuperación? Creemos enfáticamente que no.

Si los circuitos comunicacionales no cumplen con los requisitos de accesibilidad, ¿cómo podría enterarse una persona –máxime si es de bajos recursos- cómo y a dónde recurrir? ¿Existen campañas, con información clara, gráficas o televisivas que informen a los ciudadanos? Consideramos que son inexistentes o se hacen en forma aislada.

Estamos convencidos de que la problemática de las adicciones es efectivamente un problema socio-sanitario, tal cual lo plantea la ley 2318, y que su enfoque y tratamiento debe ser transversal. En este punto afirmamos que para poder desarrollar esta modalidad es necesario contar con un presupuesto significativo en las áreas que tienen competencia.

En la actualidad el presupuesto para Adicciones ha sido asignado al Ministerio de Desarrollo Social, específicamente a la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.

El monto es de \$10.054.380 distribuidos de la siguiente manera:

- Observatorio: \$422.380
- Prevención: \$1.215.000
- Asistencia y Reinserción Social: \$8.417.000

Esto implica el 1% del presupuesto total del Ministerio en 2009, una cifra irrelevante dada la magnitud de la problemática.

### **Ministerio de Salud**

En el Ministerio de Salud no hay partida asignada al tema adicciones. ¿Cómo podría la Red Metropolitana de Adicciones, dependiente de la Dirección Adjunta en Salud Mental, llevar adelante el trabajo y cumplir con sus objetivos (atención ambulatoria) sin partidas presupuestarias asignadas y sin designación del personal capacitado?

Se ha creado recientemente un programa de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, dentro del Ministerio de Salud, cuya responsable es la Dra. Verónica Mora Duboc.

Aquí nos encontramos con una nueva dificultad, no solo entre los Ministerios de Desarrollo Social y Salud, si no dentro del Ministerio de Salud, ya que este programa creado no va a depender de la Dirección Adjunta de Salud Mental (la cual tiene a cargo la Red Metropolitana de Adicciones) y sí directamente de la Dirección de Redes y Programas; a contramano de cualquier posibilidad de consolidación y articulación de una política de estado.

### **Dos efectores propios**

En cuanto a los dispositivos con que cuenta la ciudad para la atención de esta problemática, podemos encontrar bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social dos efectores propios (Casa Puerto y Casa Flores), y como gestión asociada - incorporada en agosto de 2008 para situaciones de alta vulnerabilidad- Casa Faro. Además se cuenta hasta el momento con 19 comunidades terapéuticas, ONGs, cuya modalidad de tratamiento refiere al modelo de internación comunitaria; en ellas el tiempo promedio de duración de un tratamiento es de 18 meses.

En el año 2008 se dispuso de 200 vacantes para el tratamiento en comunidades terapéuticas y en el año 2009 se han presupuestado 600 vacantes (los datos provienen de respuestas del Poder Ejecutivo a pedidos de informes hechos por la Legislatura).

Respecto a este punto nos preocupa la tendencia a la tercerización, ya que el estado deja de garantizar la salud poniendo en manos de privados su obligación; por demás, siempre que se solicita una beca se cae en un cierto grado de discrecionalidad que afecta el derecho de acceso universal a la salud, garantizado por la Constitución de la CABA y la Constitución Nacional.

Como ejemplo de la preocupación antes mencionada, según el informe de gestión del jefe de gobierno de 2008, se asistieron a 214 personas en casa Flores (modalidad ambulatoria), 124 en casa Puerto (modalidad internación), 36 en casa Faro y 447 en comunidades terapéuticas conveniadas; alcanzando así un total de 821 personas. Estos datos nos llevan nuevamente a preguntarnos si conciben con la demanda existente, y por qué existe esa diferencia abismal entre la asistencia en los efectores propios y las ONGs conveniadas.

Creemos que se deberían crear centros preventivos comunitarios en cada barrio, especialmente en las zonas más vulnerables. Hasta el momento se han puesto en funcionamiento solo 5 centros de intervención asistencial comunitaria (CIAC) en los barrios de Pompeya, Lugano, Villa Soldati y La Boca, y 7 centros de prevención, (CPCA) en los barrios de Palermo, San Cristóbal, Paternal, San Telmo, Pompeya, La Boca y Lugano.

En el área de Salud encontramos 3 servicios de urgencia toxicológica: el Hospital Fernández, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Para la atención ambulatoria no coactiva se cuenta con los dispositivos que integran la red metropolitana de adicciones -admite pacientes con problemas de abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas a partir de los 14 años- que no posee partidas presupuestarias asignadas para tales servicios.

Los servicios que la integran son: Centro Enrique Biedak (centro de salud 10), Centro Carlos Gardel, Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Alvear, La Otra Base del Encuentro (área programática Hospital Piñero), SADA (Servicio de ayuda y orientación telefónica), Centro de Salud 1, Hospital General de Agudos P. Piñero, Hosp. Gral. Cosme Argerich, Hosp. J. T. Borda, Hosp. Gral. de Agudos Dr. Enrique Tornú, Hosp. Gral. de Agudos Dr. Bernardino Rivadavia, Hosp. Gral. de Agudos Francisco Santojani, Hosp. Durán y los CESACs.

En cuanto a éstos, queremos manifestar nuestra preocupación, ya que la unidad hizo el relevamiento de todos los CESACs, y encontró que en el 80% de los casos respondieron que no atienden la problemática de adicciones, en tanto que en las páginas web oficiales se asegura lo contrario. Sabemos por cierto que esto forma parte de la falta de designaciones de profesionales idóneos en la temática y de la ausencia de equipos especializados, y consideramos que estos centros son de suma importancia para la temática, ya que se encuentran en los barrios y son fácilmente accesibles para las personas que necesiten recurrir a ellos.

### III.II

## Informes sobre la situación judicial de los expedientes ligados a la problemática del PACO

Estos son documentos elaborados por la USPPA y el área legal del despacho de la Diputada Diana Maffía que describen el recorrido judicial que han tenido las dos presentaciones más relevantes del año 2009 ligadas al área que monitorea la Unidad (se refieren a los fallos de los Dres. Danas<sup>2</sup> y Gallardo<sup>3</sup>, iniciados por los amparos presentados por el asesor tutelar Dr. Gustavo Moreno). Se detallan asimismo el marco legal local y nacional correspondientes a la problemática de las adicciones.

### Recorrido judicial de los expedientes

#### **Expediente 23.262/0. Asesoría tutelar Justicia Contencioso Administrativo Tributario contra Gobierno CABA s/Amparo (art. 14 ccaba)**

El 12 de diciembre de 2006 se presenta 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- y promueve 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”*. (EXP-23.262/0)

El 25 de septiembre de 2008 la jueza Andrea Danas falla ordenando "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."

El GCBA apela esta medida y el 17 de febrero de 2009 la Sala II de la Cámara en lo Contencioso Administrativo y Tributario rechaza el recurso articulado por la demandada (GCBA), quedando firme la sentencia de 1ª instancia (fallo de la Jueza Danas).

El 15 de abril la legisladora de la Ciudad de Buenos Aires Diputada Diana Maffía presenta un Amicus Curiae ante la sala II de la Cámara Contencioso Administrativo y tributario.

El GCBA interpone recurso de inconstitucionalidad y el Tribunal Superior resuelve declarar inadmisibile el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por la demandada el 28 de abril de 2009.

---

<sup>2</sup> ver el documento en: [http://dianamaffia.com.ar/?page\\_id=3342](http://dianamaffia.com.ar/?page_id=3342)

<sup>3</sup> ver el documento en: [http://dianamaffia.com.ar/?page\\_id=3347](http://dianamaffia.com.ar/?page_id=3347)

El 12 de agosto de 2009 el expediente vuelve al Juzgado de origen (Juzgado 9 de Andrea Danas).

**Expediente 12975/9 “Villa 21-24 y otros c/ Instituto de Vivienda de la CABA s/ otros procesos incidentales”**

Este expediente se inicia el 3 de junio de 2008, con motivo de la denuncia de incumplimiento efectuada por el Señor Asesor Tutelar, Dr. Gustavo Daniel Moreno, respecto a una medida cautelar dictada en Recurso de amparo, vinculada a las cuestiones de infraestructura y adicciones, en la zona de “La Toma” en la villa 21/24.

Con fecha 27 de mayo de 2009 se celebra una audiencia entre el Asesor Tutelar y funcionarios del GCBA (entre ellos la ministra de Desarrollo Social y el Consejo de Derechos de Niños, niñas y adolescentes); en dicha audiencia se llega al acuerdo de que el GCBA elaborará un plan integral y multidisciplinario con ámbito de aplicación en la villa 21-24 para abordar la problemática de las adicciones (el documento figura en la siguiente página). El Juez Gallardo homologa el convenio el 19 de junio, del mismo surge que el Ministerio de Salud tendrá a su cargo una serie de elementos.

Gallardo cita a dar explicaciones al Ministro de salud, atento a que de la visita al Cesac 35 surge que dicho ministerio no cumplió con los recursos para la implementación del plan. El juez decide allanar la sede del Ministerio de Salud el 4 de septiembre como consecuencia del incumplimiento del plan integral, e intima al mismo a dar la nómina de profesionales que se desempeñarán en el mismo y la puesta en funciones de un vehículo ambulancia bajo apercibimiento de una multa de \$1000 diarios sobre el salario del Ministro. Esta multa se hace efectiva el 1ro de octubre, embargando el salario del Ministro por la suma de \$ 11.000, rechazando los motivos de apelación de éste y mandando al tribunal de segunda instancia para que resuelva.

El 20 de octubre el juzgado intima al Director de la Región Sanitaria nº 1 para que presente al tribunal explicaciones sobre la orden de internación compulsiva respecto de los niños, niñas y adolescentes que habitan en la villa 21/24.

A continuación reproducimos el Acta Compromiso entre los Ministerio de Desarrollo Social, Salud y el Poder Judicial para la implementación del plan integral de trabajo:

### III.III

## Acta de compromiso entre el Ministerio Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y el Poder Judicial



**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**  
"2009. Año de la Vigencia de los Derechos Políticos de la Mujer"

### ACTA DE COMPROMISO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE TRABAJO

#### REUNIDOS

El Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representado por la Ministra Lic. María Eugenia Vidal, el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representado por el Ministro Jorge Lemus y el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representado por la Presidenta Jessica Malegarie, y

#### VISTO

Lo resuelto por el Sr. Juez en fecha 27 de mayo del corriente en el marco de los autos caratulados "VILLA 21-24 (LA TOMA) CONTRA INSTITUTO DE LA VIVIENDA DE LA CABA Y OTROS SOBRE OTROS PROCESOS INCIDENTALES" EXPTE. 12975/9, en trámite por ante el Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario N°2 de esta Ciudad, en cuanto ordena al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que en el plazo perentorio de diez días elabore un Plan Integral y Multidisciplinario de trabajo con ámbito de actuación en la Villa 21-24 y zonas de influencia, para abordar la problemática de adicciones de los menores que allí habitan, los aquí firmantes

#### MANIFIESTAN

PRIMERO: Que resulta necesario coordinar y complementar los recursos pertenecientes a cada una de las áreas competentes, a efectos de favorecer el abordaje de la problemática de adicciones de los niños, niñas y adolescentes que habitan en la Villa 21-24 y zonas de influencia.

SEGUNDO: Que a los fines expuestos en la manifestación precedente, entienden necesario implementar el PLAN INTEGRAL DE TRABAJO que se adjunta al presente como ANEXO I.

TERCERO: Que, una vez aprobado judicialmente el mencionado plan, los aquí firmantes instruirán a las áreas competentes de su dependencia a efectos de que provean a su cumplimiento en forma cabal y efectiva.

CUARTO: Que a efectos de optimizar los tiempos de respuesta y coadyuvar a la coordinación y complementación de los recursos existentes en cada área de Gobierno involucrada, los aquí firmantes designarán un responsable operativo del PLAN con rango no inferior a Director General, cuya función consistirá en impartir las instrucciones al interior de la jurisdicción y articular con los responsables de las restantes áreas de Gobierno.

Leída que fue la presente y prueba de conformidad se firman dos (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes de ocho (8) de dos mil nueve.

FDO. Lic. María Eugenia Vida (MDS); Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus (MS) y Jessica Malegarie ( CDNN y A)

## Anexo I al Acta:

### PLAN INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIO DE TRABAJO EN VILLA 21/24.

Se propone un Plan integral interdisciplinario e interministerial para trabajar la problemática de niñas, niños y adolescentes en situación de pasillo con consumo de sustancias psicoactivas. Las áreas implicadas son: el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), Consejo de Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes, Ministerio de Salud, todos pertenecientes a la órbita del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A fines ordenatorios se plantean el Plan en 6 etapas, las cuales se encuentran concatenadas y son consecutivas, no resultando de aplicación una sin el cumplimiento de la anterior.

#### a) ETAPAS DE ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA:

1- Del abordaje del caso propiamente dicho (A cargo del MDS): En esta etapa el MDS (a través de la Dirección General de Niñez y Adolescencia – Programa de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia en Situación de Vulnerabilidad Social y los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria dependiente de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones) interviene con propósito de establecer contacto con los niños y niñas que padecen algún tipo de adicción y se encuentran en situación de pasillo, a fin de asistirlos en su problemática e introducirlos en alternativas de tratamiento acordes a la situación de cada uno.

Los criterios de tiempo de trabajo con los niños y niñas en esta etapa serán definidos según las particularidades de cada caso.

- En aquellos casos donde existe un alto compromiso en adicciones una vez transcurrido el tercer intento de disuasión en la situación de consumo y de persuasión en el ingreso a una alternativa de tratamiento, o haber contactado al niño o niña bajo los efectos del consumo tres veces seguidas, ya sea en días consecutivos o alternos, se considerará que la etapa de abordaje ha fracasado, debiendo dar inicio a la segunda etapa.
- En los casos en que situaciones particulares pudieran tornarlo aconsejable. como por ej, presencia de uno solo de los siguientes criterios mayores: Convulsiones, delirio paranoide, arritmias, es motivo de internación inmediata. La presencia de dos o más signos menores como excitación psicomotriz, midriasis, valoración nutricional pobre, así como lesiones en tres valoraciones seguidas, son motivo de internación.
- En aquellos casos donde no exista un alto compromiso con el consumo de sustancias psicoactivas el trabajo, la etapa podrá prolongarse en el tiempo hasta 30 días a fin de revertir la situación de pasillo y que el niño, niña o adolescente acceda voluntariamente a un tratamiento en adicciones. Excedido ese período se realizará la evaluación indicada en el punto siguiente.

2- De evaluación (A cargo del MDS y del CDNNyA): Esta segunda etapa consiste en un último contacto con el niño o niña abordado, a fin de determinar la conveniencia y procedencia de la adopción de una medida excepcional por parte del Consejo de Derechos. Al efecto, se convoca a las áreas de niñez y de adicciones del MDS y, según corresponda, a la Guardia de Abogados, Defensoría Zonal y/ o Equipo de Intervenciones Especiales del CDNNyA. Esta etapa no podrá exceder los 7 días de finalizada la anterior.

3- De la adopción de la medida (A cargo del CDNNyA): El CDNNyA adoptará la medida pertinente en un plazo que no excederá de los cuatro días hábiles contados desde la clausura de la etapa 2. El CDNNyA requerirá judicialmente el auxilio de la fuerza pública para el caso de ser necesario dicho recurso en ocasión de la ejecución de la medida adoptada.

4- De la ejecución de la medida adoptada (A cargo del CDNNyA, Ministerio de Salud y del área de factores humanos dependiente del Sistema de Atención de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud): Consiste en hacer operativa la medida del CDNNyA a través del personal del DIE del CDNNyA, con la asistencia del SAME y de psicólogos especializados pertenecientes al área de Factores Humanos dependiente del Ministerio de Salud. Una vez abordada la

situación, y en el día, se dispone el traslado del niño o niña al Hospital que corresponda a efectos de realizar los estudios clínicos que identifiquen el estado de salud del niño, niña o adolescente previo al ingreso en una comunidad terapéutica.

**5- De la Desintoxicación (A cargo del Ministerio de Salud):** Consiste en un tratamiento intra-hospitalario a realizar prioritariamente en el Hospital Elizalde, con la finalidad de obtener la estabilización clínica del paciente. La duración de la presente etapa será acorde a las necesidades de cada paciente. Durante el transcurso de la presente etapa, y a los fines de no tornar estériles las acciones desplegadas en las etapas previas, será necesario en cada caso disponer de consigna policial permanente *in situ*. Una vez concluido el proceso de desintoxicación, el área de salud interviniente dispondrá a través del SAME el traslado del niño o niña a la comunidad terapéutica que el MDS considere acorde a las necesidades del caso.

**6- Del ingreso a Comunidad terapéutica e inicio del tratamiento (A cargo del MDS):** Consiste en un tratamiento de rehabilitación residencial, el cual convoca a la integración del joven en un sistema comunitario con variables terapéuticas y de resociabilización. Respecto de las primeras, las terapéuticas, se propone espacios específicos destinados a la deshabitación en primer lugar y a la elaboración de su problemática drogodependiente, es decir, al lazo de dependencia personal con el que el niño, la niña y/o el adolescente se *ha* vinculado a la sustancia. En este orden de trabajo se integrarán aspectos de la historia personal y familiar del joven. Respecto del campo de la resociabilización se propone un plan de tratamiento con acento en el plano convivencial, estructurado, pautado, con normas de convivencia, responsabilidades, derechos y obligaciones para cada residente (así es como se los denomina a los asistidos en dicho dispositivo). Respecto del tiempo de tratamiento necesario para un proceso de rehabilitación en jóvenes con problemática de abuso o dependencia de sustancias, podría estimarse en aproximadamente un año como tiempo promedio; con un subsiguiente programa de prevención, atención y seguimiento ambulatorio.

### III.IV

## Marco Legal sobre Adicciones

### Marco nacional

#### Normas constitucionales

La Constitución Nacional, en su reforma del año 1994, incorporó en su art. 75, inc. 22 los tratados que gozan de jerarquía internacional. A través de ellos, la Nación ha reconocido internacionalmente ciertos principios y derechos humanos, tales como el derecho a la vida y a la salud.

Al respecto, cabe destacar al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su art. 12; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en sus arts. I y XI; la Convención Americana sobre Derechos del Hombre, en su artículo 4º; al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 6º y a la Declaración Universal de Derechos Humanos en sus arts. 3 y 25.

#### Tratados internacionales ratificados por Argentina:

Convención Única de Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961), modificada por el protocolo de 1972;

Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas (1971);

Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988);

Estrategia Antidrogas en el Hemisferio aprobada por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones (Buenos Aires-octubre de 1996), (decreto 1339/96).

## **Mercosur**

Decisión 20/2003 y 21/2003. Estrategia regional Control de Tabaco. Suscribe los "Lineamientos estratégicos para el Desarrollo del Plan de Acción Regional para el Control...".

### **Marco legal**

- **Ley 17.818** (de 1968) y **Ley 19.303** (1971): determinan la lista de estupefacientes y la de sustancias psicotrópicas respectivamente, que pueden circular en nuestro país bajo estricto control.
- **Ley 23.344**: limita la publicidad de cigarrillos e impone la obligatoriedad de incluir en los paquetes una advertencia sobre el contenido de sustancias cancerígenas.
- **Ley 23.358**: establece la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción.
- **Ley 23.737**: Modificación al Código Penal sobre narcotráfico. Tipifica, entre otras conductas, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia de estupefacientes con fines de comercialización.
- **Ley 24.788**: prohíbe en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas y crease el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.
- **Ley 24.819**: preserva la lealtad y el juego limpio en el deporte, y establece la creación de la Comisión Nacional Antidoping y del Registro Nacional de Sanciones Deportivas.
- **Ley 24.455 y 24.754**: obliga a todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional, al incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.
- **Ley 26.052**: incorpora modificaciones a la Ley de Estupefacientes N° 23.737
- **Ley 26.045**: crea el Registro Nacional de Precursores Químicos.
- **Ley 26.061**: Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

## **Marco Administrativo**

### **Decretos**

- **Decreto 271/89:** crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico bajo la órbita de la Presidencia de la Nación.
- **Decreto 623/96:** fija el marco institucional a partir del que se desarrolla el Plan Nacional de Drogas, y establece instrucciones y reglamentos para ejecutar la política de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas.
- **Decreto 1095/96 y su modificatorio 1161/00:** establecen sanciones de naturaleza administrativa, que consisten en la suspensión o cancelación de la autorización para operar con precursores químicos para todos aquellos que infrinjan dicha normativa. Las sustancias químicas sometidas a control se encuentran enunciadas normativamente en el Anexo I del decreto, que contiene tres listas o categorías de sustancias sometidas a control, siendo la lista I, aquella que está sometida a la fiscalización mas severa y así sucesivamente en orden decreciente.
- **Decreto 1119/96 modificado por el 342/97:** creó un Comité de Trabajo Conjunto compuesto por representantes de los -entonces- Ministerios de Salud y Acción Social, Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Cultura y Educación, Administración Nacional del Seguro de Salud, Secretaría de Desarrollo Social y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, que tiene como objetivos unificar el accionar de los citados organismos a los efectos de posibilitar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 1 inciso b) y artículo 2 de la ley 24.455, y en los artículos 13 y 14 del decreto 623/96.
- **Decreto 2740/2002.** Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- **Decreto 149/2009.** Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Reglamentación de la Ley 24788

### **Resoluciones**

- **Resolución Conjunta Nº 361/1997 MdeSyAS y Nº 153/1997 SdePPDLN.** Establece normas de categorización para aquellos establecimientos que brindan servicios preventivos-asistenciales en drogadependencia.
- **Resolución Nº 709/1997 ANSSAL.** Establece que todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud, podrán solicitar apoyo financiero para la cobertura de tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de personas infectadas por retrovirus humanos y las que padezcan SIDA y/o enfermedades intercurrentes y para la atención de personas que dependan física y psíquicamente del uso de estupefacientes.
- **Resolución Conjunta 362/1997 y 154/1997 - Ministerio de Salud y Acción Social y Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.** Aprueba el Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción.
- **Resolución 336/97 del Ministerio de Salud** creó una Comisión presidida por el Director Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y compuesta por representantes de dicho organismo, de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización, de la Dirección Nacional de Fiscalización Sanitaria y de la Secretaría de

Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, cuyo objetivo es analizar, evaluar y promover normas relacionadas con la producción, comercialización, depósito y dispensación de drogas psicotrópicas, estupefacientes y de adicción.

## **Constitución CABA**

Derechos constitucionales afectados:

1. Igualdad y no discriminación (art. 11 CCABA), “Todas las personas tienen idéntica dignidad y son iguales ante la ley”.
2. El acceso al servicio público de salud para los niños, niñas y adolescentes con menores posibilidades (art. 17 CCABA). “La Ciudad desarrolla políticas sociales coordinadas para superar las condiciones de pobreza y exclusión mediante recursos presupuestarios, técnicos y humanos. Asiste a las personas con necesidades básicas insatisfechas y promueve el acceso a los servicios públicos para los que tienen menores posibilidades”.
3. La salud integral (art. 20 CCABA<sup>4</sup>), “Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”.
4. La garantía de la atención en salud mental (art. 21 inc. 12 CCABA), “Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”.
5. La prioridad de los niños, niñas y adolescentes en políticas públicas (art. 39 CCABA), “La Ciudad reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y escuchados. Se respeta su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados pueden por sí requerir intervención de los organismos competentes”.
6. Igualdad real de oportunidades para la juventud: a través de acciones positivas que faciliten su integral inserción política y social y aseguren, mediante procedimientos directos y eficaces, su participación en las decisiones que afecten al conjunto social o a su sector (art.40).
7. “Cláusula de operatividad”: artículo 10. Dicha previsión constitucional establece: “Rigen todos los derechos, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional, las leyes de la Nación y los tratados internacionales ratificados y que se ratifiquen. Estos y la presente Constitución se interpretan de buena fe. “Los derechos y garantías no pueden ser negados ni limitados por la omisión o insuficiencia de su reglamentación y ésta no puede cercenarlos”.

## **Marco legal CABA**

---

<sup>4</sup> Libro primero, título segundo, Políticas Especiales de la Ciudad de Buenos Aires. Dentro de ellas, la Constitución garantiza el derecho a la salud integral y establece que el gasto público en la materia es una inversión social prioritaria que asegura a través del área estatal salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad (art. 20).

- **Ordenanza Nº 40.711.** Obliga a incluir en el diseño curricular de las escuelas de nivel primario el tema: “Adicciones, causas y consecuencias sociales”.
- **Ordenanza Nº 47.668:** Prohíbe el expendio de cigarrillos, cigarros y tabaco a los menores de 16 años. Su reglamentación, el decreto 1606/1994 obliga a los comerciantes a exhibir un cartel con la leyenda: "Venta de cigarrillos sólo a mayores de 16 años. Ordenanza Nº 47.668".
- **Ordenanza Nº 47.669** (Modificada por la Ordenanza Nº 50.846 y Reglamentada por Decreto Nº 1607/94). Programa de Control Toxicológico del Tabaco, que tiene como función realizar un análisis de las sustancias contenidas en todos los tabacos que se comercialicen con una periodicidad no mayor a 180 días.
- **Ordenanza 50.985:** Prohíbe realizar concursos ofreciendo la entrega de premios o promueva el consumo de tabaco, cigarrillos, u otros productos dedicados a fumar.
- **Ordenanza Nº 50.869:** Obliga al ejecutivo a realizar coloquios de ayuda para el personal municipal fumador que se desempeñe en ámbitos de atención al público.
- **Ordenanza Nº 50.289.** Prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- **Ordenanza Nº 51.084.** Obliga a que los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas contengan su graduación y la leyenda: “El consumo excesivo de alcohol es perjudicial para la salud”.
- **Ley 114:** Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. Tiene por fin la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (art. 1º). La norma referida prevé el deber de la familia, la sociedad y el Gobierno de la Ciudad de asegurar a niñas, niños y adolescentes, con absoluta prioridad, la efectivización de los derechos a la vida, a la libertad, a la identidad, a la salud, a la alimentación, etc. y en general, a procurar su desarrollo integral (art. 6º) y asimismo, a adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos. El art. 23 prevé la obligación del Gobierno de la Ciudad de adoptar diferentes medidas a fin de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud que les son reconocidos por normas jurídicas, operativas o programáticas.
- **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, garantiza el derecho a la salud integral y tiene como objetivo regular el derecho sanitario.
- **Ley 247.** Prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas en estaciones de servicio, lavaderos de automóviles, gomerías y todo otro comercio que brinde servicios a automovilistas.
- **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. 5, inc. 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.

- **Ley 451. Régimen de faltas** (Sección 3º, Capítulo I; Sección 4º, Capítulo I). Contiene sanciones para aquellos que trasgredan normas en materia de bebidas alcohólicas y tabaco.
- **Ley 1580** que crea la Campaña Publicitaria Permanente contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Drogadicción: Crea una campaña permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción y establece un concurso estudiantil de afiches.
- **Ley 1689:** (modificada por ley 2456), organiza y regula el funcionamiento del Consejo de Seguridad y Prevención del Delito. Establece como una de sus funciones: “El desarrollo de programas de prevención para conjurar los efectos nocivos del suministro de toda sustancia que produzca adicciones”.
- **Ley 1723:** de consumo abusivo de alcohol en niños, niñas y adolescentes. Garantiza la protección de los menores de 18 años que padezcan las consecuencias del abuso del consumo de alcohol.
- **Ley 1798.** Prohíbe la comercialización de prendas deportivas con publicidad de bebidas alcohólicas y/o tabaco en los talles infantiles de dicha indumentaria.
- **Ley 1799 (modificada por ley 2837), Ley de Control del Tabaco.** Regula el consumo, la comercialización y publicidad del tabaco en el ámbito de la Ciudad.
- **Ley 2318:** que regula la Prevención y Asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

## Normas reglamentarias

### *Decretos*

- **Decreto N° 8307/1986.** Crea en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, la comisión Municipal para el Control del Narcotráfico y el Uso Indebido de Drogas, la que tendrá por funciones elaborar e instrumentar las políticas al respecto, a través de programas de acción.
- **Decreto N° 1757/1990** crea la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones dependiente del Ministerio de Salud en el área de Salud Mental y se aprueba 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.
- **Decreto N° 1403/1999.** Crea la Comisión coordinadora sobre Adicciones del G.C.B.A. la cual estudiará, propondrá, coordinará y articulará las políticas y acciones del G.C.B.A. en relación a la drogadependencia.
- **Decreto N° 2202/2000.** Establece que la coordinación de programas y ejecución de convenios suscriptos por el G.C.B.A, relativos a la prevención y tratamiento del S.I.D.A. y a diferentes adicciones, estará a cargo de la Dirección General Adjunta de SIDA y Adicciones, de la D.G. de Atención de la Salud.
- **El Decreto N° 2193/ 04,** que establece el Programa de Acción Coordinada para el Fortalecimiento de los Derechos de las Mujeres. Tiene como uno de sus objetivos: “Ofrecer información y asistencia en adicciones a mujeres, especialmente a las más jóvenes.”

- El **Decreto 405/06** Crea la Unidad de Proyectos Especiales Prevención y Asistencia Integral Frente a las Adicciones- UPE- Ministerio de Salud.
- El **Decreto 710/06** (Reglamentario de la ley 495, “Programa de Micro-emprendimientos en Producciones Artísticas para Jóvenes en Situación de Riesgo Social”) establece como función del Programa "Emprendimientos Juveniles", la de “Identificar situaciones de riesgo y problemáticas de deserción escolar, adicciones, desvinculación familiar, conflictos de índole legal, entre otros; actuando para atender o efectuar derivaciones asistidas de los adolescentes y jóvenes, a los distintos servicios del Gobierno de la Ciudad, que deberán considerar prioritariamente esta demanda”.
- **Decreto 1681/07**, dictado por el Poder Ejecutivo de la Ciudad creando el Programa Interministerial de Proyectos Especiales “Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína (P.B.C.)”. En su art. 3º prevé que los efectores dependientes de la Subsecretaría de Salud del G.C.B.A., deberán promover los mecanismos tendientes a la superación de aquellos obstáculos de índole administrativo, jurisdiccionales y/o asistenciales que impidan efectivizar la presente normativa en la población mencionada precedentemente que se encuentren en la situación prevista en el art. 1.
- El **Decreto 915/2008**, crea el Organismo Fuera de Nivel Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social.
- **Decreto 1156/2009**. Aprueba nueva estructura del Ministerio de Desarrollo Social del G.C.B.A. Modifica al Organismo Fuera de Nivel “Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones”, lo nombra como Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Además crea la Dirección Operativa del Observatorio en Adicciones, la Dirección Operativa de Prevención Social en Adicciones y la Dirección Operativa de Asistencia Social en Adicciones.

### **Resoluciones**

- **Resolución Conjunta 1888/2001** - Secretaría de Salud, Secretaría de Promoción Social y Consejo del Niño y Adolescente (Modificada por Resolución 1751/2008 - Ministerio de Salud). Crea el Programa para la Salud Integral del Adolescente que tiene como una de sus acciones: “El relevamiento de toda la información necesaria para estimular la prevención en los chicos en situación de calle (accidentes, embarazo, enfermedades, adicciones, etc.), y la provisión de las vacunas y los medicamentos necesarios para tratamientos ambulatorios.” También “Diagnosticar y realizar seguimiento de adolescentes y jóvenes en situación de riesgo: adicciones...” y “Promover el trabajo en las sala de espera, mediante talleres coordinados por profesionales en actividades de Educación para la Salud, orientados a la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, embarazo, violencias y adicciones.”
- **Resolución S.S. y S.D.S. Nº 935/2002**. Implementa actividades conjuntas entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social, para asistir al tratamiento de drogadependientes.
- **Resolución Nº 1252/GCABA/SSSS/05**, cuya finalidad es garantizar y efectivizar la atención integral a la salud de los niños, niñas y adolescentes, removiendo obstáculos que impidan su inmediata concreción, de acuerdo a la legislación vigente sobre la materia.
- 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...” ya que en el capítulo sobre Epidemiología se afirma 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, de comienzo cada vez más temprano.

- **Resolución 2265/2007 - Ministerio de Salud:** Crea el "Servicio de ayuda telefónica en drogas y alcohol" (S.A.D.A.).
- **Resolución 2187/2008 - Ministerio de Salud.** Crea el Programa de Control de Tabaquismo en el ámbito del Ministerio de Salud.
- **Resolución N° 2721/ GCABA/ MSGC/ 08 y Resolución N° 73/ MCBA/ 86.** Creación del Grupo de Trabajo Adicciones para la atención de Pacientes Adictos, con Dependencia Orgánica, Departamento Medicina, Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez.
- **Resolución N° 2227/ GCABA/ MEGC/ 09.** Crea el “Programa Retorno: Prevención de Adicciones y Violencia Social”, destinado a niños de 8 a 18 años, bajo la órbita de la Unidad Ministro de Educación.

### III.V

## Monitoreo y análisis de los datos estadísticos y presupuestarios

Entre mayo y noviembre de 2009 se elaboraron diversos informes en los que se reseñan y analizan estudios y encuestas publicadas por el Observatorio en Adicciones y por otros organismos públicos u organizaciones de la sociedad civil acerca del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de Buenos Aires; el desempeño de los distintos programas pertenecientes a la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, la evolución de la ejecución financiera del presupuesto, y la cantidad de personas atendidas en los distintos efectores del programa de Asistencia en Adicciones. Para ello, se utilizaron distintas fuentes de información:

- Informes publicados en la página web del Observatorio en Adicciones
- Informes e investigaciones de otros organismos, en especial la SEDRONAR
- Entrevistas personales y/o telefónicas con el Director de la Coordinación y los coordinadores del Observatorio y el Programa de Asistencia.
- Informes de contaduría sobre la ejecución presupuestaria trimestral
- Informe de Seguimiento Trimestral del GCBA (2º trimestre de 2009).

Asimismo, se presentaron dos pedidos de informes a la Coordinación, en los que se solicitaban detalles de las siguientes acciones desarrolladas por ella:  
Expte. 366/09. Sancionado N° 177/09 (fecha 4/06). Ubicado en la Subsecretaría de Promoción Social desde el 4/08.

Expte 570/09. Sancionado N° 226/09. Ubicado en Asistencia Social en Adicciones desde el 27/07.

Sólo uno de ellos fue oficialmente respondido, por lo que parte de la información de relevancia para el trabajo de la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones, debió rastrearse informalmente.

### 1.- Reseña de los informes elevados

#### Consideraciones generales

El hecho de que la Ciudad cuente con un Observatorio en Adicciones propio resulta significativo a fin de que los organismos encargados del diseño de políticas públicas en la materia posean información consolidada y veraz que les permita elaborar diagnósticos precisos acerca de la realidad del consumo de sustancias psicoactivas en la CABA. El propio organismo, en su página web, destaca al respecto “la necesidad de contar con Encuestas de Hogares, a fin de conocer el problema y sus tendencias en la población”.

El Observatorio ha ido publicando a lo largo de 2008 y 2009 distintos tipos de estudios que brindan información de utilidad. En el transcurso de 2009 hemos ido sistematizando cada uno de ellos y reseñamos su información más importante.

Sin embargo, es de destacar que pese a las consideraciones mencionadas, a excepción de la encuesta sobre sustancias psicoactivas y violencia, el Observatorio no ha realizado otros estudios propios que permitan dar cuenta de la magnitud de la problemática en la Ciudad, si no que elaboró relevamientos específicos (en hospitales) o estudios cualitativos (Paco), y debió sistematizar estudios elaborados por el SEDRONAR para contar con información agregada, con las limitaciones que implica el hecho de tomar un recorte de una muestra nacional para abordar las aristas específicas a nivel local: una cantidad insuficiente de casos relevados, un margen de error mayor, y resultados donde las

realidades de sectores de la población se ignoran debido a la sub-representación en la muestra encuestada.

## 1.1 Informes elaborados por el Observatorio en Adicciones

### 1.- Informe sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su relación con las situaciones de violencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, noviembre 2008

La idea del adicto como delincuente *per se*, como un sujeto que por consumir una determinada sustancia se ve arrastrado a la inmoralidad y el delito, no tiene correlato con la realidad y carece de cualquier evidencia científica que la sustente. No existen estudios completos sobre este tema, y la información disponible es escasa y desactualizada; los medios –que *interpretan* las estadísticas para obtener resultados sensacionalistas- ayudan a la persistencia de esta idea equivocada.

Este prejuicio genera temor y rechazo, crea tensión social, y atenta contra el proceso de rehabilitación de los adictos, por lo que sería de gran utilidad contar con estudios que pongan luz sobre la cuestión; sin embargo, el Informe del Observatorio de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones “*sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su relación con las situaciones de violencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*” -pese a su título- no aporta ningún dato cierto respecto a si existe o no una verdadera relación entre el consumo de drogas y la violencia; antes bien, presentando solo *percepciones* y *pareceres*, y evitando enumerar auténticas –fácticas- relaciones, consolida, de cierta manera, el estereotipo.

Para comprender que este estudio no arroja resultados objetivos, basta observar, por ejemplo, que el 94% de los encuestados considera, por un lado, que el consumo de drogas incide en la violencia, pero a la vez, la mayoría de las víctimas de hechos de violencia no considera que los atacantes estuvieran drogados, así como la mayoría afirma que el consumo no hace más agresivos o peligrosos a sus familiares y amigos; situación facticamente contradictoria que revela que la “*relación con las situaciones de violencia*” es solo supuesta y subjetiva.

El “Informe sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su relación con las situaciones de violencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” se basa en una encuesta por muestreo representativa realizada por el Observatorio de Adicciones del GCBA a la población de 18 años y más en noviembre de 2008. El tamaño de la muestra es de 2250 casos y su diseño es probabilístico, estratificado y con selección aleatoria de hogares. Su error muestral global es  $\pm 2\%$  para un 95,5% de confianza, por lo que arroja resultados válidos para el conjunto de la ciudad.

- En términos generales, el estudio revela que es muy extendida en todas las Comunas de la Ciudad, la percepción acerca del aumento del delito, la violencia, la inseguridad y el consumo de drogas, y de la incidencia de esta última cuestión en la creciente sensación de inseguridad y peligro.
- El consumo de drogas en general, y el de drogas duras como cocaína y paco, es percibido como el factor más determinante en el aumento de la violencia y el delito (63%)

- Se manifiesta una fuerte asociación entre droga / delito / violencia y peligro.
- Se asocian situaciones puntuales con el aumento de la inseguridad y el peligro: los y las jóvenes consumiendo drogas y alcohol en espacios públicos; la venta de drogas en el barrio y la connivencia estatal.

## 2.- Emergencias y Consumo de Sustancias Psicoactivas en hospitales

Como ocurre en toda la estadística existente, el alcohol aparece como la sustancia psicoactiva más consumida, y ésta en particular se subraya como peligrosa, ya deriva en hospitalizaciones. Puede verse en este estudio una muy fuerte relación entre la ingesta de alcohol, los hechos de violencia y los accidentes.

Este dato debe sopesarse junto al que indica que el sector de la población más afectado es el perteneciente a la franja de entre 16 y 25 años: el escenario más peligroso en el consumo de sustancias psicoactivas es la relación jóvenes-alcohol. El estudio demuestra que a medida que avanza la edad, las hospitalizaciones son menores e involucran más accidentes que hechos de violencia, reafirmando lo antedicho.

La brusca irrupción del aumento de emergencias ligadas al consumo de paco, dato que queda diluido en los promedios de las estadísticas nacionales, revela la calidad del problema al que se enfrenta la CABA; si al evaluar estos datos se considera cómo fue el desarrollo del fenómeno en otras ciudades del continente, y la falta de acciones contundentes por parte del gobierno de nuestra ciudad, es difícil creer que la situación mejorará *per se*.

El que sean los jóvenes el sector más vulnerable y que sufre mayores daños por la desmesura en el consumo de sustancias psicoactivas impone una urgencia y necesidad que convierte en muy pobre el presupuesto asignado a la Coordinación de políticas sociales en adicciones; y hace inexplicable que la misma tenga un nivel de subejecución presupuestaria prácticamente total en algunas áreas, fundamentalmente en prevención. Urge entonces realizar campañas de prevención e información, mayoritariamente dirigidas a los jóvenes.

Los informes se nutren del relevamiento sistemático de los casos atendidos por los servicios de emergencia de distintos Hospitales Generales de Agudos a lo largo de una semana de referencia, y de las llamadas telefónicas atendidas por la Unidad de Toxicología del Hospitales de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez durante 15 días. Brindan información sobre el perfil de las personas que acuden a los servicios de emergencia hospitalaria y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Se aplica el cuestionario SEDRONAR/OEA (el mismo que utiliza la SEDRONAR para realizar este mismo tipo de estudios en todo el país).

Años 2007 / 2008:

- Hospital Cosme Argerich (4 al 10 de junio del año 2007). No se indica el número total de casos atendidos .
- Hospital de Agudos Dr. Ricardo Piñeyro: (20 al 26 de octubre de 2008). 645 casos atendidos.
- Hospital General de Agudos Dr. J. A. Penna: (27 de octubre al 2 de Noviembre de 2008). 402 casos atendidos.
- Unidad de Toxicología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez: (1 al 15 de junio de 2008). 936 llamados telefónicos atendidos.

#### **Información destacada:**

- En las guardias de emergencia es atendido un porcentaje mayor de hombres que de mujeres, la mayor parte de los mismos jóvenes o de mediana edad (menores de 50 años). En el caso del Hospital de Niños, la población se distribuye en forma igualitaria por sexo y las tres cuartas partes de las personas atendidas son menores de 21 años.
- El nivel educativo de las personas atendidas es predominantemente bajo y su situación ocupacional asociada en altos porcentajes con situaciones de precariedad.
- Entre las personas que ingresan a los servicios habiendo consumido alguna sustancia psicoactiva se destaca la ingesta de alcohol por sobre cualquier sustancia ilegal. En el caso del servicio del Hospital de Niños, el 90% de las consultas se vinculan con el consumo de psicofármacos.
- Mayormente, allí donde se registra consumo de sustancias, el diagnóstico se cataloga como "Consecuencia inmediata del estado de intoxicación" (traumatismo, herida, etc.)
- Existe una fuerte asociación entre violencia y consumo: en la mayor parte de los casos donde se registran situaciones de violencia, existe consumo de sustancias en las personas involucradas. También se destaca el consumo en las situaciones de emergencia motivadas por accidentes de tránsito.

Año 2009:

- Hospital General de Agudos Dr. J. A. Penna (1 al 7 de junio de 2009)
- Hospital General de Agudos Dr. R. Piñero (1 al 7 de junio de 2009)
- Hospital General de Agudos Dr. F. Santojanni (8 al 15 de junio de 2009)
- Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez (8 al 15 de junio de 2009)

#### **Información destacada**

- El porcentaje de consultas en guardia relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas asciende al 13,8%. La proporción es similar a la registrada en 2008.

Relación con el consumo de sustancias	Hospital Penna	Hospital Piñeiro	Hospital Alvarez	Hospital Santojanni	Total
Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	11%	18.5%	8.5%	15.2%	13.8%
Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	89%	81.5%	91.5%	84.8%	86.2%

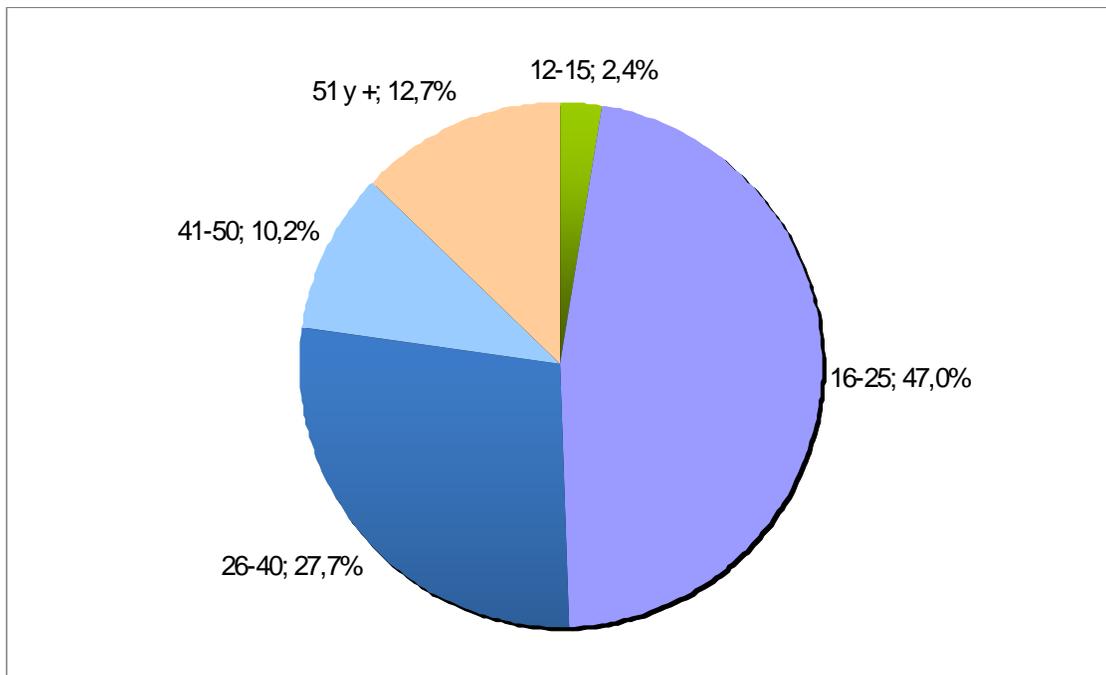
- El 86,1% de las consultas relacionadas con consumo de sustancias corresponden a varones y el 47% a jóvenes de entre 16 y 25 años.

**Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas según sexo y tramos de edad**

**Sexo**

	Sexo	
	Varón	Mujer
Consultas relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas	86,1%	13,9%

**Tramos de edad**



- El 37% de los pacientes cuyas consultas estuvieron relacionadas con consumo estaban desocupados.
- El 11,4% de los pacientes cuyas consultas estuvieron relacionadas con consumo no habían completado la escolaridad primaria.
- El Alcohol es la sustancia de mayor prevalencia de consumo en las seis horas previas al ingreso a la consulta.

Sustancia Psicoactiva	Hospital Penna	Hospital Piñeiro	Hospital Alvarez	Hospital Santojanni	Total
No consumió	83.5%	77.3%	86.4%	78.4%	80.5%
Alcohol	9%	8.5%	8.2%	11.7%	9.7%
Paco	1.7%	5.1%	1.4%	2.6%	2.9%
Marihuana	1.2%	1.7%	0.9%	2%	1.5%
Cocaína	2%	0.9%	0.9%	0.9%	1.2%
Tranquilizantes	0.6%	1.7%	1.8%	0.9%	1.2%
Sedantes	0.6%	2.3%	-	0.6%	1.0%
Antidepresivos	0.3%	0.9%	-	0.9%	0.6%
Flunitracepan	-	0.6%	-	1.5%	0.6%
Disolventes e Inhalantes	0.3%	0.6%	-	-	0.2%
Crack	-	0.3%	-	-	0.1%
Otro	0.9%	0.3%	0.5%	0.6%	0.5%

- Entre los motivos de consulta relacionados con consumo se destacan los accidentes (tránsito, trabajo y domésticos). 3 de cada 10 accidentes de tránsito estuvieron relacionados con consumo de sustancias psicoactivas. Este valor es significativamente superior al hallado en 2008.

Relación con consumo de sustancias	Hospital Penna	Hospital Piñeiro	Hospital Alvarez	Hospital Santojanni	Total Hospitales
Desconocido	36.4%	70.6%	25%	20%	48.6%
Accidente de tránsito	-	35.7%	45.5%	42.1%	31%
Accidente de trabajo	10%	33.3%	12.5%	20%	20%
Accidente común o casero	20.6%	15.9%	10%	37.9%	21.3%
Situación de violencia	44.4%	68%	80%	50%	56.3%
Sobredosis	100%	100%	100%	100%	100%
Síndrome de abstinencia	100%	100%	-	100%	100%
Otro motivo médico (general)	3.1%	2.4%	0.6%	2.9%	2.4%
<b>Total</b>	<b>11%</b>	<b>18.5%</b>	<b>8.5%</b>	<b>15.2%</b>	<b>13.8%</b>

- El porcentaje de situaciones de violencia asociadas al consumo de sustancias en los Hospitales Dr. J. A. Penna y Dr. R. Piñero fue similar a 2008, pero alcanzó un valor alarmante de 80% en la emergencia del Hospital Dr. T. Álvarez.
- En las consultas relacionadas con consumo el 31,9 % de los pacientes llegó a la guardia con alteraciones del estado de la conciencia.
- En el año 2009 se triplicaron las consultas de emergencia con consumo de paco en las últimas 6 horas.

### 3.- Perfil de los Pacientes en Centros de Tratamiento. Ciudad de Buenos Aires, 2008-2009

¿Cuál es el perfil mayoritario de los pacientes que se encuentran en tratamiento por adicciones? La estadística es contundente: jóvenes de bajos recursos y escolarización, sin trabajo, adictos al paco; un enorme porcentaje de ellos, reincidentes.

Debería reconsiderarse el valor de cada variable interviniente: más allá de la sustancia, es evidente que los adictos que se encuentran en tratamiento son personas que *previo* a la ingesta de droga eran vulnerables y estaban desprotegidos; sin duda parte del alto porcentaje de recaídas tiene su origen en el contexto ambiental y social donde viven o *sobreviven* –muchos de ellos, en las calles-, cuya hostilidad prácticamente *empuja* al sujeto a una conducta autodestructiva y lo hace presa fácil de las adicciones. En la “adicción” y “llegada al tratamiento” de estas personas han intervenido múltiples factores, todos ellos complejos, difíciles de discernir, que superan el simple fenómeno de una ingesta determinada y que no pocas veces provienen de condiciones sociales y de pobreza extrema. Un manejo correcto en el tratamiento de las adicciones sería aquel que, además de *desintoxicar* al adicto de una droga señalada, incluyera una solución, o al menos un paliativo, para estos factores incidentes.

Sin embargo, si el porcentaje de recaídas se considera juntamente con el porcentaje de abandono del tratamiento (que ronda el 20%), presente en otros relevamientos del Observatorio, puede inferirse que la efectividad del tratamiento es también baja por sí misma.

Así, el perfil de los pacientes revela, además de la caracterización de los sujetos, fallas generales en el sistema de tratamiento.

El estudio sobre “Perfil de pacientes en Centros de Tratamiento” fue realizado por el Observatorio de Adicciones del GCBA, entre diciembre de 2008 y enero de 2009, cotejando las personas que reciben tratamiento a través de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones tanto en centros de tratamiento propios, cogestionados o conveniados (15 centros en total)<sup>5</sup>.

Fueron encuestados 100 pacientes (el estudio indica que éstas son “todas las personas en tratamiento desde el 1 de diciembre de 2008 incluyendo las que ingresaron el 5 de enero de 2009).

#### Información destacada:

Poco más de la mitad de las personas reciben un tipo de tratamiento residencial, cifra que se eleva entre los menores de 18 años (77%)

<sup>5</sup> El Palomar, Casa Puerto, Comunidad Terapéutica Raíces, Programa Despertares, Programa Por Decir, El Reparó, Fundación Candil, Casa Faro, Casa Flores, Villa San Vicente, Comunidad Terapéutica Santa Clara de Asís, Centro Juvenil Esperanza, El Almendro, Fundación Manantiales

Tipo de tratamiento en el cual se encuentre el paciente						
	Total	Varón	Mujer	Hasta 18 años	Entre 19 y 25 años	Entre 26 y 35 años
Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ambulatorio	18,4%	17,9%	21,4%	11,5%	10,3%	66,7%
Semi-residencial	26,5%	27,4%	21,4%	11,5%	55,2%	33,3%
Residencial	55,1%	54,8%	57,1%	76,9%	34,5%	,0%

- Las personas en tratamiento en su mayoría son varones (86%), presentan bajos niveles de escolarización y ocupación.
- Más del 50% son menores de 18 años, de los cuales una tercera parte llega al tratamiento por indicación legal.
- El 62% de los menores de 18 han tenido varias internaciones previas al tratamiento.

<b>CANTIDAD DE VECES QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO</b>						
	<b>Total</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hasta 18 años</b>	<b>Entre 19 y 25 años</b>	<b>Entre 26 y 35 años</b>
Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
NS/NC	1,0%	0,0%	7,1%	1,9%	,0%	,0%
Nunca	43,4%	43,5%	42,9%	35,8%	55,2%	58,3%
Ha estado internado otras veces	55,6%	56,5%	50,0%	62,3%	44,8%	41,7%

- El inicio en el consumo de sustancias se verifica antes de los 18 años
- Los menores de 18 años han consumido tantas drogas diferentes como los mayores de edad
- La cuarta parte de las personas en tratamiento señala que la marihuana fue su “droga de inicio”, aunque cifras similares se registran para las sustancias legales.
- Entre los menores de 18 años la pasta base/paco es una de las drogas de ‘partida’, mientras que en los mayores de edad la pasta base/paco es una droga de ‘llegada’.
- La droga que mayormente motiva el ingreso al tratamiento es la pasta base/paco en varones y mujeres de todos los grupos etáreos (65% de los casos)

<b>DROGA QUE MOTIVA PRINCIPALMENTE LA DEMANDA DEL TRATAMIENTO</b>						
	<b>Total</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hasta 18 años</b>	<b>Entre 19 y 25 años</b>	<b>Entre 26 y 35 años</b>
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alcohol	1,1%	1,3%	,0%	2,1%	,0%	,0%
Tabaco	1,1%	1,3%	,0%	2,1%	,0%	,0%
Solventes o Inhalantes	5,3%	5,0%	7,1%	8,3%	,0%	,0%
Marihuana	8,5%	8,8%	7,1%	8,3%	10,3%	,0%
Otros opiáceos	2,1%	1,3%	7,1%	,0%	6,9%	,0%
Cocaina HCL	14,9%	15,0%	14,3%	18,8%	6,9%	25,0%
Basuco-Pasta de coca	64,9%	65,0%	64,3%	58,3%	72,4%	75,0%
Benzodiazepines	1,1%	1,3%	,0%	,0%	3,4%	,0%
Otros estimulantes	1,1%	1,3%	,0%	2,1%	,0%	,0%

#### 4.- Censo Centros de Tratamiento. CABA 2009

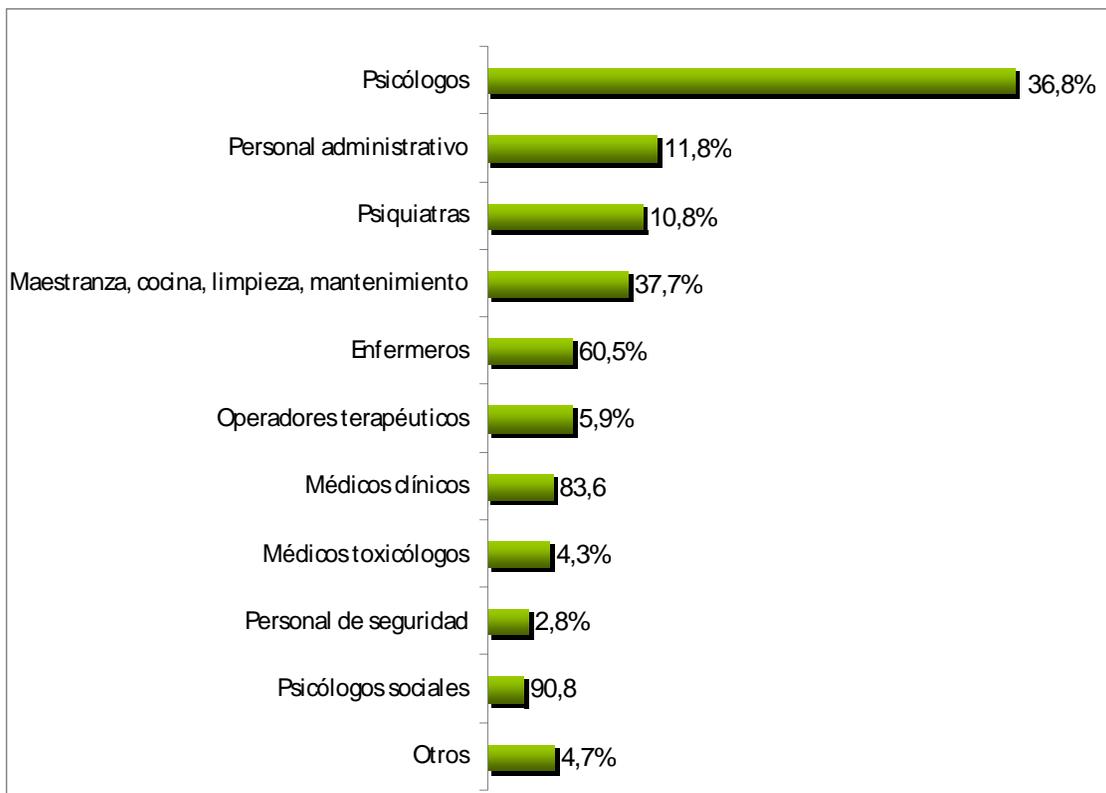
El estudio fue realizado en 2008 acerca de los Centros de Tratamiento que prestan servicios en la Ciudad de Buenos Aires, tanto de carácter público como privado. Se incorporó información acerca de 65 centros, siendo la mayor parte privados (68%).

El mismo releva información acerca de las prácticas que se realizan en los Centros, de la disponibilidad de recursos físicos y humanos, sobre el perfil de los pacientes en tratamiento y sobre las necesidades que tienen los Centros.

#### Información destacada:

- En la CABA hay 508 habitaciones con camas disponibles para tratamiento en adicciones.
- Según el relevamiento son 1162 las personas que se desempeñan en los centros, un 37% de las mismas son psicólogos.
- Es escasa la presencia de médicos clínicos (4,6%) y enfermeros (5,9%).

#### Recursos humanos - Centros de Tratamiento CABA 2008



- Las necesidades que más refieren los centros de tratamiento son de tipo edilicio y financiero.
- Los centros de atención de salud mental que atienden adicciones alcanzan el 14% y las comunidades terapéuticas el 40%.
- Prevalece la modalidad de tratamiento ambulatorio en consultorios externos.
- La prestación más generalizada es la psicoterapia.
- Un tercio de los centros realiza actividades de reinserción laboral y la cuarta parte, de reinserción educativa.
- El 70% de los centros realiza seguimientos de post-alta, principalmente a través de entrevistas personales con los pacientes en el ámbito del mismo centro.
- Más de la mitad de los centros da respuesta médica y psiquiátrica a los pacientes en tratamiento de adicciones.
- En más del 50% de los centros se da respuesta médica (diagnóstico y tratamiento) a patologías presentes en los pacientes adictos tales como HIV, Hepatitis B y C y Tuberculosis.
- La modalidad de tratamiento menos costosa es la atención en consultorios externos y la más costosa el tratamiento residencial.

Costo y duración según modalidad de tratamiento				
Modalidad de tratamiento	Costo total por mes de tratamiento	Costo máximo y mínimo por mes de tratamiento	Duración promedio de 1 tratamiento	Duración máxima y mínima por tratamiento
Consultorios externos	475 \$	\$130 a \$700	9,7 meses	6 a 12 meses
Ambulatorio	863 \$	\$100 a \$2000	14 meses	1 a 36 meses
Hospital de día	1578 \$	\$900 a \$3150	13,3 meses	1 a 36 meses
Hospital de noche	1300 \$	-	12 meses	-
Residencial	3413 \$	\$2200 a \$7000	12 meses	1 a 24 meses
Grupo autoayuda	700 \$	-	4 meses	-
Desintoxicación	6000 \$	-	1 mes	-
Comunidad terapéutica	2025 \$	\$1000 a \$3000	8,5 meses	4 a 12 meses

- Los tratamientos más largos son los ambulatorios y los desarrollados en los hospitales de día.
- Más del 90% de los centros atendió pacientes con problemas de alcoholismo.
- Prácticamente el 90% de los centros atiende a población de entre 18 y 21 años

- El 85% de la población atendida presenta causas judiciales civiles.
- En el año 2007 fueron admitidos 9252 pacientes para tratamiento por consumo de drogas, de los cuales casi el 50% recibió el alta.
- Entre los pacientes admitidos, un 20% abandonó el tratamiento
- En 2008 la mayor parte de la población atendida en los centros de tratamiento era de sexo masculino y tenía más de 21 años
- El 46% de los pacientes recibía tratamiento ambulatorio.

#### **5.- Consumo de paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento. Año 2009**

El estudio, de carácter exploratorio y cualitativo, se basa en el análisis de entrevistas y grupos focales con niños y niñas en situación de calle y con jóvenes en tratamiento en los Centros de la CABA. También incorpora información cuantitativa proveniente de otros estudios de la Coordinación de Políticas en Adicciones o el SEDRONAR (encuesta 2006 / encuesta a estudiantes 2007 y perfil de la población en centros de tratamiento 2009). El estudio fue realizado junto con la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

La investigación aborda aspectos de contexto, las trayectorias en materia de consumo de paco, la relación con la escuela y las percepciones acerca del futuro en las dos poblaciones bajo estudio.

#### **Información destacada:**

##### *Generales:*

- La incidencia del consumo de paco alguna vez en la vida es mayor a medida que aumenta el nivel de pobreza
- Los consumidores de paco en la población general son en su mayoría varones de hasta 25 años.
- Un 2,3% de los estudiantes consumió paco alguna vez en la vida.
- El paco y los inhalantes son las drogas ilegales que se consumen a más temprana edad entre los adolescentes escolarizados.

<b>Edad de inicio</b>	<b>Marihuana</b>	<b>Paco</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Inhalantes</b>	<b>Éxtasis</b>
<b>Media</b>	14,2	12,7	14,2	12,2	14,3
<b>Desv. Típ.</b>	3	4	2,9	3,7	2,5

##### *En particular sobre niños en situación de calle:*

- El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) es un hábito arraigado en la mayoría de los niños que viven en situación de calle, que se instala entre los 6 y los 14 años.
- Vivir en la ranchada junto a la madre parece ser un factor de protección para el consumo de drogas legales. Los niños relatan serias reprimendas y

advertencias realizadas por sus madres en relación al consumo de alcohol y tabaco.

- Son raros los casos de niños de la calle que nunca han consumido sustancias ilegales, Todos los entrevistados (50 en total) han recibido ofertas para consumir marihuana o poxi-ran y 48 de ellos para consumir paco.
- En la mayoría de los casos las drogas de inicio fueron el Poxi-ran y la marihuana.
- Algunos niños relatan que comenzaron a consumir drogas (marihuana, paco, pastillas, etc.), dentro de los Institutos de Menores donde habían sido enviados por orden judicial y también en Hogares donde se encontraban alojados o en paradores para niños de la calle.
- Varios niños señalan que el inicio en el consumo de drogas ilegales coincidió con el abandono más o menos definitivo de la casa de familia o bien con vivencias familiares estresantes.
- Por lo general los niños tienen registro de los efectos corporales que tiene el consumo.
- La estrategia más utilizada para abandonar el hábito es el retorno al hogar de origen y el aislamiento social.
- Cuando los niños son inducidos por el sistema penal a ingresar a un tratamiento, el resultado más frecuente es el fracaso.
- Compran el paco directamente en las cocinas y lo consumen en las inmediaciones de estos lugares. Los niños venden todo lo que tienen a mano para adquirir fondos para comprar esta sustancia
- Cuando los niños comienzan a consumir paco se vuelcan rápidamente a un consumo diario e intenso.
- El paco es considerado por muchos de los niños que no lo consumen, como una droga muy peligrosa por su potencial adictivo y sus efectos nefastos a nivel de la conducta. Esta percepción de peligrosidad no está presente en todos los niños consumidores de paco.

*En particular sobre jóvenes en tratamiento:*

- La mayor parte de los pacientes en tratamiento en la CABA son varones jóvenes con bajo nivel de escolarización y de ocupación.
- La mayoría de estos jóvenes vivía con sus familias antes de ingresar al tratamiento. La familia ejercía de alguna manera la función de control y contención y en líneas generales han sido parientes quienes los han acompañado para que ingresaran al tratamiento
- Muchos de estos jóvenes antes de comenzar a consumir tenían un lugar social reconocido, inclusive algunos estaban bien ubicados en carreras deportivas.
- En líneas generales, comenzaron a consumir sustancias ilegales entre 3 y 4 años después de lo que resulta en los niños/as en calle. La sustancia de inicio es en la gran mayoría de los casos la marihuana.
- En la cronología de consumo el consumo de paco comienza después de uno o dos años de consumo de marihuana.

- Muchos jóvenes relatan que en su familia existía una notable tolerancia al consumo de marihuana, cocaína y pastillas, pero que reaccionaron negativamente cuando supieron que sus hijos consumían paco.
- Los jóvenes compran el paco directamente en las cocinas o en las villas. Los adolescentes conocen las particularidades de los diferentes puntos de venta, su *modus operandi* y el nivel de riesgo que comportan las transacciones.
- Antes de abandonar definitivamente el colegio, algunos jóvenes concurren durante un período a la escuela nocturna, donde se verifica un alto nivel de consumo dentro y fuera del colegio.
- Los grupos de jóvenes adictos al paco debido a la urgencia para conseguir dinero para comprar sustancia y paliar los desagradables síntomas del 'bajón' llegan a 'perder todos los códigos', inclusive los de convivencia básica en el seno de los vínculos más cercanos, que indican no robar en la familia ni en el barrio.
- Existe la creencia de que el paco es entre todas las sustancias, la droga que más rápidamente deteriora la salud.
- Frecuentemente el inicio de un tratamiento se da por indicación judicial después de innumerables entradas en comisarías e institutos. Otros factores que actúan como incentivo para iniciar un tratamiento son: la rehabilitación exitosa del consumo de drogas de los amigos, el "empujón" de sus familias o los fracasos continuos en la vida.
- La internación es vista por los jóvenes como la única posibilidad de recuperación de las adicciones a las sustancias, así la abstinencia es obligada y no pueden hacer 'trampas'. Los dispositivos asistenciales de las iglesias evangélicas, son otra opción de rehabilitación.
- El régimen abierto, o las clínicas psiquiátricas no son consideradas opciones válidas, por la posibilidad de hacer "trampas" o por el hecho de ser internados con pacientes adultos y de otras patologías psiquiátricas alejadas de la problemática del consumo.
- Los mismos jóvenes reconocen y reflexionan acerca de las mayores oportunidades de rehabilitarse con que cuentan al tener familia, información y un nivel educativo superior al de los niños/as en situación de calle.

<p><b>6.- Prestaciones ulteriores de psicopatología y salud mental según hospitales con atención en adicciones. CABA</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El estudio toma como fuente el Anuario estadístico 2007 de la Dirección General de Estadística del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de caracterizar el tipo de prestaciones que brindan los hospitales con atención en adicciones.

## 1.2.- Estudios realizados por la SEDRONAR

### 1.- Consumo de sustancias psicoactivas: Ciudad Autónoma de Buenos Aires Años 2006 y 2008

El Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas fue realizado por el SEDRONAR en 2006 y 2008 entre la población de 12 a 65 años. Se trata de una encuesta representativa de la población general.

El Observatorio de Adicciones del GCBA sistematizó y publicó en 2008 y 2009 la información referida a la Ciudad de Buenos Aires. En el primer relevamiento, fueron encuestadas 1394 personas, cifra que descendió a 897 en el estudio realizado en 2008. La pretensión de representatividad estadística para el conjunto de la población de la CABA se ve claramente limitada por el número de casos relevados.

Mientras los estudios nacionales ponen el énfasis en el alarmante crecimiento del consumo de paco durante los últimos años, particularmente en la Región Metropolitana -de la que forma parte la Ciudad de Buenos Aires-, y se incrementa día a día la demanda de servicios públicos –locales y nacionales- para la atención de los adictos a la pasta base; el recorte local del Estudio Nacional sobre sustancias psicoactivas prácticamente no registra esta realidad, lo que pone de manifiesto la necesidad de que la Ciudad destine recursos para la realización de Encuestas de Hogares propias, diseñadas en virtud de las particularidades de la realidad local, a fin de dimensionar fehacientemente la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas.

No obstante, la encuesta contiene información de utilidad acerca de la incidencia del consumo de sustancias legales e ilegales, las consideraciones de la población acerca del riesgo de consumo, la facilidad o dificultad para acceder a las drogas, el abuso y la dependencia.

En términos agregados, la información de la encuesta realizada en 2008 no difiere respecto de la vertida por el estudio realizado en 2006 (es similar la incidencia y los patrones de consumo), excepto en las siguientes cuestiones puntuales: En el estudio 2008 disminuye el alerta para consumo de Tabaco, Alcohol y marihuana y aumenta el alerta para consumo de paco, cocaína y éxtasis. De acuerdo con los resultados del estudio 2008, en la actualidad la población de la Ciudad tiene menos dificultades para acceder a sustancias ilegales para su consumo (marihuana, cocaína, paco y éxtasis) que las indicadas en el estudio 2006.

Es visible un aumento del consumo de alcohol entre los adolescentes (12 a 18 años)

Un dato llamativo es que mientras en el estudio 2008 se incrementa el porcentaje de personas que consumió pasta base/ paco en el último mes respecto de 2006 (de 0,07% en 2006 a 0,3% en 2008), así como disminuye la proporción de aquellos que consumieron a lo largo de su vida o en el último año.

Año 2006:

#### Información relevante:

- Prácticamente el 20% de la población de 12 a 65 años (alrededor de 392.000 personas) manifiesta haber consumido alguna sustancia psicoactiva ilegal al menos una vez durante el último año de referencia (2005 – 2006).
- La sustancia más consumida fue la marihuana (12%), seguida del clorhidrato de cocaína (4%), los tranquilizantes sin prescripción médica y el

éxtasis (1,4%), y por la pasta base (0,6%, es decir, alrededor de 14.000 personas).

- Las sustancias psicoactivas legales (el alcohol el tabaco) son las más consumidas entre el 66% y el 34% de la población respectivamente.
- El porcentaje de varones que declara haber consumido sustancias ilegales, prácticamente duplica al de mujeres.
- Los y las jóvenes de 19 a 25 años representan el grupo etáreo en el que está más extendido el consumo de sustancias ilegales, seguidos de las personas de 26 a 35 años y luego por los y las adolescentes de 12 a 18 años.
- El conjunto de las cocaínas (clorhidrato y pasta base) lidera la lista de sustancias frente a las cuales se registra una menor tolerancia social y una extendida percepción de riesgo: alrededor del 90% de la población de la Ciudad de Buenos Aires considera dichas sustancias altamente riesgosas.

Año 2008:

#### Información relevante:

- El 20% de la población de 12 a 65 años (alrededor de 400.000 personas<sup>6</sup>) consumió alguna vez en la vida drogas ilegales, el 9% consumió en el último año y el 6% en el último mes. El mayor consumo se verifica entre los 19 y los 34 años, especialmente en los varones y la sustancia ilegal más consumida es la marihuana (6,2% en el último mes)
- La sustancia ilegal que registra la mayor proporción de consumidores con indicadores de dependencia a sustancias es la cocaína, seguida por el paco y la marihuana.
- El 51% de las personas cuyas edades oscilan entre los 12 y los 65 años consumió recientemente (en el último mes) Alcohol y el 30% Tabaco, siendo considerado el Tabaco una sustancia de mayor riesgo que el Alcohol.
- Los jóvenes de 19 a 24 años en primer término y los adolescentes de 12 a 18 años en segundo término, son quienes abusan más del Alcohol.
- En los dos últimos años, el mayor aumento en el consumo y abuso de Alcohol se observó en los adolescentes de 12 a 18 años.
- El 7,5% de quienes consumieron alcohol en los 30 días previos a la encuesta, presenta algún indicador de dependencia a la sustancia.
- La droga de más fácil acceso es la marihuana (50,8% considera sencillo conseguirla) seguida por la cocaína, el paco y el éxtasis.

#### Facilidad para conseguir sustancias

Sustancia Psicoactiva	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
Marihuana	50,8%	13,6%	9,1%	26,5%
Cocaína	38,4%	21,7%	10,5%	29,5%
Paco	33,4%	20,9%	13,2%	32,6%
Éxtasis	34,9%	19,1%	13,0%	33,0%

<sup>6</sup> Estimaciones propias realizadas en base al Anuario Estadístico 2008 de la CABA

- La población considera que las cocaínas (pasta base 95,2% y clorhidrato 94,5%) son las drogas más peligrosas, seguidas por el tabaco (85,8%) y el éxtasis (85,7%). La marihuana y el alcohol son consideradas sustancias de consumo menos peligrosas.

## 2.- Encuesta a Estudiantes de Enseñanza Media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, SEDRONAR/OEA, 2007

La misma es un relevamiento realizado a 3869 estudiantes de escuelas medias porteñas, y forma parte de la Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo y factores de protección asociados, realizada por el SEDRONAR.

Contiene información acerca de las percepciones y prácticas de la población bajo análisis en los que respecta a riesgo de consumo; tipo y frecuencia de consumo; edad de inicio; accesibilidad y cuidado parental.

El Observatorio en Adicciones del GCBA sistematizó y publicó la información referida a la Ciudad de Buenos Aires

### Información relevante:

- Las percepciones sobre el riesgo de consumo se asocian en mayor medida con el tipo de sustancia psicoactiva consumida, que con la frecuencia con la cual se la consume: más de la mitad de los estudiantes considera de riesgo cualquier modalidad y frecuencia de consumo de cocaína, pasta base o crack, éxtasis e inhalables mientras que el consumo de sustancias legales (cigarrillo y alcohol) y el de marihuana, generan menores sensaciones de riesgo.

Distribución porcentual de los estudiantes según Percepción de riesgo por sustancias y frecuencia de uso

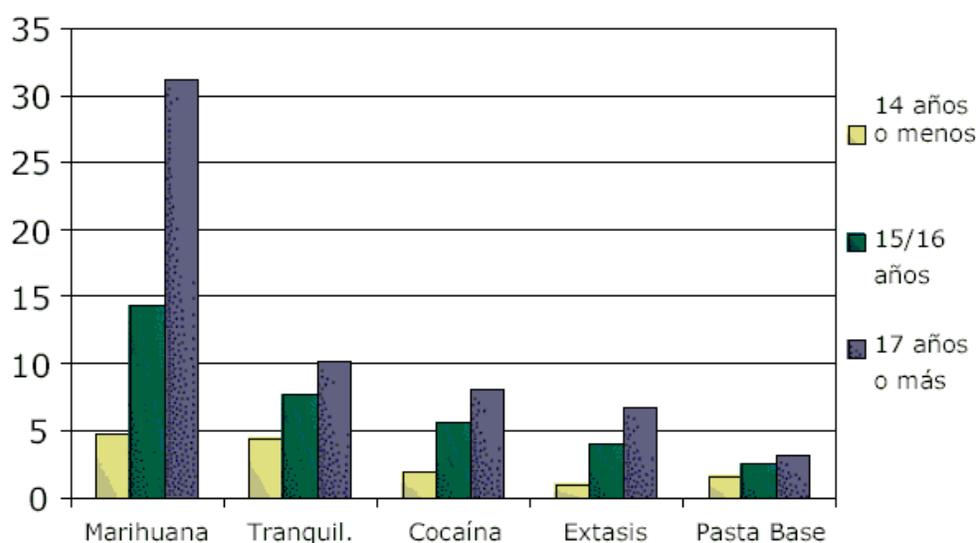
Riesgo que corre una persona cuando	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo Moderado	Gran riesgo	No sabe	Total %
Fuma cigarrillo alguna vez	19,5	48,9	18,9	9,1	3,6	100
Fuma cigarrillo frecuentemente	2	9,3	28,4	58,9	1,4	100
Tomar bebidas alcohólicas alguna vez	30,4	43,3	16,9	7,1	2,3	100
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	2,1	10,2	33,9	51,4	2,4	100
Se emborracha con bebidas alcohólicas	2,3	6,6	17,1	70,3	3,7	100
Toma tranquilizantes/ estimulantes alguna vez	9,7	26,2	31,7	21,2	11,2	100
Toma tranquilizantes/estimulantes frecuentemente	2,3	5,8	21,1	59,6	11,2	100
Aspira inhalables alguna vez	3,5	14,9	36	37,3	8,3	100
Aspira inhalables frecuentemente	1,7	2,7	6	80,2	9,4	100
Prueba marihuana una o dos veces	24,5	35,9	22,9	13,1	3,6	100
Fuma marihuana alguna vez	16,3	37,1	30,6	12,6	3,4	100
Fuma marihuana frecuentemente	2,3	8,4	19	67,2	3,1	100
Prueba cocaína una o dos veces	10,5	35,2	33,5	16,8	4	100
Consume cocaína alguna vez	7,2	24,5	39,8	23,8	4,7	100
Consume cocaína frecuentemente	1,4	3,1	11,1	80,4	4	100
Prueba pasta base o crack una o dos veces	5,2	22	32,8	31,9	8,1	100
Consume pasta base o crack alguna vez	4,3	13,9	32,6	40,5	8,7	100
Consume pasta base o crack frecuentemente	1,5	3,1	7	80,6	7,8	100
Prueba éxtasis una o dos veces	8,8	28	30,9	20,9	11,4	100
Consume éxtasis alguna vez	5,9	19	36,1	27,6	11,4	100
Consume éxtasis frecuentemente	2	2,2	7,3	77,4	11,1	100

- Las sustancias mayormente consumidas alguna vez en la vida por los estudiantes son las legales (alcohol y tabaco). Varones y mujeres las han consumido en forma equivalente.

Sustancias Psicoactivas	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	%
Tabaco	47,8	47,3	47,5
Alcohol	76,2	74,4	75,3
Tranquilizantes sin pm	6,2	8,3	7,3
Estimulantes sin pm	4,4	4	4,2
Solventes/inhalantes	4,8	2,6	3,6
Marihuana	20,7	11,8	16
Pasta Base-Coca	3,3	1,5	2,3
Cocaína	7,4	3,1	5,1
Heroína	2	0,5	1,2
Opio	1,6	0,6	1,1
Morfina	2,6	0,7	1,6
Alucinógenos	2,6	1,7	2,1
Hashis	1,4	0,5	1
Crack	1,5	0,8	1,2
Éxtasis	4,5	2,9	3,7
Ketamina	1,7	0,8	1,2
Popper	3,4	1,4	2,4
Otras drogas	3,5	1	1,2

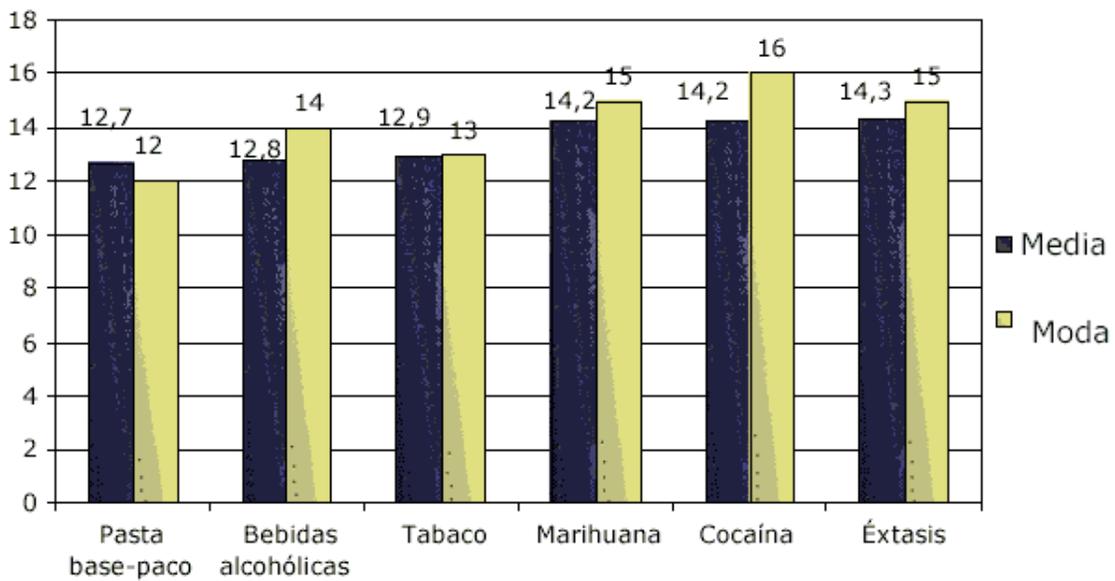
- La sustancia ilegal más consumida es la marihuana.

Prevalencia de vida de sustancias ilegales según tramos de edad



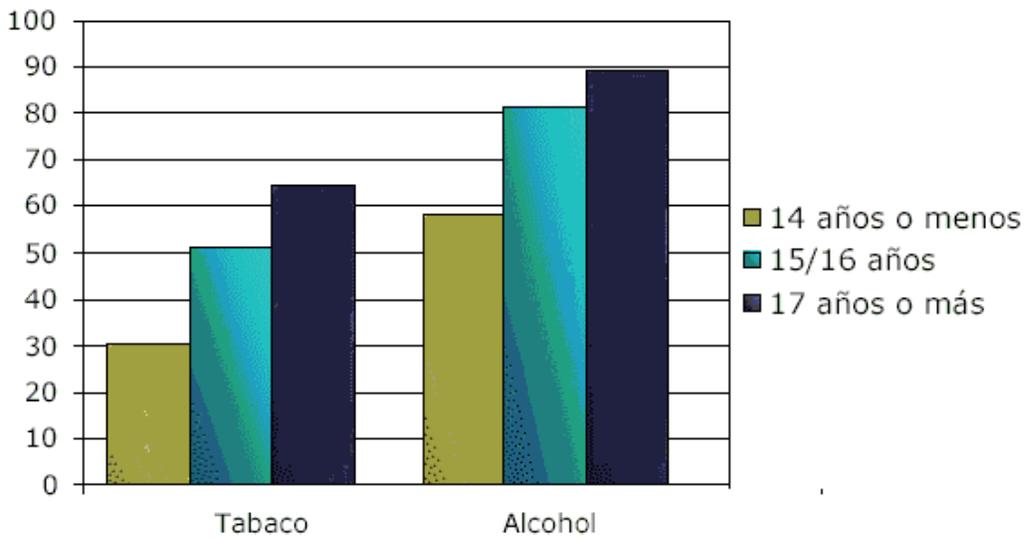
- El promedio de edad de inicio del consumo se ubica cercano a los 13 años para las bebidas alcohólicas, el tabaco y las pasta base y en los 14 años para el consumo de marihuana, cocaína y éxtasis.

### Edad de inicio por sustancia



- Son pocos los estudiantes que consideran inaccesibles las drogas ilegales.
- Sobre la actitud de los padres: *“resulta un factor de protección para el consumo de sustancias psicoactivas que los padres de los estudiantes estén interesados e involucrados en la vida de sus hijos en todos los ámbitos (en el hogar, en la escuela y fuera del hogar en general), y por el contrario, es un factor de riesgo para el consumo de sustancias que los padres de los estudiantes no se interesen ni involucren en la vida de sus hijos”.*
- Consumir alcohol al menos dos días a la semana (por lo general los fines de semana) es un hábito en los estudiantes. El 30% de ellos abusa de alcohol (+ de 70gs. en 24 hs.).

Prevalencia de vida de sustancias legales (alcohol y tabaco) según tramos de edad



- Existe una clara asociación entre las trayectorias escolares y las percepciones sobre el estudio, respecto del consumo de alcohol.

### 3.- Consumo de marihuana

El informe fue realizado en base a la encuesta a población general (2006) y la encuesta a estudiantes secundarios (2007)

#### Información relevante:

- El consumo de marihuana presenta porcentajes más altos en la CABA (22,1% a lo largo de la vida) que en el total país (15,8%).
- En la población escolarizada el consumo de vida alcanza al 15,5%, porcentaje menor que el registrado para la población de 12 a 65 años. Sin embargo, el consumo en el último año y en la actualidad es similar entre los estudiantes secundarios que entre la población general.
- Entre los estudiantes que consumieron marihuana alguna vez en la vida, un 23,8% registra frecuencias que pueden considerarse de abuso o dependencia.
- El consumo es mayor entre los estudiantes del turno vespertino y de escuelas públicas.
- La percepción de riesgo es menor en aquellos estudiantes que consumieron marihuana alguna vez en la vida, comparada con el total de los estudiantes.
- Del total de estudiantes que 'alguna vez en la vida consumió marihuana', el 75,9% consumió en los últimos doce meses y el 61,4% en el último mes.
- Consumir marihuana es factor de riesgo para sentir curiosidad por el consumo de otras drogas y probarlas.
- Existe una fuerte asociación entre el consumo de pasta base/paco y cocaína con el consumo de marihuana en la vida.
- Los pacientes de los centros de tratamiento de la CABA en quienes la causa del tratamiento es la marihuana alcanza al 12,2%, detrás de la cocaína (41,1%) y la pasta base (22,4%).

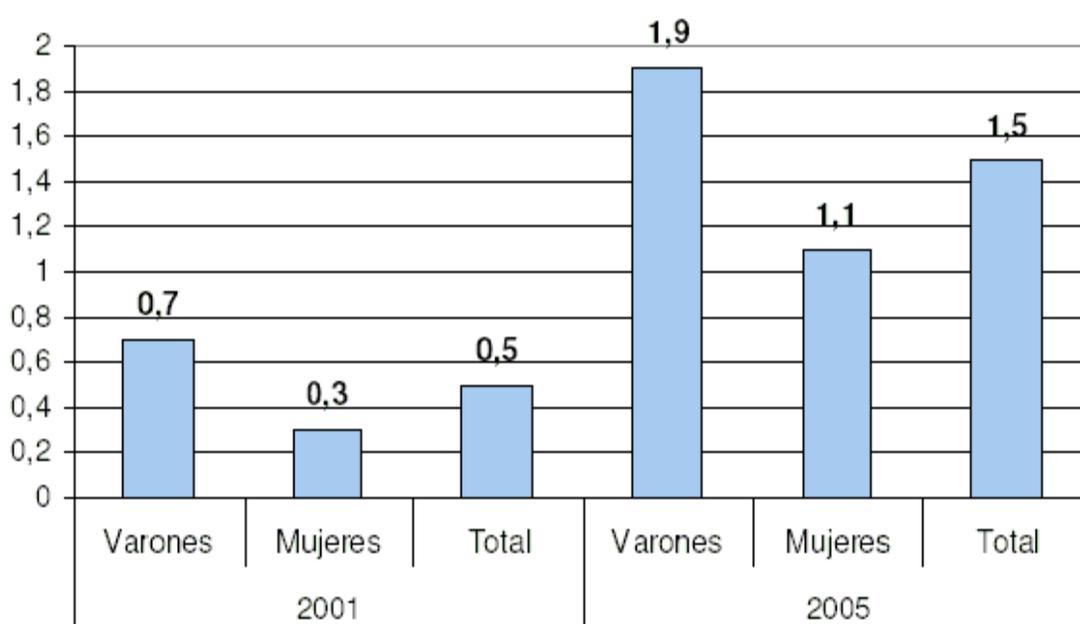
Sustancia	Casos	Porcentaje
Alcohol	107	16,3%
Tabaco	3	0,5%
Solventes o inhalables	15	2,3%
Marihuana	80	12,2%
Cocaínas	270	41,1%
Pasta base	147	22,4%
Tranquilizantes	19	2,9%
Otras drogas	16	2,4%
Total	657	100%

#### 4.- El consumo de Pasta base-Paco en Argentina 2006, OAD, SEDRONAR 2007.

El estudio brinda información acerca del sostenido y alarmante aumento en el consumo de pasta base de cocaína a nivel nacional, en especial en el Área Metropolitana y la Región Pampeana.

##### Información relevante:

- En virtud de los estudios nacionales en población escolarizada del nivel medio de 2001 y 2005, durante los últimos años se ha registrado un sostenido y alarmante aumento en el consumo de pasta base de cocaína.



- A nivel país, sólo durante 2006 se incorporaron unas 27.000 personas en el consumo de pasta base-paco. Estos nuevos usuarios son principalmente personas jóvenes, alrededor de 6.200 entre 12 a 17 años, unas 4.200 entre 18 a 24 años y alrededor de 6.700 entre 25 a 34 años. La mayoría de los nuevos casos, unos 20 mil (74%), se encuentran en el Área Metropolitana y en la Región Pampeana, con lo cual, estas regiones tienen una celeridad en el consumo de pasta base importante.
- Datos del año 2005 para la población de chicos escolarizados (entre 13 y 17 años) muestran una prevalencia de año en el consumo de 1,4%, lo que representa un aumento del 200% respecto de la medición realizada en el año 2001. La edad media de inicio se ubica en los 14 años.
- Según cifras de instituciones dedicadas a la prevención y asistencia de los adictos, en tres años, la cantidad de consumidores de paco se quintuplicó, al tiempo que crece el número de menores que buscan atención por esta droga.

#### 5.- Diagnóstico de la Problemática del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas en Argentina, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, 2007

El informe tiene como objetivo establecer un diagnóstico actualizado de la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas utilizando como fuente

los estudios realizados por el OAD durante el período 2004-2007, e intentar establecer una tendencia de la situación argentina de la problemática con el objetivo de actualizarlo periódicamente.

El diagnóstico analiza también los problemas asociados al uso indebido de sustancias psicoactivas, entre ellos los vinculados a la asociación entre la comisión de delitos (u otras situaciones de violencia, disturbio o alteración al orden social) y el consumo de alcohol y drogas. Señala al respecto que si bien en el país no existen registros acerca de delitos asociados (como causa o consecuencia) al consumo de drogas, los resultados de una prueba piloto realizada en comisarías muestran que el porcentaje de asociación entre detenidos por delitos y consumo de alcohol es del 25,8% mientras que por drogas ilegales desciende al 6,2%. Esta información se contrapone a algunos de los resultados del anteriormente referido estudio sobre “Consumo de Sustancias psicoactivas y Violencia” (CABA, 2008), que destacan la asociación entre consumo de drogas y legales y delito entre las percepciones de la ciudadanía.

## **6.- Tercera fase del registro continuo de pacientes en tratamiento - Argentina 2007, SEDRONAR.**

El SEDRONAR desarrolla desde 2004 el estudio denominado "Registro Continuo de pacientes en tratamiento". La Ciudad de Buenos Aires utiliza la misma metodología, por lo que sus datos son comparables.

En 2007 se relevó información de 87 centros de tratamiento de todo el país. Comparativamente, la información vertida por dicho estudio da cuenta de algunas diferencias significativas respecto del perfil de las personas en tratamiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en lo que refiere a la edad de los pacientes en tratamiento, los patrones de consumo y la incidencia del consumo de pasta base/paco.

### **Información relevante:**

- La incidencia de los tratamientos residenciales para el conjunto del país es relativamente baja (20%), mientras en la CABA abarca más de la mitad de los casos.
- El promedio de edad de los pacientes bajo tratamiento en la CABA es significativamente menor: en el total país éste se eleva a 32 años.
- Se registran distintos patrones de consumo: en la Ciudad de Buenos Aires la cantidad de drogas que han consumido alguna vez las personas en tratamiento es significativamente mayor que para el conjunto del país.
- Mientras en la CABA se verifica la utilización de pasta base como droga de inicio en un 9% de los casos, en el total país ésta es marginal (0,6%), a la vez que es sustantivamente mayor el consumo de alcohol (44% frente a un 26% en la Ciudad).
- La pasta base se ubica a nivel nacional en el cuarto lugar como droga que motiva el tratamiento (8,2%), detrás del alcohol, la marihuana y la cocaína. En la Ciudad de Buenos Aires se ubica en el primer lugar (65%).

### **1.3.- Otros**

#### **1.- Introducción a un análisis de la aplicación de la Ley de Drogas N° 27.737 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires entre los años 1996 y 2007". Alejandro Corda – Pablo Frisch**

Se trata de un análisis presentado en el Noveno Congreso Nacional de Sociología Jurídica "De la ley a las prácticas, confrontaciones sociales por el uso del Derecho". El área de Investigación de Intercambios Asociación Civil nos facilitó el documento.

Propone un análisis exploratorio de la aplicación de la ley de estupefacientes N° 23.7373 entre los años 1996 y 2007 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, donde se observa la mayor actividad en su aplicación en el período estudiado.

En el mismo se procura esbozar una *cartografía* del funcionamiento concreto del sistema penal en la aplicación de dicha ley, con el objeto de indagar en las contradicciones, rupturas y continuidades observables en el accionar de fuerzas de seguridad y órganos judiciales.

## **2.- Presupuesto CABA**

### **2.1 Seguimiento de la asignación y ejecución financiera y física año 2009**

#### **Consideraciones generales**

La información referida a los créditos presupuestarios y su ejecución fue extraída de los informes presentados por la Dirección General de Contaduría a la Comisión de Presupuesto, Hacienda, Administración Financiera y Política Tributaria de la Legislatura. Vale aclarar que desde la Legislatura no se cuenta con acceso al SIGAF (Sistema de Gestión Administrativa y Financiera por lo que no se puede disponer de la información más actualizada.

De esta información se destaca:

- El presupuesto total de la Coordinación representaba sólo el 1,1% del total asignado al Ministerio de Desarrollo Social durante el primer trimestre del año, y descendió al 0,8% en el tercer trimestre.
- En base a los informes de Contaduría, la Unidad de Coordinación de políticas en Adicciones recibió un presupuesto de \$ 10.054.380.- para el primer trimestre del año. Durante el segundo trimestre éste disminuyó en un 1,3%, pasando a \$ 9.928.766.- y en el tercer trimestre el recorte ascendió al 25,7% respecto del trimestre anterior, por lo que el crédito vigente fue de \$ 7.376.741.- A lo largo del año, el crédito vigente de la Coordinación disminuyó en un 26,6%.
- Los niveles de ejecución presupuestaria han sido llamativamente bajos a lo largo de los tres primeros trimestres del año, alcanzando a fin de dicho período al 49,9% para el conjunto de la Coordinación (siendo el 75% el óptimo teórico para el período).
- Al analizar la ejecución presupuestaria de la Coordinación para el primero y segundo trimestre del año, la Unidad se comunicó telefónicamente con el entonces coordinador para conocer los motivos de la sub-ejecución, de qué modo estaban alimentando a los pacientes internados (ya que no se había gastado dinero en este rubro) y si se habían realizado las transferencias a los centros conveniados para el pago de becas. El coordinador reconoció la situación e informó sobre el llamado a licitación para la compra de vajilla y ropa blanca y sobre los ítems sobre los cuales le consultamos.
- En relación a los aspectos físicos, cada uno de los programas que integran la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones proyectó para 2009 una producción física diferencial, vinculada con su actividad central: Investigación para el caso del Observatorio y campaña para el área de Prevención y personas bajo tratamiento en el Programa de Asistencia. Es de destacar que, en el caso del Programa de Asistencia y Reinserción de personas, sólo se proyectó la atención de 1000 personas a lo largo del año a través de los tratamientos de rehabilitación.
- El informe de gestión del GCBA al segundo trimestre de 2009 da cuenta de un grado de cumplimiento normal de las metas físicas fijadas para el año.

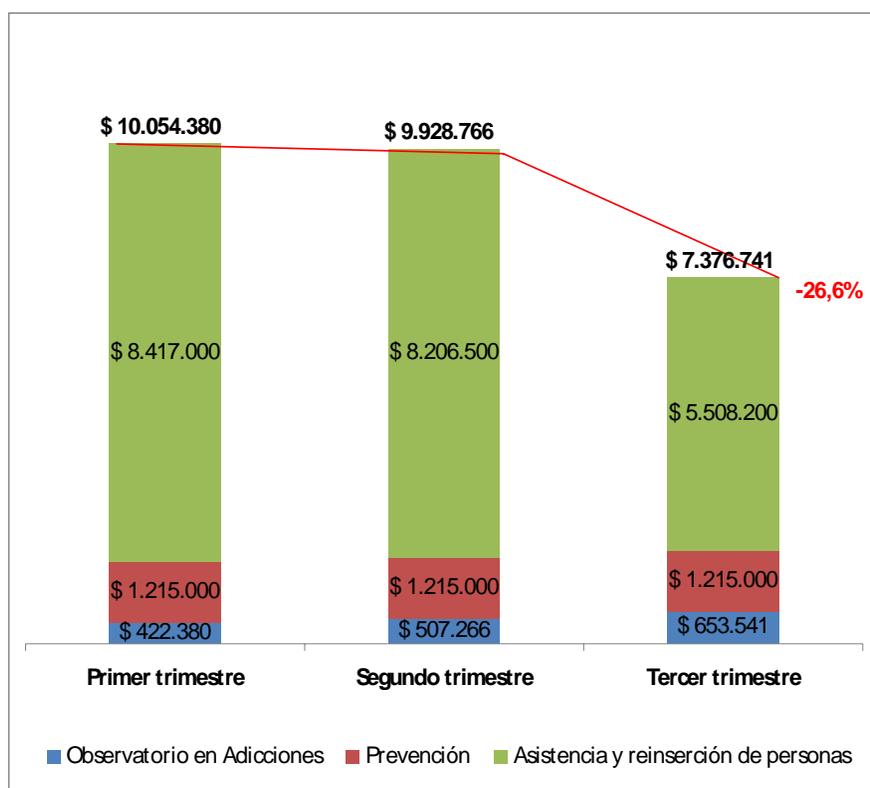
#### **Asignación presupuestaria**

La mayor parte de los recursos están destinados al Programa de Asistencia y Reinserción de Personas, cuya finalidad es financiar actividades de los centros de rehabilitación propios del GCBA (Casa Puerto y Casa Flores) y transferir recursos

a los 19 centros con los que el Gobierno ha realizado convenios. No obstante, la incidencia relativa de este programa en el conjunto del presupuesto descendió del 84% al 75% entre el primero y el tercer trimestre del año, debido a sucesivos recortes presupuestarios. Las actividades de investigación apenas recibieron un 4% del presupuesto durante el primer trimestre y un 9% en el tercero.

Como se observa en el gráfico 1, las restricciones presupuestarias se focalizaron en el Programa de Asistencia y Reinserción de Personas, en tanto el Observatorio en Adicciones vio incrementados sus créditos presupuestarios y el Programa de Prevención mantuvo constante su presupuesto.

**Gráfico 1: Asignación presupuestaria según programa por trimestre.**  
**Unidad de Coordinación de políticas en Adicciones. Año 2009**



### Ejecución presupuestaria (financiera)

La ejecución presupuestaria para el conjunto de la Coordinación, alcanzó al 49,9% del crédito vigente para el tercer trimestre del año, según la siguiente apertura programática:

- Se destinó un 24,4% para el **Observatorio en Adicciones**. Como se observa en el Gráfico 1 y el Cuadro 1, el Programa vio incrementado su presupuesto a lo largo del año, debido a la asignación de una partida destinada a Gastos en Personal con la que no contaba durante el primer trimestre del año. A excepción de esta partida, de distribución normal (sobre-ejecutada debido a que fue asignada una vez iniciado el año) las restantes revelan elevados niveles de sub-ejecución.
- Se destinó un 2,4% para el Programa de **Prevención**. Se trata de \$ 29.550.- destinados al pago de servicios no personales, de un total de \$ 1.215.000.- asignados al Programa.
- Se destinó un 66,8% para el Programa de **Asistencia y Reinserción de personas**. Si bien este nivel de ejecución se encuentra dentro de parámetros normales, es de destacar que el programa fue registrando sucesivos recortes, especialmente en distintos rubros, en especial transferencias (-34,1%) y servicios no personales (-36,8%).

El siguiente cuadro resume la ejecución presupuestaria por objeto del gasto para el primero, segundo y tercer trimestre de 2009, y la variación del crédito vigente entre uno y otro período:

**Ejecución y variación presupuestaria enero – septiembre de 2009 por objeto del gasto. Unidad de Coordinación de Políticas en Adicciones.**

	Primer trimestre de 2009			Segundo trimestre de 2009			Variación crédito vigente	Tercer trimestre de 2009			Variación crédito vigente
	Credito Vigente	Ejecutado acumulado		Credito Vigente	Ejecutado Acumulado			Credito Vigente	Ejecutado Acumulado		
Unidad de coordinación de políticas en adicciones	\$ 10.054.380	\$ 350.856	3,50%	\$ 9.928.760	\$ 938.008	9,5%	-1,30%	\$ 7.376.740	\$ 3.678.759	49,9%	-25,7%
Observatorio en Adicciones	\$ 422.380	\$ 6.826	1,60%	\$ 507.260	\$ 85.039	16,8%	20,10%	\$ 653.540	\$ 159.328	24,4%	28,8%
1.- Gastos en personal				\$ 83.809	\$ 71.583	85,4%		\$ 216.000	\$ 133.075	61,6%	157,7%
2.- Bienes de consumo	\$ 110.000	\$ 0	Sin ejecución	\$ 110.000	\$ 0	Sin ejecución	0,00%	\$ 110.000	\$ 8.716	7,9%	0,0%
3.- Servicios no personales	\$ 312.380	\$ 6.826	2,20%	\$ 313.450	\$ 13.456	4,3%	0,30%	\$ 327.530	\$ 17.537	5,4%	4,5%
Prevención	\$ 1.215.000	\$ 0	Sin ejecución	\$ 1.215.000	\$ 0	Sin ejecución	0	\$ 1.215.000	\$ 29.550	2,4%	0,0%
Asistencia y reinserción de personas	\$ 8.417.000	\$ 339.643	4,00%	\$ 8.206.500	\$ 852.969	10,4%	-2,50%	\$ 5.508.200	\$ 3.678.081	66,8%	-32,9%
2 Bienes de consumo	\$ 557.000	\$ 0	Sin ejecución	\$ 547.500	\$ 3.900	0,7%	-1,70%	\$ 541.500	\$ 531.500	98,2%	-1,1%
3 Servicios no personales	\$ 3.290.000	\$ 12.480	0,40%	\$ 3.290.000	\$ 12.480	0,4%	0,00%	\$ 2.080.000	\$ 279.999	13,5%	-36,8%
4 Bienes de uso	\$ 20.000	\$ 0	Sin ejecución	\$ 20.000	\$ 0	Sin ejecución	0	\$ 20.000	\$ 0	0,0%	0,0%
5 Transferencias	4.550.000,00	327.162,50	7,20%	4.349.000,00	836.588,95	19,24%	-4,42%	2.866.700	2.866.581	100,0%	-34,1%

Fuente: Dirección General de Contaduría – Ministerio de Hacienda – GCBA

**Aspectos físicos**

Según el Informe de Gestión presentado por el ejecutivo, los tres programas alcanzaron un grado de cumplimiento normal de su producción física, si se considera que el óptimo teórico es del 50%:

- En el caso del Observatorio de Adicciones, se fijó como meta para 2009 la realización de 8 informes e investigaciones, de los cuales habían sido publicados 4 al 30 de junio.
- El Programa de Prevención tenía como meta la realización de 5 campañas de prevención a lo largo del año. Al 30 de junio informó haber realizado 2 de las mismas.
- El Programa de Asistencia y Reinserción de personas se fijó como meta física la atención de 1000 personas a través de tratamientos de rehabilitación. Al 30 de junio había atendido 643 (última información oficial disponible a diciembre de 2009)

**Metas físicas proyectadas y grado de cumplimiento al 2º trimestre del año. Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones. Año 2009.**

Progr.	Denominación	Meta	Unidad de Medida Meta	Ej. Física al 30-6	Proyectado al Cierre	Grado de cumplimiento
<b>UNIDAD COORDINACIÓN POLÍTICAS SOCIALES EN ADICCIONES</b>						
60	OBSERVATORIO DE ADICCIONES	INFORM. E INVESTIGAC. REALIZADAS	INVESTIGACION	4	8	50%
61	PREVENCION	CAMPAÑAS DE PREVENCION	CAMPAÑA	2	5	40%
62	ASISTENCIA Y REINSERCION DE PERSONAS	REHABILITACION DE ADICCIONES	PERSONA BAJO TRATAMIENTO	643	1000	64%

Fuente: Informe de gestión al segundo trimestre de 2009. GCBA

**Información complementaria: producción física del Programa de Asistencia y Reinserción de personas**

En el transcurso del año, y frente a la demora en la respuesta a dos pedidos de informes, les fueron solicitados a los Coordinadores de los distintos programas de la Unidad, varios tipos de información.

Es de destacar que hasta 2008, el Observatorio en Adicciones estaba a cargo del registro de la información de las acciones de la Coordinación (número y perfil de los pacientes en tratamiento en los centros propios y conveniados), en tanto que actualmente el Observatorio se focaliza en aspectos poblacionales agregados y el área de Asistencia lleva sus propios registros, de menor calidad técnica que los que elaboraba el Observatorio.

Sobre el Programa de Asistencia Social en Adicciones, la información solicitada refería a la cantidad y el perfil de las personas atendidas por los efectores propios y conveniados.

Este área brinda tratamientos ambulatorios, con internación o a través de grupos terapéuticos a personas que no tienen Obra Social y viven en la Ciudad, a través de distintos efectores:

- a) Efectores propios: Casa Puerto, Casa Faro y Casa Flores
- b) Centros conveniados con ONGs: 19 instituciones que reciben becas mensuales para la atención de los pacientes.
- c) CIAC: 5 efectores propios que funcionan en la zona sur de la Ciudad y 7 Centros de Prevención (CPCA).

La información que envió el Programa refiere a la población atendida durante el año 2008 y entre los meses de enero y agosto de 2009. Asimismo, el 4 de diciembre fue solicitada por nota dirigida al Coordinador General de la Unidad, la actualización de los datos disponibles para 2009.

Año 2008:

- Durante el año 2008 se atendieron 821 casos, un 46% fue atendido en efectores propios (378), en su gran mayoría son niñas y niños con mayor vulnerabilidad social, sin red familiar, en situación de calle, con familias abandonicas, sin referentes adultos sanos que los acompañen en su recuperación, situación que hace difícil la aceptación en ONGs.
- El 66 % de la población asistida durante 2008 fue derivado por la justicia, un 93% son menores de 18 años, con alta vulnerabilidad social.

Año 2009:

Entre los meses de enero y agosto de 2009, el área atendió a 854 personas *distintas*. En general, según refieren desde la Coordinación, se registra una alta tasa de abandono y reinicio de los tratamientos: muchas de estas personas son atendidas más de una vez por uno o varios de los efectores del GCBA o Conveniados.

Pacientes atendidos en Centros conveniados con ONG:

- Entre enero y agosto de 2009 los centros de ONG atendieron a 473 pacientes.
- El 89% recibió tratamiento con internación y los restantes ambulatorio.
- El 81% de los pacientes eran varones. Los porcentajes son similares para pacientes ambulatorios e internados.
- El 72% de los pacientes tenían entre 16 y 21 años.
- El 48% de las personas admitidas egresó de los Centros (es levemente superior el porcentaje de varones que de mujeres: 49.2% y 46.7% respectivamente). Esto incluye a quienes fueron dados de alta, a los pacientes que abandonaron el tratamiento y a quienes fueron derivados a otras instituciones (no están discriminados los porcentajes)

Pacientes en tratamiento en efectores directos:

- Entre enero y agosto de 2009 los efectores directos del GCBA atendieron a 347 pacientes.
- La mayor parte (63%) recibió tratamiento ambulatorio.
- El 84% de los pacientes eran varones: un 90% de quienes recibieron tratamiento ambulatorio y el 73% de quienes fueron internados en Casa Puerto y Casa Faro.
- A través de los 5 CIAC fueron atendidas 85 personas, el 75% varones.

Para los efectores propios no fue remitida a la Unidad la información sobre la edad de las personas atendidas, ni sobre las altas o los tratamientos abandonados.

Sustancias de inicio:

- Casi el 36 % de los pacientes admitidos durante 2008 y 2009 dijo haberse iniciado en el consumo con alcohol mientras que el 32% admitió haberlo hecho con marihuana.
- Cuando se analizan estos datos según el grupo etario, entre los que se iniciaron con alcohol, claramente se incrementa este porcentaje entre los mayores de 26 años ascendiendo al 62%. En el caso de la marihuana, este porcentaje se incrementa entre los 19 y 25 años.

**Sustancias de inicio al consumo de sustancias psicoactivas según tramos de edad. Pacientes admitidos por el Programa de Asistencia en Adicciones 2008- junio 2009.**

	Total	Hasta 18 años	Entre 19 y 25 años	Entre 26 Y 35 años
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alcohol	35,8%	34,9%	33,6%	62,3%
Solventes o Inhalantes	11,9%	15,9%	15,0%	0,0%
Marihuana	32,1%	19,5%	41,0%	12,1%
Cocaína	7,1%	7,5%	3,4%	8,9%
Paco PBC	11,1%	18,4%	6,9%	16,7%
Psicofármacos	2,0%	3,8%	0,0%	0,0%

**Año 2010. Anteproyecto de presupuesto**

El proyecto de presupuesto 2010 contemplaba un aumento del 18% respecto del sancionado para 2009. En el mismo, los tres programas que forman parte de la Unidad de Coordinación de Políticas en Adicciones -cada uno de ellos con objetivos, tareas y metas diferentes- se unifican en un solo programa denominado Políticas Sociales en Adicciones debido a *"un pedido de Hacienda de achicar el número de actividades en los programas que abarcaran más actividades. A eso se debió, no es una política del Ministerio"*, como observó la Ministra Vidal durante la ronda de Presupuesto.

Las metas fijadas para dicho programa prevén la atención de 17.300 beneficiarios de rehabilitación en adicciones, cifra que no es posible comparar con la prevista para 2009. Según observó la Ministra, dicho número surge de la unificación de *"la cantidad de chicos que vamos a asistir en términos de tratamientos ambulatorios y tratamientos de internación con la cantidad de gente a la que vamos a llegar con talleres de prevención. Entonces, los que vamos a asistir mediante tratamientos son 1.500 y a los que vamos a llegar a través de prevención son 15.800 y eso es lo que suma la meta"*.

Además de la estructura existente en el Ministerio de Desarrollo Social se creó dentro del Ministerio de Salud otra denominada Programa Adicciones fuera de nivel que depende directamente del Ministro, cuya responsable es la Dra. Verónica Mora Duboc. Para dicho programa, el anteproyecto de presupuesto preveía la asignación de \$ 600.000.-, cifra evidentemente insuficiente para el desarrollo de políticas en la materia. Finalmente, desde el Ministerio de Educación, si bien no existe una estructura programática específica, las acciones referidas a la temática de adicciones se desarrollan en el marco de distintos programas y subprogramas: Educación del Adulto y del Adolescente, Inclusión Escolar y Educación Especial. Se trata de charlas informativas en escuelas secundarias, de la atención de 50 jóvenes internados en Casa Puerto y de la demanda surgida en las escuelas hospitalarias.

## Proyecto de presupuesto 2010. Políticas Sociales en Adicciones

### Programa: 71 POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES

Descripción: POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES

Unidad Ejecutora: UNIDAD DE COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES

Jurisdiccion: 45 MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Finalidad: Servicios Sociales

Función: Promoción y acción social

PRESUPUESTO FINANCIERO	
Inciso Principal	IMPORTE
Bienes de consumo	907.500
Textiles y vestuario	70.000
Productos de papel, cartón e impresos	440.000
Productos químicos, combustibles y lubricantes	50.000
Otros bienes de consumo	347.500
Servicios no personales	2.218.441
Servicios básicos	20.601
Mantenimiento, reparación y limpieza	142.000
Servicios profesionales, técnicos y operativos	1.846.840
Servicios Especializados, Comerciales y Financieros	33.000
Pasejes, viáticos y movilidad	20.000
Otros servicios	156.000
Bienes de uso	20.000
Maquinaria y equipo	20.000
Transferencias	8.722.000
Transferencias al sector privado para financiar gastos corrientes	8.722.000
<b>TOTAL</b>	<b>11.867.941</b>

PRESUPUESTO FISICO			
VARIABLE	DENOMINACION	U.MEDIDA	CANTIDAD
Meta	REHABILITACION DE ADICCIONES	BENEFICIARIO	17.300

Fuente: Anteproyecto de presupuesto 2010

### Propuestas realizadas al anteproyecto de presupuesto por la Diputada Diana Maffía:

Tal como se mencionó, durante 2008 y 2009 el Observatorio no realizó estudios propios de carácter representativo que permitan dar cuenta de la magnitud de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad.

A fin de que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desarrolle este tipo de estudios, se solicitó la asignación de partidas presupuestarias por un total de \$ 553.000.- a fin de que el Observatorio en Adicciones, en articulación con la DG de Estadística o con entidades educativas públicas, realice el diseño, la toma de campo y análisis de una encuesta representativa de la población de la CABA, incluyendo en ella fundamentalmente a las zonas en las que se ha incrementado en consumo de paco en los últimos años.

Asimismo, se solicitó que en 2010 se continúe con la apertura programática de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones: Observatorio, Prevención y Asistencia, tal como existe en la actualidad, ya que cada uno de estos programas realiza actividades diferenciales y su unificación dificulta el acceso a una información precisa y su consecuente análisis.

Por su parte, durante las rondas de presupuesto, se enfatizó la necesidad de que el Programa Adicciones dependiente del Ministerio de Salud, incrementara sus partidas presupuestarias a fin de hacer frente a los ambiciosos objetivos que el mismo se plantea.

Finalmente, en el presupuesto 2010 sancionado por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se aprobó un incremento de las partidas de ambos programas por los siguientes montos:

Atención Adicciones (Min. de Salud): \$ 1.130.000.-

Políticas Sociales en Adicciones – Prevención (Min. Desarrollo Social) \$ 900.000.-

**Propuesta de incorporación al presupuesto 2010. Recursos destinados a la realización de un estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas**

Programa 71 Políticas Sociales en Adicciones - Observatorio de Adicciones	
<b>2 Bienes de consumo</b>	\$ 28.000
23 Productos de papel, cartón e impresos	\$ 8.400
29 Otros bienes de consumo	\$ 19.600
<b>3 Servicios no personales</b>	\$ 490.000
34 Servicios profesionales, técnicos y operativos	\$ 364.000
37 Pasajes, viáticos y movilidad	\$ 14.000
39 Otros servicios	\$ 112.000
<b>4 Bienes de Uso</b>	\$ 35.000
43 Maquinaria y Equipo	\$ 35.000
<b>Total</b>	<b>\$ 553.000</b>

Detalle del destino de las partidas solicitadas:

Bienes de consumo: insumos varios para el desarrollo de las capacitaciones, el trabajo de campo y el proceso de análisis: materiales de librería, papel y cartón, etc.

Servicios no personales: contratación de profesionales capacitadores, muestristas, supervisores, encuestadores, analistas, etc.; convenios de asistencia técnica; viáticos y movilidad.

Bienes de uso: equipos destinados a facilitar el proceso de análisis.

## IV Acciones llevadas a cabo en 2009

### • Eventos organizados por la USPPA

1) *Adicciones y Derechos I: una mirada pendiente.*

Con la presencia de la Diputada Diana Maffía, la Diputada Fernanda Gil Lozano, Gustavo Moreno (Asesor Tutelar), Patricia Colace, Directora de la USPPA, María Rosa González y María Isabel Rego (Madres por la vida), Legislatura CABA, 19/05/09.

En esta primera jornada nos propusimos abordar el tema desde la perspectiva de los derechos humanos. Consideramos que estos derechos son sistemáticamente vulnerados con anterioridad a la situación del consumo problemático de sustancias; así, las adicciones son un punto de llegada y no de partida. Es de nuestro interés ampliar el debate, las diferentes miradas, el enfoque con que se aborda y se trata el tema de las adicciones, no poniendo el acento en la criminalización y revictimización de las personas que padecen del consumo problemático de sustancias si no en ponderarlas como sujetos de derecho.

2) *Actividad en adhesión al Día internacional contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas;* ONUDD, Plaza de Mayo. Junto a organizaciones de la sociedad civil, 25/07/09.

3) *Jornada Adicciones y Derechos II: lo pendiente en políticas públicas.* Con la participación de la ministra de la Corte Suprema, Dra. Carmen Argibay, el Dr. Roberto Gargarella, el Lic. Alberto Calabrese, la Diputada Diana Maffía y la Lic. Patricia Colace; Legislatura CABA, 14/10/09.

Fue nuestro objetivo analizar el fallo de la Corte Suprema (Caso Arriola), sus implicancias, dificultades y avances.

En los anexos de este documento se encuentra la desgrabación de la jornada. También figuran las conclusiones –con las que coincidimos- a las que llegó la Asociación Civil *Intercambios*. En nuestra página web<sup>7</sup> pueden encontrarse más contenidos al respecto.

### • Participación de la Lic. Colace en eventos representando al despacho

1) *Jornadas sobre juego patológico,* organizadas por el Instituto de Juegos y Apuestas (departamento de ludopatía). Legislatura CABA, 17/7/09.

2) *1ra Conferencia Latinoamericana y VII Conferencia Nacional sobre políticas de drogas,* organizadas por Intercambios Asociación Civil, HCDN. 6-7/08/09

3) *Presentación del Manual sobre Derechos Humanos y uso de drogas,* Silvia Inchaurrega (comp.), ARDA, Universidad de Rosario, Senado de la Nación, 19/09/09.

4) *Foro Internacional Reforma Política de drogas hacia un nuevo paradigma,* Facultad de Derecho, UBA, 21/10/09.

---

<sup>7</sup> [http://dianamaffia.com.ar/?page\\_id=1757](http://dianamaffia.com.ar/?page_id=1757)

5) Presentación del *Programa Adicciones en la CABA y AMBA*, Defensoría del Pueblo de la CABA, Adjuntía IV, 18/11/09.

6) *VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos*, Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 19-22/11/09.

#### • **Participaciones de la Lic. Patricia Colace como expositora**

1) *Políticas alternativas para combatir el PACO*, organizado por el diputado Eduardo Epszteyn, Legislatura CABA, 24/08/09

2) *II Encuentro de discusión sobre PACO y otras sustancias*, organizado por la diputada nacional Fernanda Gil Lozano, HCDN, 10/09/09.

3) Participación en la presentación del proyecto creando un *Programa de inclusión laboral para jóvenes*. María Elena Naddeo, Aníbal Ibarra, María Rosa González y Bilma Acuña, Legislatura CABA, 4/12/09.

4) *Género y Adicciones*, clase dictada en el Instituto Hannah Arendt, CABA, julio de 2009.

#### • **Funcionarios/as contactados/as y/o visitados/as**

- Alberto Magnone, ex responsable de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social.

- Gabriel Mattioni, responsable del área de asistencia de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social.

- Roberto Canay, responsable del Observatorio de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social.

- M. Lucero Smith, Directora General de Inclusión Escolar, del Ministerio de Educación.

- Dra. Mónica Cuñarro, coordinadora del Comité Asesor en materia de control de tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

- Dr. Andrés Elisseche, defensor adjuntía IV, de la Defensoría del Pueblo de la CABA.

- Dra. Lucía Quiroga, ex directora de la Dirección General adjunta de Salud Mental, CABA.

- Rosa Daniels, Coordinadora del Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia, CABA.

- Patricia Campana, Supervisora a/c de la Dirección de Salud de la Auditoría de la CABA.

- Verónica Mora Duboc, coordinadora del Programa de Prevención y Asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.

- Roberto A. Yunes, director del Hospital Infanto Juvenil C. Tobar García y con Dra. Angélica Sexto, Jefa de Coordinación, Internación, Guardia y Hospital de Día.

### • **Ciudadanos/as recibidos/as**

- Representantes de la sociedad civil y organizaciones: Madres por la vida, Madres en lucha contra el PACO.
- Badiha Sebih: estudiante de la Maestría en Periodismo de la UDESA.
- Alejandro Corda, Asociación Civil Intercambios.
- Michelina Oviedo, asesoramiento para el guión de un documental sobre el PACO.
- Andrés Asato, periodista de la revista ISAlud.
- Ing. Christian Grillo, jefe de gabinete de la Diputada Cynthia Hotton.
- Fernando Casal, asesor del diputado Carlos Pessi, en la Cámara de Diputados de la Pampa. Asesoramiento en la confección de una ley de adicciones.
- Eleonora Pfister, secretaria de Intercambios Asociación Civil.
- Lic. Vanesa Jeifetz, psicóloga, estudiante de la UBA, para su proyecto de investigación sobre equidad de género en adicciones.
- Directores y coordinadores de diferentes centros de la ciudad que atienden la problemática de adicciones en la CABA.
- Liliana Cruz, Mabel Mamani, Patricia Cruz, Coordinadoras de villas y núcleos habitacionales (promotoras de salud de diferentes villas).
- Graciela Palma, integrante de la Asociación "Quiénes somos".

### • **Visitas a efectores**

- Casa Flores
- Casa Puerto
- Asociación Civil El Almendro
- Centro Biedak
- La otra base del encuentro
- CESAC 7
- Hospital C. Tobar García
- Hospital Borda

## • Gestiones ante el poder judicial de la CABA: presentación de un *Amicus Curiae*

El 15 de abril la responsable del área legal del despacho, la Dra. Teresa Nóbili, presentó un *Amicus Curiae* ante el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires.

Como explicara la Diputada Diana Maffía en la sesión del 16 de abril: ‘Un *amicus* es un mecanismo de acompañamiento al Tribunal. La Corte Suprema de Justicia reglamentó esta participación de los “amigos del tribunal” ante el máximo organismo jurisdiccional, por acordada, el 14 de julio de 2004; y, aunque no haya una ley escrita que rija el *Amicus Curiae*, comenzó a aplicarse. La Corte establece que las personas físicas o jurídicas que no fueran parte en un pleito pueden presentarse ante la Corte Suprema de Justicia en calidad de amigos del tribunal, con la única finalidad de expresar una opinión fundada sobre el objeto del litigio en defensa de un interés público o de una cuestión institucional relevante.

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad también considera pertinente que se pueda aceptar la presentación de “amigos del tribunal” aunque no formen parte del litigio, y hay una jurisprudencia que sostiene que el *Amicus Curiae* no es más que una forma de instrumentar la democracia participativa en el ámbito jurisdiccional, sin que ello implique menoscabo alguno sobre el poder de imperium de los jueces a la hora de hacer justicia”.

El motivo de este *Amicus Curiae* era una sentencia que en su momento hizo la jueza Andrea Danas, ante una acción de amparo que estaba fundada en una observación de la Asesoría General Tutelar N° 1 ante la Justicia (fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad), solicitando a la ciudad que cese en su omisión de asistir adecuadamente a todas aquellas personas menores de edad con adicción a las drogas; especialmente con relación al consumo de pasta base de cocaína -paco-, que requiere internación voluntaria o coactiva. Curiosamente, esa resolución de la jueza Andrea Danas –que sólo le recordaba al Poder Ejecutivo su obligación de asistir a niños, niñas y adolescentes adictos al paco- fue recurrida por el Gobierno de la Ciudad; luego fue confirmada por la Sala en lo Contencioso Administrativo y, nuevamente, recurrida por el Gobierno de la Ciudad. Por lo tanto, actualmente permanece en el Tribunal Superior de Justicia. Evidentemente, el Gobierno de la Ciudad cree que debe defenderse cuando la Asesoría General Tutelar o la Justicia le dice que se ocupe de los niños, niñas y adolescentes víctimas del paco.

Tenemos que pensar que no solamente está garantizado el acceso a la salud integral en nuestra Constitución, sino que también se ha agregado la Convención por los Derechos del Niño. Ésta, en su artículo 33, establece la obligatoriedad de los estados parte de adoptar todas las medidas apropiadas, incluidas las legislativas, administrativas, sociales y educacionales para proteger a los niños y niñas contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, para impedir que se los o las utilice en la producción y el tráfico ilícito de estas sustancias.

Es decir, todas estas áreas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, deberían estar consustanciadas en prevenir y atender cuando la prevención no existió o no fue eficaz<sup>8</sup>.”

---

<sup>8</sup> Ver toda la manifestación en: [http://dianamaffia.com.ar/?page\\_id=1762](http://dianamaffia.com.ar/?page_id=1762)

## **V Proyectos de la Diputada Diana Maffía presentados y aprobados durante 2009**

Adhesión a la conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas

Declárase de Interés la “I Conferencia Latinoamericana y VII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas”

Informes referidos a la ley N° 2.318 de prevención y asistencia al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo

(Nota: sancionado en junio de 2009 a diciembre permanece sin respuesta de parte de la SubSecretaría de Promoción Social del Poder Ejecutivo, que lo tiene desde el 4 de agosto de 2009 con el número de expediente 36963, a pesar de los innumerables reclamos efectuados.)

Informes relacionados con el proceso de admisión y derivación de personas con padecimientos debido al consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo

Solicitud al PE el cumplimiento del fallo para garantizar el derecho a la salud de niños/as y adolescentes que consumen la pasta base de cocaína

*Nota: los textos de los proyectos se encuentran disponibles en [http://dianamaffia.com.ar/?page\\_id=1759](http://dianamaffia.com.ar/?page_id=1759)*

## Conclusiones

La problemática de las adicciones es un problema socio-sanitario tal cual está planteado en la ley 2318, cuyo objeto es garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo a través de la implementación de un plan especializado.

La particularidad de esta ley es que depende del jefe de gobierno y es él quien debe garantizar el carácter interministerial, tanto en la reglamentación como en su aplicación. Es de destacar que durante todo 2009 manifestamos nuestra preocupación por la falta de reglamentación, que al cierre del presente año sigue sin tener lugar. Una ley sin reglamentar dificulta el seguimiento y monitoreo, además de demostrar claramente la falta de voluntad política para el desarrollo de políticas públicas sobre esta temática.

Tal como lo expresó la Diputada Diana Maffía, *“la falta de reglamentación de leyes es un recurso peor que el veto porque no significa solo que la jefatura de gobierno se niega a reglamentar aquellas políticas que manda la ley sino que en su lugar ejecuta lo que se les ocurre, es una manera de malversar el trabajo legislativo”*.

Asimismo, compartimos el espíritu de la ley en su carácter interministerial pero, sorprendentemente, nos encontramos con que el presupuesto para llevar adelante las políticas públicas en adicciones se encuentra concentrado en el Ministerio de Desarrollo Social. En la actualidad, se ha creado el Programa de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancia Psicoactivas y otras Prácticas de riesgo adictivo como estructura fuera de nivel, dependiente directamente del Ministro de Salud y con una asignación presupuestaria de \$490.000.-, cifra por demás insignificante.

La respuesta a la hora de desarrollar políticas públicas que atiendan el daño de las personas adictas muestran falta de unificación, racionalidad y articulación, y los intentos de abordaje aparecen fragmentados. Esta fragmentación no solo afecta la coordinación y planificación sino también la posibilidad de garantizar los derechos de las personas afectadas.

Otro aspecto a destacar negativamente es no solo la baja partida presupuestaria asignada a la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones si no su disminución en el segundo y tercer trimestre de 2009 y, por sobre todo, los bajos y alarmantes niveles de ejecución presupuestaria<sup>9</sup>.

Para finalizar, más allá de las conclusiones parciales que hemos ido detallando en los informes mencionados en el cuerpo del estudio, presentamos algunas consideraciones generales de cómo deberían ser enfocadas las políticas públicas en adicciones:

- Se deben basar en una concepción multicausal del fenómeno que vincula los problemas ligados a la droga, la salud, el orden y seguridad pública. Abordando en forma abierta la problemática, abandonando los enfoques moralizantes y represivos, para avanzar en soluciones prácticas y realistas, y asumir que parte importante de las causas asociadas al consumo y venta de drogas ilícitas tiene relación con la inadecuada respuesta pública en la materia.  
Se debería otorgar más importancia a la participación ciudadana, y a las organizaciones de la sociedad civil en su conjunto, para el desarrollo de las respuestas adecuadas y lograr así un compromiso ciudadano.
- Es necesario impulsar políticas integrales a corto y largo plazo vinculando las instituciones relacionadas con el empleo, educación, vivienda, desarrollo social y economía en una tarea mancomunada, cuyos ejes de trabajo

---

<sup>9</sup> la información completa está disponible en la sección “monitoreo y análisis de datos estadísticos” (item 2.1)

deberían ser la prevención, tratamiento, reducción de daño, control, evaluación y monitoreo.

- Es necesario incluir en todas las políticas públicas la reducción de daño, y deben estar dirigidas a mitigar los efectos tanto para prevenir la transmisión de las enfermedades como para promover prácticas de consumo seguras.
- Se debería adoptar una perspectiva desde la mirada de los sujetos como portadores de derechos, donde el acceso a los servicios no es una concesión o favor del estado, si no un derecho cuya vigencia debe estar asegurada.
- El dogma de vigilar, reprimir y castigar ha fracasado como estrategia para disminuir el consumo de drogas. Hay que sacar del ámbito policial, judicial y penitenciario algo que le es propio a las políticas socio-sanitarias.
- Toda representación social y política que se hace sobre las drogas no dará respuestas integrales ni singular si parte de un solo aspecto. Homogeneizar el fenómeno de la droga como si fuera único, atemporal y ahistórico resulta ineficaz en términos de intervención y de prácticas socio-sanitarias. Las políticas de intervención requieren necesariamente del análisis del contexto socio-económico de las personas, de las características de la sustancia y de las condiciones de exclusión en el ámbito social, comunitario, laboral, escolar y familiar.

En este sentido es que hemos trabajado durante 2009 y lo seguiremos haciendo en 2010, desde la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones.

## **Agradecimientos de la Lic. Patricia Colace**

En primer lugar, quisiera agradecer a la diputada Diana Maffía por haberme convocado y brindado su confianza para llevar adelante este proyecto, que anhelamos sea un aporte significativo a la problemática de las adicciones que tanto necesita de una construcción idónea de políticas públicas.

Muy especialmente agradezco a Carol Abousleiman, jefa de despacho, de la diputada Maffía, por su permanente colaboración en la sistematización de los contenidos que fuimos generando a lo largo de este primer año de trabajo y su participación en la elaboración y edición del presente informe.

También quisiera destacar el trabajo realizado por las áreas legal, técnica-estadística y administrativa del despacho. Expreso mi reconocimiento hacia la tarea de mis compañeras y compañeros asesores que incorporaron en su agenda de trabajo lo que lanzamos como un tema transversal.

A las organizaciones de la sociedad civil que con su trabajo diario y cotidiano, nos animan a seguir profundizando nuestra labor, comprometiéndonos día a día en esta temática que necesita del compromiso de todas y todos.

## ANEXOS

### 1) Ley Nº 2318

Buenos Aires, 03 de mayo de 2007.-

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
sanciona con fuerza de Ley

#### PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DE OTRAS PRÁCTICAS DE RIESGO ADICTIVO.

##### CAPÍTULO I

##### Disposiciones Generales

**Artículo 1°.-** Objeto - La presente ley tiene por objeto garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires a través de la instrumentación de un plan integral especializado, dependiente del Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Artículo 2°.-** Definiciones: a los fines de la presente ley, se entiende por:  
Sustancias psicoactivas: cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

Consumo de sustancias: cualquier forma de auto administración de una sustancia psicoactiva, y se usa en vez de abuso de sustancias, como expresión más amplia que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado.

Práctica de riesgo adictivo: acción reiterada, que es resistida sin éxito, produciendo malestar o interfiriendo el funcionamiento normal de las personas.

Dependencia a sustancias: presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo a pesar de problemas significativos relacionados con ese consumo. Se hace con un patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona y a menudo tolerancia, abstinencia e ingesta compulsiva, con deterioro de la vida social, laboral o recreativa por ese consumo y mucho tiempo invertido en la obtención, el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.

Abuso de sustancias: patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona con incumplimiento de obligaciones laborales, en la escuela o en casa. Asociado a situaciones de peligrosidad física, problemas legales, sociales y/o interpersonales, relacionados con los efectos de la sustancia.

Sondas epidemiológicas: evaluación rápida del estado y tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo en población escolarizada y en el ámbito de los programas de calle.

Sondas epidemiológicas en el sistema de salud: evaluación rápida de la atención de emergencias e internaciones hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

Metodologías de alarma temprana: instrumentos y procedimientos institucionales que, de manera estandarizada, permiten la detección precoz de problemas por consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

**Artículo 3°.-** Principios. Los principios que rigen la presente ley son:

a. El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema sociosanitario.

b. El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo están condicionados por un grupo de factores de orden biológico, psicológico y del contexto social- cultural que influyen en la problemática.

c. Las acciones vinculadas con la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo son abordadas desde un enfoque pluralista, interdisciplinario e intersectorial.

## **CAPÍTULO II**

### **Plan Integral**

**Artículo 4°.-** Implementar un Plan Integral permanente con acciones dirigidas a lograr los siguientes objetivos:

A) Desarrollar estrategias preventivas que hagan posible:

a.1. Disminuir la exposición a situaciones que promueven el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en la población general y en especial en la población de niños, niñas y adolescentes.

a.1.1. Promover la regulación y control de la distribución y expendio de bebidas alcohólicas a través de un registro de habilitaciones específicas para su venta.

a.1.2. Promover el dictado de normas sobre los límites y alcances de la propaganda, vinculada con la inducción al consumo de sustancias psicoactivas legales y de otras prácticas de riesgo adictivo conforme a los principios de la presente ley.

a.1.3. Promover el compromiso en programas de responsabilidad social de empresas, instituciones y medios, que actúan sobre el mercado con intereses en la producción y venta de sustancias psicoactivas legales y otras prácticas adictivas.

a.1.4. Monitorear la inducción comercial, abierta o velada, al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

a.2. Disminuir la vulnerabilidad de los habitantes en general y, en particular, de los grupos de niños, niñas y adolescentes frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

a.2.1. Impulsar el desarrollo de Unidades Locales de Prevención y Atención a nivel de comunas, que funcionen como Centros de Referencia e integren a miembros de la familia, de la comunidad educativa, de los centros de salud y de las organizaciones sociales.

a.2.2. Promover el desarrollo de metodologías preventivas, en el ámbito educativo y del tiempo libre, vinculadas con el fortalecimiento de habilidades para la vida: cognitivas, afectivas, sociales e impulsar transformaciones curriculares que incluyan aspectos de prevención y promoción de la salud.

a.2.3. Apoyar la formación de docentes y líderes juveniles, en programas de formador de formadores, como protagonistas en el campo preventivo del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

a.2.4. Impulsar estrategias de capacitación a nivel socio-familiar tendientes a la promoción de vínculos saludables que permitan a los niños, niñas y adolescentes y a la población en general, el desarrollo de habilidades para la vida.

a.2.5. Desarrollar estrategias focalizadas en problemáticas emergentes y orientadas a poblaciones vulnerables y de alto riesgo.

a.2.6. Monitorear los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular.

a.3. Disminuir la vulnerabilidad de los trabajadores en el ámbito público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

a.3.1. Promover el diseño y desarrollo de programas de prevención en el ámbito laboral a través de centros preventivos laborales.

a.3.2. Apoyar la formación de agentes multiplicadores en el ámbito laboral, tendiente a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

a.3.3. Promover la no discriminación, la confidencialidad y la cobertura médica asistencial a los trabajadores afectados por el consumo de sustancias psicoactivas.

a.3.4. Monitorear los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular.

B) Desarrollar una estrategia de intervención socio-sanitaria que haga posible:

b.1. Aplicar sistemas para la detección precoz en la población general y, en particular, en la de los niños, niñas y adolescentes que se inician en el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

b.1.1. Monitorear las tendencias en morbilidad vinculada al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, por medio de sondas

epidemiológicas, aplicadas de forma regular, en el sistema de salud.

b.1.2. Promover el desarrollo de metodologías de alarma temprana sobre trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, para las instituciones de la comunidad que trabajan con adultos, jóvenes y en especial, con grupos de niños, niñas y adolescentes.

b.1.3. Promover la capacitación en forma permanente de los recursos humanos del campo socio-sanitario en la aplicación de procedimientos de alarma temprana sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo y en la interpretación de sus indicadores estadísticos.

b.1.4. Desarrollar estrategias específicas para problemáticas emergentes en las poblaciones vulnerables, que permita identificar e intervenir sobre los factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.

b.2. Asegurar medidas de atención integral para la población que se encuentra aún en las etapas de iniciación en el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

b.2.1. Garantizar la puesta en marcha de un nivel de atención sobre los trastornos iniciales en el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, que asegure la atención oportuna de la población general y, en especial, de los grupos de niños, niñas y adolescentes.

b.2.2. Promover la actualización tecnológica de los recursos del sistema de salud para la atención oportuna de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

b.2.3. Promover el desarrollo de instancias de capacitación del personal voluntario, técnico y profesional con recursos nacionales e internacionales.

b.2.4. Impulsar el desarrollo de estrategias de capacitación a nivel socio-familiar para la acción oportuna antes de la consolidación de hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.

b.3. Impulsar la conformación de la Red Integral de Prevención y Atención a las Adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, incorporando las redes existentes en las distintas áreas.

b.3.1. Garantizar que la Red Integral de Prevención y Atención a las Adicciones tenga capacidad de respuesta acorde con la naturaleza y la severidad del problema.

b.3.2. Garantizar las acciones necesarias para poner en marcha los ajustes institucionales que aseguren un enfoque de tratamiento integral y en todos los niveles de la red.

b.3.3. Impulsar la actualización y capacitación de los voluntarios, técnicos y profesionales así como la provisión de recursos en la red de atención para la aplicación de las terapéuticas necesarias, dentro del área local.

b.3.4. Asegurar mecanismos de coordinación entre las instituciones de tratamiento y reinserción sociolaboral de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo y las relacionadas con problemáticas asociadas: psiquiátricas y psicopatológicas, médicas, HIV/SIDA y hepatitis; violencia; embarazo adolescente; accidentes y otros. Esta numeración no es taxativa.

b.3.5. Asegurar mecanismos de comunicación eficiente entre las instituciones de prevención y de tratamiento de los trastornos de dependencia a sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.

b.3.6. Promover el desarrollo de nuevas estrategias preventivas y asistenciales orientadas a la atención de las dependencias y daños asociados a nuevas sustancias ilícitas de alta capacidad adictiva.

b.3.7. Garantizar alternativas de tratamiento en el ámbito de la salud pública que contemplen:

a) El desarrollo de equipos especializados de asistencia integral a los consumidores de sustancias psicoactivas.

b) La coordinación de la atención en la urgencia a través de unidades de desintoxicación aguda, guardias hospitalarias, en unidades de emergencia móviles, articuladas a una red de servicios.

c) Los programas de intervención comunitaria con capacitación permanente en servicio orientada a profesionales y no profesionales, promotores comunitarios, integrantes de establecimientos educativos e instituciones académicas, acorde de acuerdo a los lineamientos generales del Plan.

- d) La creación de unidades de referencia de los hospitales, centros de atención de salud, consultorios externos, centros médicos barriales, plan médico de cabecera.
  - e) La formación de centros de emergencia social que funcionen como espacios de integración y recuperación de consumidores de sustancias psicoactivas de alta capacidad adictiva.
  - f) La integración a Programas de Reinserción Sociolaboral de pacientes en proceso terapéutico.
  - g) Los programas de reducción de daños incluidos en procesos terapéuticos de diverso grado de complejidad y adaptados a las diferentes necesidades de la población.
- b.4. Establecer la organización de la rehabilitación a las personas afectadas por el abuso o dependencia a las sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo de manera integrada con las acciones de la red integral de prevención y asistencia de las adicciones.
- b.4.1. Promover la instrumentación de un sistema que dé apoyo a la familia, a las instituciones educativas, al trabajo, y a la comunidad en general, para que puedan cumplir, a la par de la ayuda especializada, con su papel específico en la recuperación de las personas afectadas.
  - b.4.2. Promover el desarrollo de estrategias de apoyo emocional, cognitivo y social, a niños, niñas, adolescentes y jóvenes pertenecientes a familias con padres que abusan o son dependientes del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
  - b.4.3. Garantizar el acceso de las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas a los recursos socioterapéuticos adecuados, a través del desarrollo de programas orientados a alcanzar su plena integración social, educativa y laboral.
  - b.4.4. Garantizar estrategias institucionales de ayuda al recién nacido con daño por abuso o dependencia materna a sustancias psicoactivas legales o ilegales.
- C) Monitorear sistemática y regularmente el comportamiento epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, así como evaluar la eficiencia y eficacia de las acciones del presente Plan Integral:
- c.1. Desarrollar un observatorio epidemiológico sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo que procese información vinculada a la prevención, atención y reinserción social.
    - c.1.1. Capacitar a las instituciones vinculadas directa o indirectamente con el tema del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, para la participación en el desarrollo de bases de datos y su aplicación en la evaluación de acciones preventivas, asistenciales y de reinserción social.
    - c.1.2. Normatizar las formas de comunicación estadística al observatorio de la Ciudad de Buenos Aires por parte de las empresas vinculadas con la producción, venta, distribución y propaganda de sustancias psicoactivas legales como es el caso de las bebidas alcohólicas, el tabaco, la medicación psicotrópica y otras sustancias psicoactivas consideradas relevantes epidemiológicamente.
    - c.1.3. Normatizar las formas de comunicación estadística de las instituciones públicas, privadas y seguridad social, de acciones y procedimientos vinculados con personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en situaciones específicas: estadísticas sanitarias, accidentes laborales, estadísticas policiales y otras.
  - c.2. Difundir los resultados del monitoreo al Jefe de Gobierno y a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otros organismos que lo requieran.

### **CAPÍTULO III**

#### **Autoridad de Aplicación**

**Artículo 5°.-** Autoridad de Aplicación. El Jefe de Gobierno determina el diseño organizativo necesario para el desarrollo, planificación, ejecución y supervisión del plan garantizando la participación interministerial de acuerdo a sus competencias, especialmente del Ministerio de Educación, del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Gestión Participación y Descentralización, del Ministerio de Gobierno, del Ministerio de Producción y el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, o las autoridades que los reemplacen en el futuro.

**Artículo 6°.-** Atribuciones de la Autoridad de Aplicación. Serán atribuciones de la Autoridad de Aplicación las siguientes:

- a. Ejercer la coordinación técnica de las áreas de prevención, atención,

observatorio de investigación y seguimiento de sustancias psicoactivas, formulando las líneas de acción pertinentes para alcanzar los objetivos del Plan Integral de conformidad a lo que se establece en el Anexo I que forma parte integrante de la presente ley.

b. Integrar de manera articulada, a través de una red de prevención y atención sociosanitaria a los efectores de las diferentes áreas que conforman el Plan Integral.

c. Articular y convenir acciones con otras áreas de gobierno y con el área metropolitana, con el fin de un óptimo aprovechamiento de recursos y de una tarea intersectorial.

d. Coordinar y fiscalizar acciones de organismos no gubernamentales, civiles y de seguridad social.

e. Promover la creación de dispositivos en las comunas para que, en conjunto con otros organismos de la población, se diseñen y coordinen acciones de abordaje a dicha problemática.

f. Proponer acuerdos y acciones sobre políticas referidas a la problemática del consumo de las sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, con organismos internacionales, nacionales, provinciales y municipales en el marco de la presente ley.

g. Representar a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ante la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación, coordinando acciones por aplicación del Plan Federal.

h. Convocar al Consejo Consultivo Asesor.

i. Disponer medios de difusión masivos y recursos materiales y humanos para el desarrollo de las acciones preventivas consideradas prioritarias según criterios epidemiológicos.

j. Proponer el anteproyecto de presupuesto de recursos y gastos que anualmente se requiera para el debido cumplimiento de esta ley.

**Artículo 7°.-** Consejo Consultivo Asesor. La Autoridad de Aplicación convoca tres veces al año a un Consejo Asesor, de carácter consultivo, honorario y no vinculante, a fin de canalizar las necesidades y opiniones del conjunto de la comunidad en torno a los problemas relacionados al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo. La autoridad dictará el reglamento interno del mismo.

Se invita a integrar este Consejo:

a. Organizaciones no gubernamentales y civiles de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vinculadas a la problemática, inscriptas en el registro mencionado en el art. 8°.

b. Organismos de Derechos Humanos.

c. Universidades con tareas docentes y/o investigación de la temática.

d. Representantes de fuerzas de seguridad.

e. Representantes del Poder Ejecutivo Nacional.

f. Representantes del Poder Judicial.

g. Representantes de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de otros entes de control de la Ciudad.

h. Organizaciones gubernamentales del área metropolitana con competencias en la temática.

i. Representantes del Consejo General de Salud y representantes del COGESAM (Consejo General de Salud Mental).

j. Representantes de otros consejos que estén vinculados a la temática.

**Artículo 8°.-** Registro de Organizaciones. La Autoridad de Aplicación crea el Registro de Organizaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vinculadas a la prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación de personas con dependencia a las sustancias psicoactivas.

#### **CAPÍTULO IV Normas Finales**

**Artículo 9°.-** Desde el presente ejercicio se destinará una partida específica del Presupuesto General de Gastos y Recursos de la Ciudad para la ejecución de la presente ley.

Asimismo se destinarán los fondos previstos en leyes especiales que tengan que ver con la atención y prevención al uso, abuso y dependencia a sustancias de otras prácticas de riesgo adictivo

**Artículo 10.-** La Autoridad de Aplicación convoca a su reunión constitutiva en un plazo no mayor a los 30 (treinta) días de reglamentada la presente ley.

**Artículo 11.-** El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en el plazo de 60 (sesenta) días a partir de su promulgación.

**Artículo 12.-** Comuníquese, etc.

**SANTIAGO DE ESTRADA  
ALICIA BELLO**

LEY N° 2.318

Sanción: 03/05/2007

Promulgación: Decreto N° 782/007 del 04/06/2007

Publicación: BOCBA N° 2702 del 11/06/2007

#### ANEXO I AREAS DE PLAN INTEGRAL

El Plan Integral se desarrolla bajo las siguientes áreas, conforme a los objetivos enunciados en el Capítulo II, artículo 4°.

- A. Área de Prevención
- B. Área de Atención y Reinserción Social
- C. Área Observatorio
- D. Área de Seguimiento de Sustancias Legales

##### A. Área de Prevención

a. Promocionar y propiciar programas en el campo de la educación formal, informal y de tiempo libre basado en el desarrollo de habilidades para la vida en niños, niñas, adolescentes y jóvenes:

a.1. cognitivas: habilidades de toma de decisiones y solución de problemas; habilidades de pensamiento crítico; otras.

a.2. socio-afectivas: habilidades para el manejo de la influencia social y del estrés; habilidades de comunicación y de cooperación; habilidades asertivas y de negociación y rechazo; otras.

b. Implementar programas de prevención a nivel de comunas sobre aspectos socioculturales de consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, mediante la red integrada de prevención y asistencia sociosanitaria que promueva y coordine locales en el campo de la salud, educación, tiempo libre, áreas sociales y organizaciones comunitarias en general.

c. Desarrollar programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en empresas públicas y privadas mediante la conformación de comisiones por rama de actividad laboral.

d. Desarrollar dispositivos de prevención en ámbitos laborales que garanticen la accesibilidad a programas preventivos participativos, así como la orientación hacia un tratamiento adecuado.

e. Organizar programas de actualización a técnicos y profesionales de salud, educación, tiempo libre y áreas sociales, mediante simposios, seminarios, talleres y otras actividades afines.

f. Coordinar programas con los medios de comunicación locales para la puesta en marcha de acciones sistemáticas de información y capacitación a nivel comunitario.

g. Realizar los actos necesarios para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el capítulo II de la presente ley.

##### B. Área de Atención y Reinserción Social

a. Integrar a través de la Red Integral de Prevención y Atención de las Adicciones, los equipos interdisciplinarios destinados a establecer la atención en la urgencia a través de guardias hospitalarias, unidades móviles de emergencia, Unidades de desintoxicación aguda (UDES) y Centros de Rehabilitación y Reinserción Sociolaboral de pacientes en proceso terapéutico.

b. Coordinar de forma ágil y oportuna la demanda de consulta por trastornos del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, con la oferta diferenciada de servicios públicos y privados en la materia, dentro de la ciudad.

- c. Apoyar programas que consoliden respuestas asistenciales a nivel local mediante la puesta en marcha de equipos intersectoriales a nivel de comunas.
    - c.1. capacitación y actualización para la atención in situ (escuelas, empresas, clubes, comunidades, otras.)
    - c.2. sistema abierto de interconsulta con instituciones de mediana y máxima complejidad.
    - c.3. intercomunicación efectiva en red de los servicios.
  - d. Articular con los diferentes efectores asistenciales de la ciudad el desarrollo de respuestas de detección y tratamiento frente a los problemas habituales del consumo y también frente a la irrupción de nuevas sustancias psicoactivas o formas de administración no contempladas de las mismas y de otras prácticas de riesgo adictivo.
  - e. Realizar los actos necesarios para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el capítulo II de la presente ley.
- C. Área Observatorio.

## **2) Jornada “Adicciones y Derechos – lo pendiente en Políticas Públicas”**

### **Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones –**

**Directora: Lic. Patricia Colace**

**Despacho Diputada Diana Maffía**

**14 de octubre de 2009, salón Intersecretarías, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Transcripción taquigráfica:

**Locutor:** Participan del panel la Doctora, Jueza de la Corte Suprema, Carmen Argibay, el Doctor Roberto Gargarella y el Lic. Alberto Calabrese, miembro del Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, la diputada Diana Maffía y la Directora de la Unidad de Seguimiento del Ministerio de Justicia, la Lic. Patricia Colace.

El antecedente de esta mesa es la jornada realizada el pasado 19 de mayo, en la que se abordó el tema “Adicciones y Derechos, una mirada pendiente”. Queremos decirles que la final la exposición de los panelistas, habrá un espacio para que los asistentes realicen preguntas a los integrantes de la mesa.

Le damos la palabra a la diputada Diana Maffía

**Diputada Diana Maffía:** Muchas gracias por su asistencia y mil gracias a Carmen Argibay, a Roberto Gargarella y a Alberto Calabrese por haber aceptado esta invitación yo creo que es una mesa de lujo, tenerlos a ellos hablando de un tema que es extraordinariamente difícil, con sensibilidad hacia los derechos humanos, pensar las políticas de adicciones en un marco de derechos humanos y en un marco, eh, de políticas públicas sensibles a esos derechos, y no de políticas de crueldad como muchas veces encontramos.

Cuando creamos la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas de Adicciones, con la Lic. Patricia Colace, un primer momento fue tratar de hacer una radiografía de cómo estaban las cosas en la Ciudad de Buenos Aires, tanto a nivel de estadísticas de atención y sobre todo de cuáles eran las demandas de la ciudad, de paso agradezco a la Diputada Gabriela Alegre que está presente acá, presidenta de la Comisión de Mujer, Infancia, Adolescencia y Juventud, pensar cuáles son las demandas que hay en la ciudad. Lamentablemente la ciudad no está realizando estadísticas propias, está funcionando con una reelaboración de políticas del SEDRONAR, de estadísticas del SEDRONAR, otra parte importante que vamos a discutir en las próximas semanas es cómo se está distribuyendo el presupuesto de la ciudad. El presupuesto de la ciudad tendría que estar distribuido entre varios ministerios, pero está solamente en manos del Ministerio de Desarrollo Social, un tema que es de Salud Pública, un tema que tiene que ver con políticas de Educación, por supuesto un tema que tiene ver con políticas de Desarrollo Social, pero no exclusivamente.

Siguiendo un poquito estas deficiencias, encontramos que la ley que se promulgó en mayo de 2007, está sin reglamentar. Esa ley es una de las más de 300 leyes, según una investigación que hemos hecho también en el despacho, que siguen sin reglamentar en el Gobierno de la Ciudad. La falta de reglamentación de leyes es una manera peor que el veto porque no es simplemente que la jefatura gobierno se niegue a reglamentar aquellas políticas que vienen de la ley, sino que sencillamente no la reglamenta, y en su lugar aplica las que se le ocurren, es una manera de malversar el trabajo legislativo, esto se ha hecho entre otras cosas con la ley de adicciones, la ley 2318, que prevé la participación de varios ministerios y cuyo responsable es el Jefe de Gobierno de la ciudad. El Jefe de Gobierno debió haber convocado a una reunión interministerial para reglamentar la ley, cosa que no hizo, y el Ministerio de Salud, el de Educación, el de Salud y el de Desarrollo Social debieron haber intercambiado ideas acerca de cómo reglamentar. No parcialmente cada uno reglamentar su parte, sino hacer una reglamentación interministerial que es lo que corresponde. Lo que de hecho ocurrió es que uno de los ministerios reglamentó la parte que le era pertinente, se quedó con todo el presupuesto, no lo ejecutó, al segundo trimestre de este año, la ejecución del

presupuesto era de menos del 10%, y en el caso de prevención de adicciones, había 0% de ejecución. En el caso del tercer trimestre todavía no la tenemos accesible los diputados y diputadas, a pesar de que ya comenzamos, este viernes a discutir el presupuesto de la ciudad. Es decir, que estamos discutiendo a ciegas cuál va a ser el presupuesto del 2010, cuando no sabemos cómo se ejecutó el de 2009.

Tenemos casos gravísimos como la internación de un niño en un hogar al que se terceriza desde el Ministerio de Desarrollo Social, y que falleció en el lugar donde estaba internado por falta de atención. Casos que deberían llamarnos la atención acerca de la necesidad de poner un poco el acento... agradezco al diputado nacional Fernando Sánchez por su presencia acá... cuando tenemos, entonces, necesidad de tener más atención en ejecución de políticas públicas. Me pareció pertinente, por la reunión que tuvimos antes, vinculada con esta perspectiva de derechos sobre las adicciones, que pensáramos sobre un aspecto del fallo de la Corte que quizá no es el aspecto más publicitado, porque el más publicitado fue la despenalización de la tenencia para consumo personal, por supuesto debe haber un Ministerio de Salud atento a cuándo es tenencia para consumo personal y cuándo es un *dealer*, pero eso es una diferencia que debe establecer la seguridad, que es una política que tiene que haber.

Ahora, hubo muchas críticas con respecto a esto y se habló muy poco de la recomendación de la Corte de establecer una batería de políticas públicas que fueran suficientes como para una atención integral del problema de las adicciones. Bueno, sobre esto nos gustaría hablar en esta mesa, con la experiencia de las personas que están aquí sentadas. Valoro enormemente que podamos estar discutiendo estos temas, en este clima y con esta compañía, así que le paso la palabra a Roberto Gargarella.

**Locutor:** Antes de presentar a Roberto Gargarella, queremos agradecer la presencia de Andrés Elisseeche, Defensor Adjunto de la Ciudad de Buenos Aires. El Dr. Roberto Gargarella, es abogado y sociólogo, doctor en Derecho por la UBA, *master* en leyes y doctor en jurisprudencia por la Escuela de Leyes de Chicago. Actualmente es profesor de Derecho Constitucional en la Universidad de Buenos Aires, y la Universidad Torcuato Di Tella, y en altas casas de estudio de Nueva York, Barcelona, Oslo como profesor visitante. Ha sido becado por la Fundación Antorchas, por el British Council y por la Fundación John Simon Guggenheim. Asimismo es autor de varios libros y publicaciones, *Nos los representantes; Derecho y grupos desaventajados; La justicia frente al gobierno; El derecho a la protesta*, entre otros. Doctor Gargarella.

**Dr. Roberto Gargarella:** Muchas gracias, gracias... también estoy contento de estar acompañado por estos panelistas y por la invitación de mi amiga Diana. Gracias a ustedes por estar acá también, un día especial. Quería hacer unos muy breves comentarios, en relación, o a partir del fallo de la Corte, y tratando de satisfacer alguna de las inquietudes que presentaba Diana, pero quería hacerlo muy brevemente. Muy pocos puntos. Yo, como tantos, festejé la decisión de la Corte, me pareció muy importante que la Corte se volviera a acercarse a un fallo que se había dictado en los años '80, que era el fallo Basterrica, y también del mismo que celebré la decisión, encontré y marqué, me interesó marcar, varios puntos de reserva sobre lo que había ocurrido, el modo en que había ocurrido y qué es lo que había quedado, así que hago referencia a estas reservas que no niegan y, es más, que están en el contexto de mi celebración general y bienvenida a la importante decisión de la Corte en Arriola. Pero las reservas, digamos, sobre todo en este contexto, me interesaba hacer acento en esas reservas. Brevemente, primero me preocupó, de la decisión de la Corte, algo que es ajeno a la discusión que está aquí, pero lo menciono rápidamente, y es la cuestión de los tiempos. Me parece que la Corte tomó demasiado tiempo para una decisión que estaba casi escrita y además que la propia Corte reconoce así, básicamente volviendo a la jurisprudencia de Basterrica. Y yo marco este punto no por una cuestión de puntilliosidad, de perfeccionismo, sino, porque dice algo sobre cómo estamos pensando hoy los derechos. Y es esa teoría de que los derechos deben ser vistos como intereses que deben asegurarse incondicionalmente, y me parece

que a veces, la Corte, con el propósito de hacer algo muy importante que es reconstruir su legitimidad que había sido destruida en los años '90, ingresa en cuestiones de cálculo, destinadas a no afectar su imagen que ponen finalmente, en riesgo derechos, y yo creo que algo de eso pasó en Arriola, y eso es un problema, sobre todo si nos dice algo, como creo que nos dice, acerca de los modos en que la Corte está decidiendo.

Un segundo punto que es sustantivo, más importante y relevante para esta reunión, es que el del fallo no quedó claro una noción que es clave y muy importante, que es la noción de daños a terceros. Es fundamental que nos aclaramos nosotros y que la Corte nos aclare y nos ayude a pensar la idea de daños a terceros. ¿Por qué? Porque el principio que instala Basterrica es que las conductas privadas en la medida en que no impliquen daños a terceros, por eso las llamamos conductas privadas, no pueden estar sujetas a la autoridad pública. Ahora, ¿qué quiere decir daños a terceros? Porque todo se juega en qué quiere decir daños a terceros. Y al respecto haría dos observaciones, una que es especialmente relevante para mucha de la gente que está aquí presente, que está interesada en cuestiones de género, que la idea de privacidad, la idea, no puede ser entendida como la idea de no visibilidad. O sea, el hecho de que esta sea una conducta privada, no es lo mismo que los demás no me vean. Y me parece que por alguna de las declaraciones que hicieron los miembros del tribunal en momentos en que se decidía el fallo, quedó demasiado pegada, demasiado asociada la idea de daño a terceros a la idea de no visibilidad, que si yo no me pongo con un cartel en la vía pública diciendo que estoy fumando un cigarrillo de marihuana, entonces es un acto privado, no, no puede vincularse la idea de privacidad a la idea de no visibilidad. Digamos, privacidad es otra cosa y necesitamos que la Corte nos ayude a pensar eso que es un tema muy difícil. Digamos, hay, para citar una fuente muy importante que yo estudio con mis estudiantes en la Universidad, es cuatro tomos de Joel Feinberg, sobre Hann sobre daño a terceros, tratando de reflexionar qué quiere decir daño a terceros, es un tema difícilísimo. Por supuesto la Corte no lo puede decidir en un fallo, pero su guía es muy importante, y lo que hubo en los momentos del fallo yo creo que fue más contribuir a la difusión, en el sentido de la difuminación de la idea de qué significa daño a terceros, ante que a la clarificación. Entonces, yo creo que ahí hay un tema sobre el cual tenemos que pensar, y sobre el cual yo espero que la Corte nos ayude a pensar.

Una tercera reflexión tiene que ver con la idea nuclear, con otro concepto central en el fallo, y en la reflexión sobre estupefacientes que es que qué quiere decir reservar la autonomía de las personas, proteger la autonomía de las personas. Y yo creo que ahí otra vez podemos estar de acuerdo en muchas cosas, pero que también es una idea que requiere ser precisada. Porque muchos de nosotros, y yo creo que muchos de los que estamos en esta mesa, defendemos la idea de la autonomía, protección de la autonomía, contra lo que, por ejemplo, Carlos Nino llamaba perfeccionismo y perfeccionismo moral. Entonces, no queremos que otros nos impongan un plan de vida. Ahora, defender la autonomía contra visiones perfeccionistas, no quiere decir, como muchos piensan, que defender la autonomía implica atarle las manos al Estado, como decía, otra vez, Carlos Nino, hay espacio y debe haber espacio para justificar políticas paternalistas, que impliquen ayudar a la autonomía de las personas que no son políticas perfeccionistas. Entonces, rechazamos el perfeccionismo, rechazamos que el Estado nos imponga un plan de vida, pero, al mismo tiempo, autorizando a que el Estado haga muchas otras cosas en nombre de la autonomía, por ejemplo que ayude a mantenernos como sujetos autónomos. Esto también es relevante también en el caso de los estupefacientes, o sea, de cómo, cuál, algo sobre lo cual también tenemos que pensar, qué significa que el Estado nos ayude a ser sujetos autónomos. Cosa que es muy importante en el fallo relacionado con estupefacientes, cosa sobre la cual tenemos que aclararnos, pero además, porque trasciende la cuestión de los estupefacientes, para pensar, por ejemplo, cómo es que concebimos las políticas sociales y cómo pensamos los derechos sociales, y cómo pensamos las condiciones materiales del ser autónomo. Y la Corte, otra vez, tiene una tarea muy importante, si es que, efectivamente está, como yo creo que está, está comprometida con la idea de la autonomía, esto no solamente quiere decir rechazo del Estado, que el Estado no ponga sus sucias

manos sobre mis planes de vida, digamos, sino, también, una invitación al Estado, a que el Estado intervenga, que asuma las obligaciones que tiene que son, también, obligaciones constitucionales, que son todavía más fuertes en la Ciudad, porque digamos, en la Ciudad, el texto constitucional es muy más exigente en materia social que el texto, digamos, nacional, entonces hay una enorme responsabilidad que tiene el estado de la Ciudad. Entonces, aclarar este punto y que es algo sobre lo cual merece seguir reflexionándose, que el rechazo al perfeccionismo estatal, no implica el rechazo a la necesaria, obligada intervención del Estado para ayudar a construir autonomía.

Y, tal vez, algún último punto, yo viví mucho tiempo, muchos meses en Noruega, país que es, en muchos sentidos, un país soñado en términos de políticas sociales, y en términos, también, de políticas penales, el estado noruego, el estado benefactor, es evidentemente y claramente y manifiestamente muy generoso en materia social. Ahora, uno de los temas sobre los cuales más me inquieté viviendo allí, fue el tema de los estupefacientes y vinculado con el rol del estado. Y con el rol particular de los tribunales. Mucho de lo mejor que hacían los tribunales noruegos en relación los estupefacientes era no criminalizar este tipo de situaciones y, digamos, no utilizar la coerción estatal en este tipo de materia. Ahora, una cosa que uno veía regularmente era, en las estaciones de trenes, en las estaciones de subte, en muchos lugares públicos, veía a personas que estaban con problemas de adicciones juntas y, digamos, seguían destruyendo su vida, y el Estado no se metía porque quería respetar los planes y eso yo creo que era síntoma de algo, que va más allá de Noruega y que es importante en Argentina y es que muchas veces los tribunales y las autoridades públicas piensan sus políticas en la materia como si fuera, digamos, una llave de luz: intervengo, y muchas veces intervengo con la coerción, o la coerción. Muchísimos tribunales, típicamente los tribunales locales actúan de ese modo, entonces subo la coerción, represión o bajo el switch, y no hago nada, entonces soy garantista. Bueno, eso, que era lo que yo veía en Noruega que era el extremo del garantismo, ese es un garantismo mal entendido, y es una función judicial mal entendida y una función pública mal entendida. Porque el abandono de la persona en el sentido de "ustedes están ahí y son responsables de su propia destrucción" eso también es parte del problema y por eso esta reflexión pendiente sobre la autonomía. Estas son algunas de las ideas que a mí me genera el fallo, que es un fallo que, repito, aplaudo, pero que también es un fallo que deja muchos puntos sobre los cuales hay que pensar. Y, por supuesto en un fallo uno puede pretender que se resuelvan todos los problemas, pero sí es cierto que era también una oportunidad para ajustar muchas tuercas y que nos ayude a pensar colectivamente en un área sobre la cual tenemos muchísimas dudas.

Gracias.

**Locutor:** Agradecemos la presencia entre nosotros, de la diputada por la provincia de Córdoba Griselda Baldata.

Voy a presentar al lic. En Sociología Alberto Calabrese, tiene a su cargo el Módulo Social y Antropológico de la Maestría Interdisciplinaria en la Problemática del Uso Indebido de Drogas, del Centro de Estudios de Postgrado de la UBA. Fue comisionado General del SEDRONAR, y presidente del Fondo de Ayuda Toxicológica. Es profesor invitado por organismos internacionales, bilaterales, nacionales, provinciales para cursos en distintos países en Latinoamérica y del país. Autor de diversas publicaciones, tanto nacionales como extranjeras. Actualmente es miembro del Comité científico asesor en materia de control de tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja.

**Lic. Alberto Calabrese:** Bueno, gracias, me siento especialmente honrado de la invitación de Diana y de estar en un panel donde evidentemente hay luces y pensamientos propios con verdadero peso.

Al principio, lo que quería decir, porque, sino, este tema no se entiende. Más allá de que he escuchado con especial atención lo que dijo quien me precedió en la palabra, lo he escuchado con mucha atención por esto del cuidado de, por ese punto de inflexión, digamos, cuándo la destrucción, cuándo la coerción, ¿no? Pero antes de meterme en mis cuatro puntos, yo quería hacer una introducción sobre lo que es el problema de drogas hoy.

La creencia instalada desde los medios y sustentada por los poderes que se dedican, más que nada a los temas de la represión o al negocio de la atención, tiene dos variables fundamentales. Primero que nace de un discurso coercitivo y traslativo, no voy a hacer toda la historia porque es muy largo, pero esto viene de una asociación vieja entre el puritanismo norteamericano y el positivismo médico, que después se traduce en una imposición-modelo que llega hasta nuestros días de la complicidad del modelo ético jurídico con el modelo médico hegemónico, para decirlo en términos antropológicos y no médico-sanitario como se lo conoce. ¿Qué es esto? Yo le tomo prestado al sector médico el pedido de cuáles son las cosas que nos producen daño y después funcionalismo eso en términos jurídicos y pongo penas y armo, en definitiva, gracias a esas cosas que se fueron cada vez apretando más, en un sistema que vive de una sustentación que está basado en una lógica guerrera y que no tiene nada que ver con lo que sería la verdadera teología de este fenómeno como impacto. Porque cuando la gente habla de las drogas, el otro día, por ejemplo una periodista me preguntó: ¿usted cree lic. Que el problema del paco es el problema mayor de la Argentina? Y yo le dije, “discúlpeme, ojalá, porque si ese es el problema mayor de la República Argentina, lo corregimos fácil. O sea, en un país cuyas estructuras tienen unas deficiencias fenomenales, que las comunicaciones son deficientes, que el trabajo es un lujo para mucha gente, que el déficit de vivienda es de 3.000.000 de unidades, etc., etc., podemos estar toda la tarde hablando de eso, decir que el paco tiene el impacto del mayor problema de la Argentina, es distorsionar” no quiere decir que no lo tenga no quiere decir que la gente que lo padece no lo sufra, pero hay que poner las cosas en su lugar.

En primer lugar, ¿por qué? Porque esta cuestión de la sustancia y su hecho de su prohibición tiene que ver, también, con una traslación, con el fracaso de la Ley Seca al tema de las sustancias, supuestamente, ilícitas. No hay que olvidarse, tengo muchas publicaciones en ese sentido, que muchas de las drogas que hoy están en el código de las cuestiones prohibidas, a principios del siglo pasado eran sustancias de uso común, y a demás instaladas para muchas cosas, por ejemplo la marihuana para aliviar la tos, a lo mejor (risas del público) no, no, porque tengo tos, por eso, no se olviden que Freud investigó la cocaína por tratar de sustituir de la morfina, no hubo persona importante, ya empezamos con los conciertos, bueno, del siglo XIX, sobre todo ligado a las artes, a las letras, que no tuviera que ver con las sustancias. Es enorme la cantidad de gente que experimentaba con las sustancias, sin tener una mirada, yo uso un ejemplo que viene de la literatura, pero que es muy gráfico: la literatura a veces se consustancia tanto con el imaginario de la gente que en una encuesta que hicieron hace poco en Gran Bretaña, llegaron a la conclusión que Churchill era un personaje del mito, y en cambio Sherlock Holmes era un personaje real. Esto es muy interesante. Ahora, Sherlock Holmes, el investigador más importante de Gran Bretaña, aun en la ficción, era una persona que resolvía sus casos con, dice, cuatro pipas bien fumadas, que les agregaba una bolita de opio, Watson, su ayudante, sempiterno y el que muchas veces resolvía su paradigma de lo común resolvía sus casos, lo advertía, lo molestaba, pero no lo denunciaba, tampoco podía denunciar al mejor investigador de Inglaterra porque no había, a demás ninguna ley que se lo prohibiera, esto es paradójal. Hoy, habiendo estado en cuatro asambleas general de las Naciones Unidas., de las que imponen la política sobre el tema de la prevención y asistencia para los próximos diez años, lo único que he visto es pateamos los temas para dentro de diez años. Qué quiere decir, que lo único que se ha hecho hasta ahora, en los últimos 70 años es un gran fracaso, un gran fracaso, que a demás tiene que ver con una cuestión muy elemental: en Estados Unidos, el año pasado, según una estadística de la Secretaría de Salud, yo me preocupo de mirar esas estadísticas todos los años, porque están muy bien llevadas, son muy detallistas, qué se yo, aunque tienen una peculiaridad, no tiene ningún tipo de conexión de explicación, son simplemente fríos números, pero si uno los sigue dan cosas muy importantes, pero muy importantes, una de las cosas, pero así, palpables y visibles es la sustancias psicotrópicas prohibidas, y ahí van todas, cocaína, marihuana, heroína, la que quieran, y todas las sintéticas, que son futuro de la cuestión drogas, y bueno, acá tuvimos el primer ejemplo con esto de la efedrina, que también, bueno, no quiero adelantarme, el punto es que todas estas sustancias, el año pasado produjeron alrededor del 17.000 y pico de

muertos, y en el mismo período, escuchen bien lo que voy a decir, el mismo período, por alcohol y tabaco, hubo 1.650.000 muertos. O sea, son menos del 1% del total de los muertos por el uso de sustancias, en general. Sin embargo, estos 16.000 tienen los focos de todas las americanas. ¿Por qué? Por una razón muy simple, las drogas funcionalizan las inclusiones y las exclusiones, los países que están incluidos son buenos y entonces les dan políticas de apertura y qué se yo. Si alguien quiere sacar los pies del plato, ustedes no saben las presiones que tiene Holanda por esos cuatro cafetines donde se sirve, donde se puede fumar marihuana asiática, hachís, o sea, es una cuestión absurda y ahí no saca nadie los pies del plato, y se gastan miles de millones de dólares para lograr que un negocio de muchos más miles de millones de dólares, porque les voy a decir lo que se gasta en control es más o menos unos 35 mil millones de dólares, el negocio que genera este tema son 750 mil millones de dólares por año, se dan cuenta que si esto se quita, la vida esta se quita de la economía mundial, se cae, así de fácil. Entonces, están todos implicados, no es un negocio que solamente los malvados que andan con bigotes escondidos y detrás de anteojos oscuros, que tienen grandes haciendas, helicópteros, manijas de oro y no se cuánto, tipo Escobar, son los malos de la película. Ahí están todos. Porque cuando viene la hora del lavado, que se dice para centrifugar una cantidad de delitos que son: contrabando, estafa al FISCO, millones de cosas, no tienen más que participar todo, banqueros legales, ilegales, hoteleros, no hoteleros, traficantes, no traficantes, todos participan, es una lotería amplia, que viene bien a los, y a demás se mueve sobre una sustancia, y esto lo quiero resaltar, que hoy está instaurada como una sustancia de prestigio, al revés que cuando yo empecé a trabajar en este tema hace 35 años, en forma militante lo hago todos los días y me contacto mucho con la gente que lo padece, entonces eso me da la ventaja de escuchar el discurso, qué dice el inconciente de cómo lo viven, nos damos cuenta que estas personas hoy han naturalizado el fenómeno, esto, ¿qué quiere decir? Que lo que antes era apara la década del 70 una forma de oposición a l sistema legal, y al sistema societario, hoy es una forma más del sistema societario, ¿por qué? Porque las sustancias tienen prestigio, a demás de ser una mercancía de uso y cambio, al tener prestigio, son cada vez más buscadas por los sectores que ingresan en ella, como una forma de asentarse en algo que es natural. No tienen ningún tipo de corta pizza. Ahora, como ya me están poniendo los cañones para el tiempo, entonces voy a tener que cortar el discurso para decirles lo siguiente: nosotros estamos de acuerdo, básicamente, con lo del fallo, porqué, porque era una cosa esperada en función de terminemos de una vez por todas y cuanto antes, aunque sea un primer paso de esta guerra contra las sustancias, y del primer eslabón, sobre todo, que es el que se ve, que es el pobre chiquilín que consume, porque la investigación empieza y termina ahí. Y me hago cargo de los comentarios del doctor e4n cuanto al hecho de estas cuestiones finas, que vale la pena tener. En la segunda, el argumento de salud, como algunos que han salido a maldecir el fallo, literalmente, como un político conocido que una vez lo escuché decir que la marihuana había que desincriminarla y después dijo que la Corte vivía en una burbuja, qué se yo...

de que esto no está cambiando absolutamente nada, porque, como dijo una vez un chico, ustedes pongan las leyes tres veces peores las vamos a hacer igual pelota, vamos a seguir fumando de todas maneras, entonces, esto habla de una pregunta anterior ¿qué es lo que se expresa cuando se está consumiendo? Se expresa una forma más de una participación en la sociedad de consumo, así de sencillo. Cuanto menos carga tenga del punto de vista penal, y más preocupación por la salud, que no se logra, como dijeron los detractores, por el lado de ampliar la condena, no se logra así, sino con políticas públicas, ¿y qué son las políticas públicas? Aquellas que establecen un parámetro para ser cumplida desde un paradigma a largo plazo, que se establezca un plan, que se establezcan programas y qué se yo, y efectivamente, como en las críticas que le escuché a la doctora Maffía, en el sentido de empezaron por Desarrollo, no está mal empezar por Desarrollo, creo que es más importante todavía que la Salud, porque fíjense que los sectores más vulnerable y que más golpe tienen con la sustancia de menor calidad, porque los sectores más vulnerables carecen de trabajo, vivienda, etc. Entonces, la bajada de las políticas públicas tiene que ser Desarrollo, Salud, Educación, Trabajo, fundamentalmente eso y después se pueden agregar muchas

cosas más. En ese sentido estamos trabajando en el Comité, nosotros producimos material para que después sea considerado por los diputados, que los invitamos a escucharnos, por los miembros de algún servicio de, nos hemos metido con las cárceles, nos hemos metido con los egresos de las cárceles, que tienen una cuestión muy similar al del adicto cuando es visualizado solamente por derecho penal, la persona que fue protegida, sale a la calle y resulta que tiene ya el estigma penal encima y se convierte en un paria de ahí a la eternidad, después se lo borra, entonces sencillamente lo que quiero decir que esta adhesión, hecha desde el Comité tiene la ventaja que tiene una serie de personas casi todos abogados, soy una rara avis que se dedica a la sociedad y tengo algunos colegas médicos y una psicóloga como la Dra. Giverti, es que estamos preocupados en hacer el armado y la propuesta de esas políticas públicas. De hecho, el otro día presentamos el plan de los lineamientos generales de esta política pública en este sentido.

Y, para cerrar, lo que digo es esto: bienvenido el fallo, con todas las correcciones que haya que hacerle es un paso adelante, porque la sociedad de la persecución al adicto y que sirve para armar las inclusiones y las exclusiones, lo mismo que pasa hoy con los países productores respecto de los consumidores, que los malos de la película parecen los productores, cuando que el consumo se hace en otro lado, lo mismo pasa con los sectores desguarecidos que entonces son visualizados por eso. No se olviden que no hay detenciones de los chicos del éxtasis, sí hay detenciones de los chicos del paco. Entonces, en ese sentido, este fallo ayuda a establecer políticas públicas de justicia, con los derechos elementales de la población, sobre todo de aquellos que por su exclusión, son nuevamente excluidos por una ley absurda.

Gracias.

**Diputada Diana Maffía :** Perdón, va a hacer una breve intervención la directora de la Comisión, Patricia Colace y luego le damos la palabra a la Ministra.

**Lic. Patricia Colace:** Sí, buenas tardes, quería agradecer la presencia de la Dra. Mónica Cuñarro, Coordinadora del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja del Ministerio de la Nación. Gracias doctora por estar.

**Locutor:** voy a presentar a la Dra. María del Carmen Argibay, es abogada, egresada de la UBA; posee una extensa formación académica y docente, es miembro de la Asoc. Internacional de Derecho Penal y de la Asoc. Internacional de Defensa Social, es miembro fundadora de la Asoc. Int. De Mujeres Juezas, la cual presidió entre 1998 y 2000. En 2001, es nombrada por la Asamblea general de la ONU como juez *ad litem* para el tribunal que juzga crímenes de guerra de la ex Yugoslavia. Actualmente es ministra de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

**Dra. Carmen Argibay:** Muchas gracias a todas y a todos, y especialmente a Diana por invitarme a compartir este panel, y, en materia de políticas yo no me atrevo a decir mucho porque después hay mucha gente que me critica y dice que me meto a legisladora o a ejecutiva o cosas por el estilo, yo estoy en la Corte. Pero sí quiero hacer algunas aclaraciones sobre el fallo Arriola, porque las cosas que ha mencionado Roberto Gargarella tienen su explicación y la explicación es que no es fácil sacar un fallo en la Corte. Por más que los siete estuviéramos más o menos convencidos de que había que volver a la postura de Basterrica, el fallo de la primera Corte constitucional, digamos, que a todos en su momento nos había parecido muy bueno y demás, ocurrió que, oh, problema de los constitucionalistas y de los miembros de la Corte, durante los años '90, ese precedente de Basterrica y Capalbo, había sido totalmente volcado hacia el extremo opuesto con el fallo Montalvo y nosotros no podíamos ignorar que había existido ese fallo que había dado vuelta totalmente la cosa, teníamos que volver a Basterrica, pero reconociendo que había existido Montalvo y que había que contestarle, había que contestarle algo. De manera que, lo primero que nos dio trabajo fue encontrar la causa que tuviéramos planteado el problema de que Montalvo era un precedente desastroso y que había que darlo vuelta, porque hasta el momento no había pasado nada. Este es uno de los primeros problemas

que tiene la Corte. Cuando todo el mundo nos dice “no, bueno, si tienen una causa que...”, primero hay que ver si está planteado el tema, si no está planteado el tema, nosotros no podemos entrar. Si nosotros tenemos un precedente que ha dictado la misma Corte, porque, no se olviden, la Corte es una institución, no depende de que cambia un miembro, dos miembros o tres miembros, eso puede influir después en las mayorías y de más, pero es una institución y tiene precedentes que hay que respetarlos, y para darlos vuelta no es cuestión que a mí no me gusten y nada más, necesito una argumentación que diga “esto está mal, por este motivo” entonces yo sí, ahí puedo incorporar todo lo que yo creo que debe ser, para dar vuelta ese precedente que no me gusta. Pero, sino, no puedo hacerlo, porque sería caprichoso y arbitrario, porque todo el mundo está esperando que aplique el precedente, que es lo que todo el mundo conoce. Entonces, primera dificultad que tiene la Corte es encontrar el expediente donde esté planteado que el último precedente, ese, maldito, que teníamos ahí, es espantoso y hay que darlo vuelta. Esa fue la primera traba.

Segunda traba, somos siete, en algún momento, alguno de esos siete estaba también cuando se dictó también el fallo Montalvo, ese que había que darlo vuelta, entonces qué había dicho, alguno que estuvo allí, qué iba a decir ahora, cómo íbamos a poder incorporarlo o en una mayoría o en una minoría, pero más bien parecía que en una minoría, porque la mayoría estaba para el otro lado, eso también implica dificultades porque lleva mucho tiempo de conversaciones, intercambio de ideas, es decir, por qué va a decir esto, esto va a poner en problemas que pueda sumarse el otro, porque esto no te lo va a aceptar. Es decir, si vamos a hablar de la privacidad, de qué estamos hablando, estamos hablando del artículo 18 o el 19 de la Constitución, no saben la cantidad de horas que discutimos si era el 18 o el 19 el que tenía que prevalecer. Esto lleva un tiempo enorme porque, a demás, no es la única causa que uno tiene, hay muchísimas causas, entonces es cierto que demorar la salida de una sentencia puede, incluso, causar un daño en determinado momento, porque como siempre dice el refrán “la Justicia lenta no es justicia”, o la justicia tardía no es justicia, yo digo que atención con los apuros, porque cuando uno hace algo apurado, generalmente tiende a equivocarse, el Dr. Fayt, nuestro ministro decano con sus 91, casi 92 años, todos los días nos repite “el tiempo siempre se venga de lo que se hace sin tenerlo en cuenta”, solo que se olvida de citar la fuente porque eso lo dijo Borges, no lo inventó él, pero bueno, nosotros ya lo conocemos y sabemos que él lo hace así. Pero es cierto, cuando uno no se toma el tiempo necesario para reflexionar, suele meter la pata, como decimos comúnmente en porteño. Hay que tomarse tiempo, los tiempos de la justicia no son los mismos tiempos de la actividad diaria, por ejemplo en un comercio o una cosa así. Los tiempos de la justicia requieren reflexión. Yo estoy de acuerdo con Roberto en que hay cosas que ojalá las hubiéramos podido aclarar más, o precisar más, quizá. De todas las causas que encontramos que podíamos haber fallado, yo habría elegido otra, no Arriola, yo tenía mi voto hecho en otra, después la tuve que adaptar a Arriola, pero era otra que, a demás tenía otros ingredientes, tenía ingredientes muy particulares porque había sido un abuso policial el que había descubierto la tenencia de la droga. Es decir, no tenía por qué haberlo encontrado de ninguna manera, no era un ámbito cerrado, sino afuera, donde estaban. Bueno, Arriola también, Arriola estaba en la calle, no era una cuestión de privacidad por el ámbito cerrado, pero en un determinado momento, también en esa causa, lo que ocurrió fue que la cantidad de droga era mucha, aunque era para uso personal, pero era mucha, o sonaba, por lo menos como mucha, y entonces algunos de los ministros dijo “esto yo no lo firmo”, entonces, vuelta a empezar, había que buscar otra causa. Hay que irse adaptando a las causas que uno tiene y no se puede, a lo mejor, exagerar, en demasiadas precisiones o demasiados detalles. Ya bastante nos critican – no se Roberto, pero bastantes Constitucionalistas -, que nos dicen que nuestros fallos con muy largos, que uno se cansa de leerlos, que la gente no los lee, porque son muy aburridos y muy largos, y la verdad es que son largos porque uno siempre tiene mucho que decir, sobre todo cuando hay que dar vuelta un precedente, no se puede decir en dos palabras “ah, lo doy vuelta porque no me gusta”, tengo que explicar por qué. Y a veces esas explicaciones requieren ciertas precisiones o ciertos detalles que lo hacen un poco denso o pesado, pero nos critican mucho por eso.

Lo que sí soy, y en el comentario que mencionó el licenciado Calabrese, eso de que Corte vive en una burbuja: yo les aseguro que no (murmillos) no, no, ya se. No, el comentario que usted nos transmitió, yo también lo oí, también recibí unos mail bastantes...son los gajes del oficio, no hay que enojarse ni ponerse colorado ni ninguna de esas cosas, lo cierto es que hay algunos que creen que vivimos en una burbuja. Pero nosotros no vivimos en una burbuja, nosotros estamos todos los días con los temas, con los pies en la calle, sabemos lo que pasa y lo que mucha gente en este momento sabe también, pero que, por ahí, aunque lo sepan, o no le conviene admitirlo o no le parece que sea el momento oportuno o a lo mejor tiene otras ideas sobre esta proporción. Lo que estaba diciendo el licenciado, por ejemplo, que esto sí que no lo sabía, que la cantidad de muertos por alcohol y tabaco supera enormemente la cantidad de muertos por la droga, yo que viví tres años en Holanda, les puedo decir que, cuando todo el mundo dice que Holanda es el paraíso de la droga, no es cierto, en Holanda hay, en todas las ciudades, los que se llaman los *coffee shops*, que no son las cafeterías a las que uno va a tomar café, en esos se vende marihuana o hachís, para que uno pueda fumar allí, los otros se llaman cafetería, por las dudas por si alguno va a Holanda, para que no se equivoque, porque, sino, va a ir a un *coffee shop* creyendo que va a pedir un café y le van a dar un cigarrillo de marihuana.

Pero lo cierto es que con respecto al resto, está muy controlado en Holanda, porque lo cierto es que uno puede recibir tratamiento, pero tiene que inscribirse en un registro de adictos. Que tienen atención médica y le van dando la droga en las proporciones para poder disminuirlo, pero si usted quiere tener acceso legítimo a la droga, usted tiene que inscribirse en el registro de adictos, sino, es ilegal. La marihuana no, pero el resto sí. Y no son complacientes en general, tratan bien a los adictos, no los meten presos, eso sí, no los meten presos. Pero el problema de la droga también se controla allí.

Ya no me acuerdo qué otras objeciones nos hizo Roberto, pero eso lo podemos discutir en algún otro momento,

(Murmillos)

Ah, bueno, sí, la ambigüedad del daño a terceros, que es un problema, también serio. Para poner de acuerdo a siete que digan lo mismo, es un poco difícil, le diría. Hay veces que quedan esos hilos sueltos, que tal vez en un próximo fallo se van a poder precisar porque la causa, los elementos de la causa dan como para poder precisar, bueno, acá hay daño a terceros. Entonces, ahí podemos precisar un poquito más. En este caso no, no había para nada, entonces quedó ahí medio flotante o en la nube, pero está dicho "que no produzca daño a terceros". Tiende, más bien a parecer que es el 19, ¿no es cierto?, porque se parece bastante a la definición que tiene el artículo 19 de la Constitución Nacional.

Lo que sí nosotros quisimos reforzar fue el tema de la privacidad en cuanto a la actuación personal, no en cuanto a la privacidad de ámbito, sino, al de la autonomía y la voluntad de la persona y de lo que quisiera hacer. Está también el tema de hasta dónde, como decía Roberto, en el sentido de si el Estado nunca va a poder intervenir. Bueno, si lo tomamos como un principio absoluto del artículo 19, que no es el caso porque le hemos puesto limitaciones, pero si lo tomamos como un artículo 19 puro, el Estado no puede meterse. Pero no es así, no es todo el 19 puro. Está basado en el 19, pero con las condiciones de que sea que no dañe a terceros especialmente. Entonces, ahí yo creo que el Estado debe intervenir.

Y en cuanto a la decisión personal de arruinarse, qué se yo, en definitiva yo creo que es arruinarse la vida, yo no estoy tan segura de que el Estado tenga, incluso, la posibilidad de tratar de curarte contra tu voluntad. Yo creo que si uno es mayor de edad, se suicida como quiere, mientras no mate a otro en el suicidio. Si yo me quiero suicidar yendo a, no se, 350 kilómetros por hora en Buenos Aires, con toda seguridad que voy a causar daño a otro, eso ya no es admisible. Pero si me quiero suicidar drogándome y soy mayor de edad y soy conciente de lo que hago, no creo que el Estado tenga que meterse. Tanto no tiene que meterse que el suicidio como acción propia no está penado. Lo que está penado en el Código Penal es, en todo caso, la instigación y la ayuda al suicidio, pero eso porque ya hay una tercera voluntad que se interpone en el asunto. Yo en eso no estoy tan de

acuerdo, me parece que sí que es una cosa demasiado intervencionista por parte del Estado de decir, bueno, no se, queremos a todo el mundo sano. Es una cosa que no me parece, que no estoy tan de acuerdo en ese aspecto, pero esto se podría discutir evidentemente, ¿no? Así que en eso estamos.

Pero lo que yo les quería contar un poco era la cocina interna. Es decir, no es tan fácil dictar un fallo. No es tan fácil ser juez para empezar. Los jueces siempre somos los que recibimos las bofetadas, porque siempre hay una de las partes que queda disconforme con o que dijimos. Siempre hay alguien que nos va a criticar por supuesto, siempre nos van a criticar. Y aun los que están de acuerdo nos van a criticar, como está visto, en algunos casos. Lo cierto es que estamos ahí para eso, para decidir alguna causa, hacemos lo que creemos que debemos hacer, por lo menos eso, yo creo, que hacemos la mayoría, que actuamos con la honestidad de decir: bueno, esto es lo que yo creo, lo que razono, lo que pienso, lo que puedo volcar en una sentencia y resolver una situación. No creo que haya, en muchos de los casos, especulaciones de tipo político-temporal como presumías por ahí, Roberto, puede ser que en algún caso lo hayan, no en este, pero, bueno, qué se yo, algún caso que tenga que ver con cuestiones económicas, eso puede ser, que en algún momento alguien diga “en este momento no” y se frena una causa. Pero no es lo que ocurre. Lo que ocurre es que las causas llevan mucho tiempo, mucho tiempo y dan a veces muchas vueltas y algunas de estas causas pasó muchísimo tiempo, por eso a veces también nos dicen “¿cómo puede ser? esta causa hace 3 años en la Corte?” y estuvo un año y medio en la Procuración, por ejemplo.

Entonces, durante un año y medio no estuvo en la Corte, en la Corte está hace un año y medio. Y un año y medio para estar dar vuelta entre siete, que por los menos 4 tienen que estar de acuerdo para que pueda salir la sentencia, no es tanto tiempo para los tiempos de la justicia. Es un trabajo difícil, se los aseguro, es desgastante, produce mucho estrés, a veces nos da mucha bronca, pero alguien tiene que hacerlo. Y lo estamos haciendo, creo. Lo que sí veo yo que las políticas públicas, y esto es una recomendación que se hizo en el fallo Arriola, es por favor, ocúpense de esto, nosotros no nos vamos a ocupar de esto. El otro día estaba leyendo una revista que se publica en la Provincia de Buenos Aires, que no se si hay gente de la Provincia de Buenos Aires aquí, que se llama La Tecla, trae todo los chimentos, rumores que pasan en la Provincia de Buenos Aires, la última se llama, me parece, se titula, el artículo central “Puro humo” y habla exactamente del tema de todas las organizaciones, casa que se tratan adictos, de los lugares, algunas que son del Estado, algunas que son municipales, algunas que son ONGs que están subsidiadas, etc., trae toda una lista de distintas circunstancias. Todas tienen más o menos los mismos problemas: hace cinco meses que no se pagan los sueldos, no se pagan los servicios básicos de las casas, les cortan la luz, les cortan el gas, para reponerlo hay que hacer toda una cantidad de trámites; no tienen profesionales suficientes; no tienen lugar para poner a los chicos, hay más chicos que posibilidades de tenerlos. Todo esto no lo puede solucionar la Corte con el fallo, esto son políticas públicas, si se le quiere dar el estatus de prioritario a este tema, hay que darle prioridad.

Cuando Diana llegó yo estaba hablando con una periodista de Canal 7 y le decía “es lo mismo que si yo construyo una casa y después no tengo fondos para mantenerla, y se me va a venir abajo, y si se va a venir abajo no va a servir ni como casa ni como nada”, y con esto pasa lo mismo, cuando uno hace una política pública en serio, y quiere hacer una política de Estado hay que proveerlo de todo lo necesario, fundamentalmente de presupuesto, para poder contratar la gente que se necesita, los lugares, si es que se necesitan, todo lo que sea que hace a eso, sino, no va. Si no, no vamos a salir nunca. Si lo único que hacemos es declamar un política pública, darle un poquito, una limosnita por ahí, para empezar, para que quede bonito, inauguramos, cortamos la cinta y se acabó, ahí no salimos más

Pero no solo en esto, no solo en esto, creo que tenemos que ponernos serios y hacer cuando algo se defina que esto es una política de Estado, sea en Educación, sea en la salud, sea en Desarrollo Social, sea en el combate a la pobreza, es decir, hay que hacerlo en serio, con todas las fuerzas, con todas las ganas y toda la seriedad que esos temas se merecen. No se puede tomar en chiste ni en broma una política pública. Muchas gracias.

(Aplausos)

**Locutor:** Vamos a invitarlos ahora, como dijimos al principio, a hacerle preguntas al panel.

**Diputada Diana Maffía :** Perdón, tenemos tiempo para dos o tres preguntas porque nos comprometimos a circunscribirnos mucho al horario.

**Dra. Rubens Oliveri:** Soy la Dra. Rubens Oliveri, CEMIC, yo quería decirte, a vos, que a mi no me quedaron claras dos cosas: en realidad por todo lo que escuché sigo sin tener demasiada idea de qué es daño a terceros, acá la Dra. Argibay dijo que ciertamente no es fácil, pero yo honestamente me siento como tonto que perdió el vuelto. Y la segunda cosa, vos hablaste

**Diputada Diana Maffía :** Perdón, ¿Está dirigida al Dr. Gargarella o al lic. Calabrese? Al Dr. Gargarella

**Dra. Rubens Oliveri:** La segunda cosa, vos hablaste de Noruega, contaste distintas situaciones, pero no dijiste, como se dijo hoy en la Academia Nacional de Medicina en un ateneo donde yo estuve, que en Noruega está absolutamente prohibida la marihuana

**Diputada Diana Maffía :** ¿Está prohibida...?

**Dra. Rubens Oliveri:** Está prohibida la marihuana en Noruega y como eso no se dijo, me parece que se dijo en la Academia hoy. Entonces, qué decís. El habló de diferentes actitudes frente a la droga en Noruega, habló de lugares donde se fumaba, dizque públicamente, ahora a mí me resulta complicado de pensar que la marihuana en Noruega está prohibida, entonces, cómo fuman por ahí, a mí no me cierra, pero yo no te lo dije a vos, se lo...

**Dra. Argibay:** perdón, escúcheme, a veces pasan esas cosas, la droga está prohibida en EEUU. Yo en el zoológico de San Diego, un día que era abierto a colegios, vi a un señor inyectándose, no me cabe la menor duda de lo que estaba haciendo ese señor, es decir, por supuesto que está prohibido y es más, si lo encontraron no se qué habrá pasado. Pero yo lo vi. Que esté prohibido no quiere decir que la gente no lo haga, hay tantas cosas que están prohibidas y la gente lo sigue haciendo. Está prohibido matar, desde Caín y Abel, digo yo, pero la gente sigue matando.

### 3) Comunicado de la Asociación Civil Intercambios acerca del Fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia de La Nación Argentina sobre tenencia de estupefacientes para consumo personal.

## FALLO “ARRIOLA” DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN ARGENTINA SOBRE TENENCIA DE ESTUPEFACIENTES PARA CONSUMO PERSONAL

El 25 de agosto de 2009, la Corte Suprema de Justicia de Argentina resolvió, por unanimidad de todos sus integrantes, declarar la inconstitucionalidad del segundo párrafo del artículo 14 de la Ley de Estupefacientes (N° 23.737), que reprime la tenencia de estupefacientes para consumo personal con pena de prisión de 1 mes a 2 años (sustituibles por medidas educativas o de tratamiento). Según la Corte la inconstitucionalidad del artículo es aplicable a aquellos casos de tenencia de estupefacientes para consumo personal que no afecten a terceras personas.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Argentina en este tema ha sido oscilante. Comenzó en el año 1978, mientras transcurría la última dictadura militar, con el fallo “Colavini” donde se declaró la constitucionalidad de la penalización de la tenencia para consumo personal. Recuperada la democracia, en 1986 con el fallo “Bazterrica”, se declaró su inconstitucionalidad. Luego, en 1990, mediante el fallo “Montalvo”, se volvió al criterio de “Colavini”. Con este nuevo fallo (“Arriola”) se vuelve, aunque con ciertos límites, al criterio de “Bazterrica”.

La Corte señaló: *“el artículo 14, segundo párrafo, de la ley 23.737 debe ser invalidado, pues conculca el artículo 19 de la Constitución Nacional<sup>[1]</sup>, en la medida en que invade la esfera de la libertad personal excluida de la autoridad de los órganos estatales. Por tal motivo se declara la inconstitucionalidad de esa disposición legal en cuanto incrimina la tenencia de estupefacientes para uso personal que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros”* (voto de la Dra. Elena Highton de Nolasco).

En el fallo se resolvieron los casos de cinco personas que fueron sorprendidas saliendo de una vivienda que se estaba investigando por comercio de estupefacientes. Estos consumidores fueron detenidos por personal policial a pocos metros del lugar, habiéndose encontrado entre sus ropas alrededor de tres cigarrillos de marihuana o poca cantidad de esa sustancia en cada uno de los casos.

El principal argumento utilizado en el fallo es que la norma que penaliza la tenencia de estupefacientes para consumo personal, en la medida que avanza sobre el ámbito privado de las personas, afecta el derecho a la intimidad protegido por normas constitucionales (no solo el artículo 19 de la Constitución Nacional, sino otros instrumentos internacionales de derechos humanos incorporados luego de la reforma constitucional de 1994). Al respecto se señaló: *“la tenencia de droga para el propio consumo, por sí sola, no ofrece ningún elemento de juicio para afirmar que los acusados realizaron algo más que una acción privada, es decir, que ofendieron a la moral pública o a los derechos de terceros”* (voto de la Dra. Carmen Argibay).

En este punto los jueces entendieron que el derecho a la intimidad debía primar, pero establecieron cierto límite en la protección constitucional en la afectación de esa conducta a terceras personas. Esta última aclaración deja una zona gris sobre ciertas tenencias para consumo, como las efectuadas en espacios públicos sin personas en las inmediaciones.

Junto a este argumento principal, los distintos jueces -muchos de los cuales redactaron su propio voto- sumaron otros argumentos a su decisión.

El Dr. Carlos Fayt, quien había votado en contra en “Bazterrica” y a favor en “Montalvo”, modificó su criterio, señalando el fracaso de la persecución penal del consumidor como forma de combatir al narcotráfico, y expresó: *“hoy, la respuesta criminalizadora se advierte a todas luces ineficaz e inhumana”*. Ampliando esta idea señaló *“la contundencia con la que se ha demostrado la ineficacia de la estrategia que se vino desarrollando en la materia; en especial el hecho de considerar que perseguir penalmente la tenencia para consumo combatiría exitosamente el narcotráfico”*. Y agregó: *“ha quedado demostrada cuán perimida resulta la antigua concepción de interpretar que toda legislación penal debe dirigirse indefectiblemente al binomio traficante-consumidor”*.

Sobre las consecuencias negativas de la respuesta penal sobre los usuarios, el Dr. Zaffaroni señaló: *“el procesamiento de usuarios (...) se convierte en un obstáculo para la recuperación de los pocos que son dependientes, pues no hace más que estigmatizarlos y reforzar su identificación mediante el uso del tóxico, con claro perjuicio del avance de cualquier terapia de desintoxicación y modificación de conducta que, precisamente, se propone el objetivo inverso, esto es, la remoción de esa identificación en procura de su autoestima sobre la base de otros valores”*.

Los Dres. Highton de Nolasco, Lorenzetti y Fayt señalaron que las convenciones de Naciones Unidas sobre estupefacientes y psicotrópicos, no obligan al estado argentino a penalizar la tenencia de estupefacientes para consumo, recordando la reserva que esos instrumentos contienen. El Dr. Ricardo Lorenzetti apuntó: *“ninguna de las convenciones suscriptas por el Estado Argentino en relación a la temática (Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988; el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971 y la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961) lo comprometen a criminalizar la tenencia de estupefacientes para uso personal. Antes bien, se señala que tal cuestión queda ‘a reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico’ (artículo 3, inciso 2º; artículo 22 y artículos 35 y 36 de las mencionadas Convenciones, respectivamente) con lo que las mismas normativas de las Convenciones evidencian sin esfuerzo su respeto por el artículo 19 constitucional”*.

A su vez, los Dres. Lorenzetti y Fayt señalaron la tendencia regional de retraer la utilización de la ley penal en relación a los consumidores, citando el primero de ellos los ejemplos de Brasil, Perú, Chile, Paraguay y Uruguay.

Carlos Fayt, refiriéndose al consumo de estupefacientes indicó: *“es claro que las respuestas definitivas para estos planteos no pueden encontrarse en el marco de una causa penal, sin perjuicio de la posibilidad de soluciones en otros ámbitos. **Es indudablemente inhumano criminalizar al individuo**, sometiéndolo a un proceso criminal que lo estigmatizará de por vida y aplicándole, en su caso, una pena de prisión”*. Y párrafos después afirmó que *“la ‘**adicción es un problema de salud y no debe encarcelarse a los afectados**’ (cfr. UNODC, Informe del año 2009 ya citado; énfasis agregado). Antes bien, es primariamente en el ámbito sanitario —y mediante nuevos modelos de abordaje integral— que el consumo personal de drogas debería encontrar la respuesta que se persigue. Se conjuga así la adecuada protección de la dignidad humana sin desatender el verdadero y más amplio enfoque que requiere esta problemática, sobre todo en el aspecto relacionado con la dependencia a estas sustancias”*.

Finalmente la Corte, yendo más allá de la solución del caso penal, exhortó *“a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”*.

A modo de conclusión, desde Intercambios Asociación Civil celebramos este intento de los jueces de la Corte Suprema Argentina de hacer retroceder la ley penal en relación a los consumidores de drogas. Sin embargo, creemos que habrá que estar atentos a la aplicación de este criterio por los jueces inferiores, ya que la limitación de “afectación a terceros” podrá ser utilizada, sobre todo por las fuerzas de seguridad y ciertos jueces reticentes a cualquier intento de retroceso penal, para continuar incriminando consumidores.

En este sentido, aspiramos a que futuras reformas legislativas brinden mayor precisión en este tema, ya que siempre hemos creído que ante un fenómeno socio-sanitario como es el consumo de drogas corresponde desarrollar otro tipo de respuestas, y no la penal que, como dijo la Corte, es “*ineficaz e inhumana*”.

Intercambios Asociación Civil

[www.intercambios.org.ar](http://www.intercambios.org.ar)

Buenos Aires, Septiembre 1, 2009

---

<sup>[1]</sup> Constitución Nacional, artículo 19: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

**4) Informe sobre las áreas del Poder Ejecutivo, CABA, que tienen a su cargo políticas sobre adicciones.**

**Poder Ejecutivo  
CABA  
Adicciones 2009<sup>10</sup>**

**A) Ministerio de Salud:**

**Ministro Jorge Lemus**

Dirección: Carlos Pellegrini 311

Teléfono: 4326-6293/7373/7844 o 4323-9000 Int. 3064/5/6/7

Fax: 4323-9000 Int. 3038

Contacto: [jlemus@buenosaires.gov.ar](mailto:jlemus@buenosaires.gov.ar)

Para la atención de la problemática de adicciones encontramos las siguientes tres dependencias involucradas<sup>11</sup>:

**I) Subsecretaría de Atención integrada de Salud**

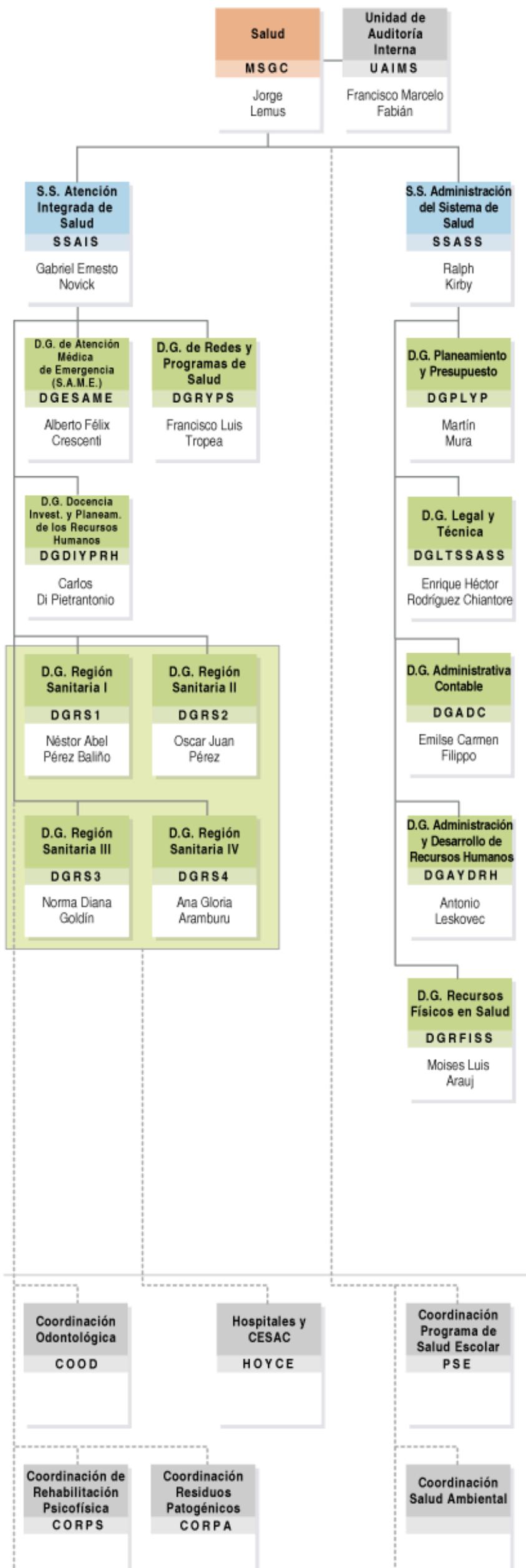
**II) Dirección General Adjunta de Salud Mental (DGSM)**

**III) Dirección General Adjunta de Redes de Servicios de Salud**

---

<sup>10</sup> Relevamiento hecho por la lic. Patricia Colace, Directora de la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones (Despacho Diputada Diana Maffía). Los datos oficiales fueron extraídos de la página [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)

<sup>11</sup> fuente: [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)



Para la atención de la problemática de adicciones encontramos las siguientes tres dependencias involucradas:

**I) Subsecretaría de Atención integrada de Salud**

Dr. Gabriel Ernesto Novick  
Dirección: Carlos Pellegrini 311 Piso 7º  
Teléfono: 4323-9000 Int. 3061/62  
Mail: [gnovick@buenosaires.gov.ar](mailto:gnovick@buenosaires.gov.ar)

**Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud**

Carlos Pellegrini 311 1º piso  
4323-9000  
Contacto: [atencion\\_primaria@buenosaires.gov.ar](mailto:atencion_primaria@buenosaires.gov.ar)

**Integran este primer nivel de atención:**

- 39 Centros de Salud y Acción comunitaria (Cesac)\*
  - 38 Centros Médicos Barriales
  - 286 Médicos de Cabecera
  - 57 Odontólogos de Cabecera
  - Consultorios externos de los hospitales
- \*(información brindada por la página oficial, pueden existir diferencias en los números).*

De dichos centros los siguientes están involucrados en la problemática de adicciones:

**Centros de Salud Mental**

**CSM 1 Dr. Hugo Rosarios:**

Teléfono: 4702-7489/7817  
Dirección: Manuela Pedraza 1558  
Barrio: Nuñez (Código Postal: C1429CBB)  
CGPC: CGPC N° 13  
Área programática: Htal. Pirovano  
Director: Dr. Ricardo Soriano  
**Modalidad: Hospital de día.**

**CSM 3 Dr. Arturo Ameghino:**

Dirección: Córdoba 3120  
Barrio: Balvanera  
CGPC: CGPC N° 03  
<http://www.centroameghino.gov.ar/>  
Director: Dr. Rubén Slipak  
**Modalidad: Hospital de día. Lu a vi 12 a 16 hs.**

**CESACs**

**CESAC N° 1:**

Velez Sarsfield 1271, Barracas, 4302-0059, Hospital Penna, Detección de Drogadicción, DR. ALEJANDRO WOLFF.

**CESAC N° 16:**

California 2246, Barracas, DRA. MIRTA ARENA, 4302-3803, Hospital Penna.

**CeSAC N° 23.**

(Tabaquismo)  
Querandies 4290, Almagro, DR. DANIEL RAINIERI, 4983-6098, Hospital Durand.

Según consta en respuesta a los pedidos de informes al PE:

**CESAC N° 10:**

Amancio Alcorta 1402, Parque Patricios, 4304-2002, Hospital Penna,

## **II) Dirección General Adjunta de Salud Mental (DGSM)**

Dr. Gregorio Alcaín

Medrano 350 1º Piso - Barrio Almagro

Contacto : Tel: 4958-7167 // Salud Mental Responde: 4863-8888 (lunes a viernes de 8 a 20 hs)

dgsaludmental@buenosaires.gov.ar

Esta Dirección tiene como recurso el **Servicio de Ayuda en Drogas y Alcohol (SADA)**

Tel.: 4861-5586

Horario: Lunes a Viernes de 8 a 20 horas

Contención, orientación e información específica.

Servicio dirigido a consumidores, familiares y personas que requieran información sobre problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol.

## **Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia**

Coordinadora: Lic. Rosa Daniell

Contacto: 4861-5586 (lunes a viernes de 8 a 20 hs)

La adicción a las drogas y al alcohol es un fenómeno complejo que afecta a la salud de los habitantes de la Ciudad y precisa de una respuesta eficiente por parte del Estado en su trabajo conjunto con las organizaciones sociales y las familias.

La Red Metropolitana de Servicios en Adicciones -conformada por profesionales de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad- tiene por objetivo desarrollar acciones de prevención, orientación, asistencia y reinserción comunitaria para enfrentar este síntoma social que nos involucra a todos.

Las actividades que realiza la Red son las siguientes:

- \* Atención toxicológica las 24 horas.
- \* Servicio de Ayuda telefónica en Drogas y Alcohol (SADA)
- \* Grupos de participación comunitaria en organizaciones sociales
- \* Talleres en escuelas
- \* Asistencia en consultorios externos
- \* Grupos de adictos a las drogas y al alcohol
- \* Grupos para padres
- \* Asistencia en Centros de Día
- \* Actividades para la reducción de daños

## **Programa de Prevención y Asistencia de Comportamiento de Riesgo Adictivo**

Dra. Verónica Mora Dubuc

Contacto: [moradubuc@yahoo.com](mailto:moradubuc@yahoo.com)

Teléfono: 4981-6487

En julio de 2008 se aprobó un programa: "prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo en el ámbito del ministerio de salud")

Relevaron recursos disponibles en el ámbito de la red metropolitana de adicciones del ministerio de salud;

Señalan que:

1-existe un recurso muy heterogéneo en su distribución y condiciones de trabajo, conforman así una insuficiente red de equipos no formalizada con pobres recursos con dificultades operativas para vincularse con servicios complementarios y de otras jurisdicciones.

2- necesidad de refuerzos materiales, humanos y de planificación

3- falta de un registro útil epidemiológicamente de las prácticas y prestaciones llevadas a cabo y de su difusión

4- debilidad en la atención de la urgencia por abuso de sustancias psicoactivas particularmente en el caso de niñas, niños y adolescentes dentro del sistema de salud.

5- la internación para deshabitación en los casos que fuera necesaria se deriva. Puede hacerse a través de desarrollo social mediante convenios con organizaciones especializadas y mediante financiamiento del gobierno local y el nacional.

Fijan como Metas:

- 1- articular con eficacia los programas preventivos, comunitarios y escolares.
- 2- fortalecer la red metropolitana de servicios para contar con una capacidad de respuesta acorde al problema contando de manera programada con 5 centros de día con oferta de tratamiento para deshabitación inicial en adultos y niños en centros de atención con jornada completa, 3 emprendimientos sociolaborales para reinserción sociolaboral, equipos especializados para tratamiento ambulatorio en todos los hospitales generales de la ciudad que cuenten con servicios de salud mental. Actualmente SOLO el Centro Carlos Gardel es un grupo de trabajo formal.
- 3- diversificar la oferta de la red: camas para desintoxicación aguda en caso de abuso de sustancias psicoactivas, 10 de ellas en una sala creada al efecto en la unidad de toxicología del hospital Fernández con apoyo estratégico en los hospitales R. Gutiérrez, Elizalde Piñero y Penna en primera instancia.
- 4- contar con el reflejo presupuestario acorde al alcance de estas metas para lo cual se ha presentado una solicitud presupuestaria para el 2009 atendiendo al diagnóstico de necesidades y metas físicas.

Entre las medidas de prevención menciona:

Planificación con organizaciones de la comunidad vinculadas con la temática, con sociedades científicas y organizaciones gremiales para abordar estrategias de contención in situ. Estrategia de comunicación, espacio radial, (jueves entre 13 y 14 hs en el programa hola vecino (Alfredo Tabacman). Diseño de una campaña de difusión pública y masiva focalizada y con mensajes que respeten la diversidad y heterogeneidad de la población.

### **Red Metropolitana de Servicios en Adicciones:**

Red Metropolitana de Servicios en Adicciones

Servicio de Ayuda en Drogas y Alcoholismo

Teléfono 4861-5586

Lunes a Viernes de 8 a 20 hs.

Orientación, Asesoramiento y Derivación

### **ZONA 1**

CENTRO HOSPITAL

GENERAL DE AGUDOS

DR. JUAN A. FERNANDEZ Cerviño 3356 Tel 4808- 2600/2650

Servicio Salud Mental

Unidad de Toxicología

Jefa: Dra. Beatriz Di Biasi

Admisión: Lunes, Martes, Jueves y Viernes de 9 a 11,30 horas

Miércoles 15 horas

Atención: Lunes a Viernes de 8 a 20 horas

Urgencia Toxicológica - Guardia 24 hs

Coordinadora: Lic. Patricia Ruiz

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

DR. BERNARDINO RIVADAVIA

Av. Las Heras 2670 - Tel 4809-2000/01 Int. 2189

Servicio de Salud Mental

Equipo de asistencia en adicciones

Individual y grupal

Coordinadora: Dra. Liliana Millas

Admisión: Lu. a Vi. 8 a 11 hs.

## ZONA 2

### SUR

CENTRO DE DÍA CARLOS GARDEL

Agüero 301 Tel 4866-3298

Consultorios Externos

Centro de día para pacientes adictos

Coordinador: Dr. Mario Kameniecki

Admisión: Lunes, Miércoles y Viernes de 9 a 12 hs.

Atención: Lunes a Viernes de 9 a 14 hs.

CENTRO DE SALUD MENTAL N° 3

DR. ARTURO AMEGHINO

Av. Córdoba 3120 - Tel. 4862-2895/96 4862-1202/0019

Sección Adicciones

Coordinadora: Lic. Sara Kesorof

Admisión: Miércoles 16 hs.

Atención: Lunes a Viernes 16 a 20 hs.

Sección Alcoholismo

Jefe: Lic. Carlos Fama

Atención: Lunes a Viernes 8 a 15 hs.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

DR. BERNARDINO RIVADAVIA

Gral. Urquiza 609 Tel. 4127-0437/0284

Prevención en Adicciones

Coordinadora: Lic. Silvia Quevedo

HOSPITAL DE NIÑOS

DR. PEDRO DE ELIZALDE

Av. Montes de Oca 40 Tel. 4307-7491/5842/4989 Int. 62

Servicio de Toxicología

Urgencias las 24 horas Tel. 4300-2115

Jefa: Dra. María Elisa Fernández

Atención a personas de hasta 19 años de edad

HOSPITAL INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL DR. JOSE

T. BORDA

Ramón Carrillo 375 Tel. 4306-7704

Departamento de Toxicomanía y Alcoholismo

Asistencia - Asesoramiento - Orientación

Coordinadora: Lic. Fernanda Tezón

Admisión: Lunes a Viernes de 8 a 12 hs.

CE.NA.RE.SO.

Combate de los Pozos 2133 - Tel. 4305-0091/96

Guardia: 4304-5634

Internación: 4304-6248

Centro especializado en adicciones

Asistencia -Consultorios Externos - Hospital de Día - Internación

Director: Dr. Marcelo Bono

Director Asistencial: Lic. José Luis González

Admisión: Lunes a Viernes de 9 a 14 hs.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

DR. COSME ARGERICH

Pi y Margall 750 Tel. 4121-0742/0737/0741

Servicio Salud Mental

Asistencia en adicciones

Coordinador: Lic. Víctor Calvete

Admisión: Lunes, Miércoles y Viernes

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSE PENNA  
C.E.S.A.C N° 10  
Av. Amancio Alcorta 1402 Tel. 4304-2002  
Centro de Día de las Adicciones Dr. Enrique Biedak  
Coordinadora: Dra. Mónica Nápoli  
Lunes a Viernes 9 a 12 horas

### **ZONA 3**

#### **SUDOESTE**

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS  
DR. PARMENIO PIÑERO  
Varela 1901 - Tel. 4631-1352  
Servicio de Salud Mental  
Asistencia en adicciones  
Coordinadora: Lic. Liliana Vázquez  
Admisión: Lunes, Martes y Jueves 8 horas.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS  
DONACION FRANCISCO SANTOJANNI  
Pilar 950 - Tel. 46305717  
Servicio Salud Mental  
Asistencia en adicciones  
Coordinadora: Dra. Blanca Obljubek  
Admisión: Lunes, Miércoles y Viernes de 8 a 12 hs.

### **ZONA 4**

#### **CENTRO OESTE**

HOSPITAL  
GENERAL DE AGUDOS  
DR. TEODORO ALVAREZ  
Aranguren 2701 - Tel. 4611-3642/6666  
Servicio Salud Mental  
Asistencia en adicciones  
Hospital de Día para usuarios de drogas  
Coordinadores: Dra. Susana Calero y Lic. Alberto Trímboli  
Admisión: Lunes, Miércoles y Viernes de 7 a 11 hs.

### **ZONA 5**

#### **NORTE**

CENTRO DE SALUD MENTAL  
Y ACCION COMUNITARIA N° 1  
Manuela Pedraza 1555 - Tel. 4702-7489/7317/9657  
Asistencia  
Hospital de Día para drogadependientes  
Coordinadores: Lic. Débora Zilberman y Lic. Claudia de Múgica  
Admisión telefónica 4702-7489

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS  
DR. ENRIQUE TORNU  
Donato Álvarez 3002 - Tel. 45218700-3600 Int. 104  
Servicio de Salud Mental  
Asistencia en adicciones  
Coordinadores: Lic. Verónica Soriano y Lic. Viviana Faid  
Admisión: Lunes a Viernes de 9 a 12 hs.

=====

### **III) Dirección General Adjunta de Redes de Servicios de Salud:**

Responsable: Dr. Pablo Marcelo Muntaabski

Dirección: Medrano 350 Piso 1º

Teléfono: 4981-1300/2465

Contacto: [pmuntaabski@buenosaires.gov.ar](mailto:pmuntaabski@buenosaires.gov.ar)

#### **Red de Toxicología: Hosp. Fernández/Gutiérrez/Elizalde**

Coordinación General de Redes de Salud

La Red de Toxicología del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, esta integrada por las Unidades de Toxicología de los Hospitales General de Agudos "Juan. A. Fernández" y de Niños, "Ricardo Gutiérrez" y "Pedro de Elizalde".

Entre los objetivos de la Red se encuentran: el uso racional de los recursos, la creación y mantenimiento del botiquín toxicológico que incluyen los antídotos de uso para todo el Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad, la normatización de guías de diagnóstico y tratamiento para los tres centros, la selección de los antídotos a adquirir y la redistribución de los mismos según necesidad y grupo etéreo.

El programa ha consistido en facilitar y dinamizar los recursos con que cuentan los tres servicios de toxicología, difundiendo sus actividades para agilizar el acceso de la población a los mismos, ya sea en forma personalizada o telefónica.

Dada la característica de nuestros servicios, dos de ellos pediátricos y uno de adultos, según la edad de los pacientes intoxicados son derivados a la Unidad de Toxicología correspondiente. La demanda es espontánea y programada, tanto en guardia como en consultorios externos.

El Hospital **Juan A. Fernández** cuenta además con servicio de pediatría con internación, por lo que las derivaciones son de acuerdo a la capacidad de internación y a la disponibilidad de camas para la misma.

Tipo: Atención Hospitalaria - General. Salud mental - Servicio de salud mental.

Tercera Edad - Equipo Gerontológico.

Dirección: Cerviño 3356

Barrio: Palermo ; Cód. Post.: C1425AGP

Tel.: 4808-2600

Teléfono Guardia: 4808-5555 / 2600 / 2650 / 2640

Salud mental:

Programa de Prevención, asistencia y reinserción social en drogadependencia.

Trastornos Alimentarios. Admisión Lu de 8 a 12 hs. En Psicopatología- PB. Tel.

4808-2600 int.2220

Guardias psiquiátricas:

Departamento de Urgencia. Psiquiatra y psicólogo de guardia. Tels. 4808- 2600 int. 120 y 121 o 4808- 2604

Urgencia Toxicológica las 24 hs.

Dependencia: Dirección General Adjunta de Hospitales

Dirección: Carlos Pellegrini 313 piso 11

Tel.: 4323-9000 int. 3110/3034

#### **Hospital General de Niños "Ricardo Gutierrez"**

Tipo: Atención Hospitalaria - Pediátrico. Atención Hospitalaria - Hospitales de día.

Dirección: Sanchez de Bustamante 1330

Barrio: Palermo ; Cód. Post.: C1425EFD

Tel.: 4962-9247 / 9248 / 9280

Teléfono Guardia: 4962-9232

Web: [www.guti.gov.ar](http://www.guti.gov.ar)

Director: Dr. Cristina Galoppo

Subdirector Médico: Dr. Daniel H. Freigeiro

Subdirector Administrativo: Rosa Liñares

Salud mental:

Niños y Púberes de 0 a 12 años. Admisión Todos los días de 8 a 11 hs.

Adolescencia. Admisión Lu, Ma, Mi y Vi de 8.30 a 12 hs Psicopedagogía.

Trastornos Alimentarios.

Guardias psiquiátricas:

Este establecimiento cuenta con Psiquiatra y psicólogo de guardia. Tel.4962-9232

Dependencia: Dirección General Adjunta de Hospitales

Dirección: Carlos Pellegrini 313 piso 11

Tel.: 4323-9000 int. 3110/3034

### **Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"**

Tipo: Atención Hospitalaria - Pediátrico. Salud mental - Servicio de salud mental.

Dirección: Manuel A. Montes de Oca 40

Barrio: Constitución ; Cód. Post.: C1270AAN

Tel.: 4307-5842/ 5844

Teléfono Guardia: 4307-5442 / 4300-1700

Web: [www.elizalde.gov.ar](http://www.elizalde.gov.ar)

Director: Dr. Juan Jorge Arslanian

Subdirector Médico: Dr. Ángel Bonina

Director: Dr. José Lanes

Subdirector Médico: Dra. Maria A. Martín

Coordinador PMC: Dr. Smud

Teléfono PMC: 4801-0770

#### **Salud mental:**

Admisión: Todos los días de 8 a 18 hs.

Teléfonos. 4307- 7491/5842. Estimulación temprana (0 a 3 años). Trastornos del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Prevención de la

Drogadependencia: admisión: martes, jueves y viernes de 10 a 12 hs.

Modalidades terapéuticas: individual, grupal, familiar.

Violencia familiar y Maltrato infantil. Admisión lu a ju de 8 a 9.30 hs.

Servicio de Toxicología. Todos los días las 24 hs.

Dependencia: Dirección General Adjunta de Hospitales

Dirección: Carlos Pellegrini 313 piso 11

Tel.: 4323-9000 int. 3110/3034

## **B) Ministerio de Desarrollo Social**

### **Ministerio de Desarrollo Social/Adicciones**

María Eugenia Vidal

Dirección: Av. de Mayo 591 Piso 2º

Teléfono: 4343-3697/4743

Contacto: [mevidal@buenosaires.gov.ar](mailto:mevidal@buenosaires.gov.ar)

Dirección: México 1661 2º

Teléfono: 4124-5903

Mail: [sacuna@buenosaires.gov.ar](mailto:sacuna@buenosaires.gov.ar)

### **Dirección General de Niñez y Adolescencia:**

Directora: María Vanesa Wolanik

Dirección: Cochabamba 1575

Teléfono: 4300-4162/8675/8649

Contacto: [vwolanik@buenosaires.gov.ar](mailto:vwolanik@buenosaires.gov.ar)

[dgn@dirgralnin.gov.ar](mailto:dgn@dirgralnin.gov.ar)

Programa de atención a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad social

Responsable: Andrea Bouchet

Contacto: 4124-5912 (lunes a viernes de 9 a 18)

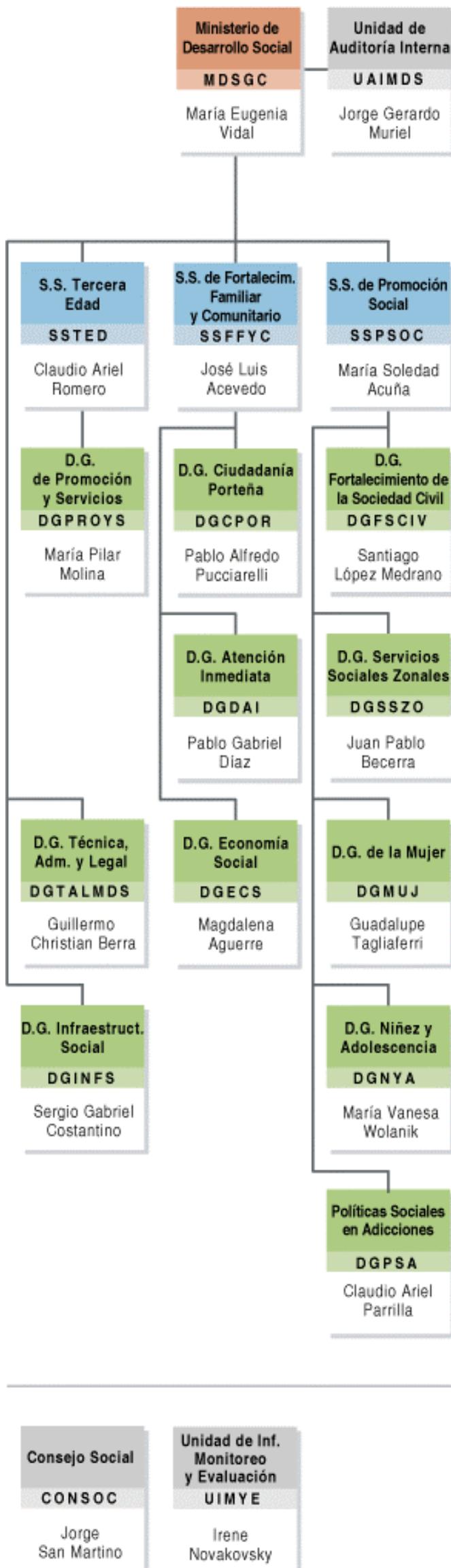
Dirección: México 1661, 2º piso

Observatorio de la Juventud. Responsable : Gloria Neto.

Hay una responsable de Relaciones Institucionales con ONG a cargo de Natalia Carfi. Cochabamba 1575 - tel 4300-8675/7974

La problemática de Adicciones estuvo hasta diciembre de 2009 bajo la órbita de la **Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones** dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social. El 29 de diciembre de 2009, a través del decreto 1156/2009 se crea la **Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones** cuyo titular es Claudio Ariel Parrilla.

Contacto: [cparrilla@buenosaires.gov.ar](mailto:cparrilla@buenosaires.gov.ar)



## **I) Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones**

Director: Claudio Parrilla

Dirección: México 1661 PB<sup>o</sup>

Teléfono: 4124-5900

### **Áreas:**

**Asistencia:** ambulatoria y con internación.

**Prevención Integral:** a través de programas tercerizados (pedir información porque no la detallan en el informe). A cargo de: Jorge Ruiz

### **Atención a las Adicciones:**

Coordinador: Gabriel Mattioni

### **Observatorio de Investigación sobre Adicciones**

Responsable: Roberto Canay

Dirección: México 1661 PB<sup>o</sup>

Teléfono: 4124-5900

Link al sitio:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/adic/observatorio/?menu\\_id=23850](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/?menu_id=23850)

Facilita el estudio de información relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. En el observatorio hay un programa de Vigilancia Epidemiológica que formula perfiles de riesgo de grupos específicos. Para consultar la base de datos del observatorio se debe solicitar entrevista vía mail clickeando en el sitio del observatorio.(gobierno de la ciudad-desarrollo social-observatorio). Dispone del informe 2006 del Sedronar sobre prácticas adictivas.

### **CIOBA Centro de Información sobre Organizaciones que trabajan en la ciudad de Buenos Aires**

El Centro de Información sobre Organizaciones que trabajan en la ciudad de Buenos Aires (**CIOBA**) es un sistema de información permanente, actualizada y georreferenciado.

El CIOBA administra una base de datos que permite visualizar con claridad el espectro de las organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Buenos Aires, facilita el intercambio institucional, promueve la reconstrucción del entramado de redes sociales e institucionales y la concreción de alianzas y estrategias con organizaciones públicas y privadas.

Asimismo se difunde la información a través de publicaciones diversas. Entre ellas el Repertorio de Organizaciones de la Sociedad Civil, en cuyas páginas los donantes potenciales, las OSC y los voluntarios, encontrarán las coordenadas para acercarse a las organizaciones que evalúen más afines a sus inquietudes y compartir lazos de solidaridad con ellas. Tienen trabajos sobre políticas sociales en adicciones, se pueden ver en Av. de mayo 591 –piso 2- tel: 4343-4504 int. 123. EQUIPO MOVIL: atiende problemas de salud y adicciones de niños y adolescentes de menores de 18 años. Son operadores sociales que actúan en la calle, a cargo de este equipo están los licenciados Julio Baigorria. Leonardo Fatima y el Dr. Leandro Couto .

Dirección del Equipo móvil: Amancio Alcorta 1402. Piso 2 – tel. 4305-6564, línea gratuita 108.

## Efectores

### a) Asistencia Ambulatoria:

- **Casa Flores**

Esteban Bonorino 884, Barrio Flores. Casa de día, de mediodía, lunes a viernes de 8.30 a 21.30, sábado de 9.30 a 15 hs. Es para adultos mayores de 18 años.

- **Lola Mora** (asiste a la Dirección de la Mujer). Agüero 301, tel. 4866 3298. L a V de 8 a 15 hs. Para mujeres a partir de los 16 años.

- **Paradores**

Coordinador Gral.: Pablo Rosatto. Se está llevando a cabo un trabajo en conjunto con las entidades de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos quienes colaboran en la asistencia a los paradores.

**Parador Retiro:** Gendarmería Nacional 522. Tel. 4893 2182, Coord. E. Marranti

**Parador Bepoghezzi:** Herminio Masantonio 2970, tel. 4911 4966. Coord.: Lic. L. González.

**Paradora Azucena Villaflor,** Piedras 1581, tel. 4362 4478. Coord.: Lic. Marcel.

### b) Internación

- **Casa Puerto,** Curapaligüe 571. Para niños y adolescentes de hasta 18 años. Capacidad: 20 camas. Funciona también como casa de día con consulta externa para tratamiento.

- **Casa Espora,** empezó a funcionar en agosto de 2008. Objeto: dar respuesta a casos graves que debido a su complejidad y alto deterioro social en su mayoría son rechazados por las ONG's y dificultan el trabajo en Casa Puerto. Dirección: Juez Magnaud 1434, Barrio Barracas. Niñas, niños, adolescentes desde los 12 años.

*Además se inició la red preventiva de adicciones que está conformada por 217 líderes barriales y referentes de grupos comunitarios que facilitarán el acceso a la información en sus barrios y desarrollarán sus propios proyectos preventivos.*

En lo que se refiere a la asistencia y tratamiento se abrió una oficina de admisiones para tratamiento que permitió la asistencia y tratamiento a niños, niñas y adolescentes y jóvenes. Esto permitió generar una red de asistencia en la Ciudad para niños, niñas y adolescentes que no existía hasta este año.

Durante el año 2008 se asistieron a 214 personas en Casa Flores (modalidad ambulatoria), 124 en Casa Puerto (modalidad internación), 36 en Casa Faro (inaugurada en agosto 2008), y 447 en Comunidades Terapéuticas conveniadas. Del total de 821, 681 son hombres y 140 son mujeres, de los siguientes grupos etáreos: 493 de hasta 18 años, 207 de 19 a 25 años, 89 de 26 a 35 años y 32 personas de más de 35.

## **COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES**

### **Circuito de Admisión y evaluación**

#### 1) Solicitudes espontáneas o por terceros

Adultos: deben realizarse en la sede de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Piedras 1281, o solicitando entrevista telefónicamente.

Niñas, niños y adolescentes: debe informarse en el plazo que marca la ley a la CDNNyA.

#### 2) Derivaciones realizadas a través de la CDNNyA

La solicitud de recursos se adelanta por fax a la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones al mismo tiempo que se envía solicitud formal de la mesa de entradas de la CDNNyA a la mesa de entradas de Coordinación y se remite: datos del niño/a, informes complementarios de profesionales y antecedentes judiciales si los hubiera. El Consejo es quien asegura la asistencia de los niños/as a la entrevista de admisión.

El CDNNyA siempre es informado cuando se trata de niños/as y adolescentes, tanto se remita la solicitud a través del Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría o cuando sean solicitudes espontáneas o por terceros.

Situaciones especiales:

-Niños/as en situación de calle, paradores u hospitales: se realiza la admisión y simultáneamente el "equipo móvil" debe gestionar el recurso a través de la guardia de abogados y remitirla a Coordinación en 48 hs.

-Niños/as internados en Institutos u otros efectores: la autoridad debe solicitar la evaluación del área (Coordinación), la que se realizará una vez que el lugar donde se encuentre asistido hubiere realizado un informe de su estado general. El pedido de evaluación debe ser justificado por medio de informes.

-Niño/as domiciliados en otra jurisdicción, interviene el CDNNyA quien solicita el recurso y tiene que requerir intervención del servicio que corresponda por jurisdicción.

-Niño 18 años cumplidos interviene CDNNyA, de 18 a 21 se otorga el recurso sin la intervención de CDNNyA.

#### **Cambio de institución o abandono**

Se acuerda el traspaso entre áreas de admisión de las instituciones telefónicamente, se realiza el traslado y se informa por nota de Admisión a Admisión y al CDNNyA fundamentada.

En caso de abandono de tratamiento por propia voluntad se informa dentro de las 48 hs por nota al CDNNyA con la baja dada por la institución.

Los centros de tratamiento deben realizar informes mensuales a la Coordinación y al CDNNyA. También deben informar cuando se lo requieran.

#### **Situaciones de emergencia**

Cuando hay situaciones fuera del horario de Piedras (lunes a viernes de 9 a 18 hs.), casos de emergencia, se remitirán a Casa Faro para llegar a un diagnóstico social presuntivo e integrar a quien consulta en las opciones disponibles dentro de la Coordinación, excepto quien posea obra social o medicina prepaga o cuando tengan domicilio en otra jurisdicción para quienes se hará la primera contención y se orientará.

#### **Derivación**

En caso de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia o comorbilidad clínica o psiquiátrica se deriva a los servicios de salud correspondientes. En los casos de situación de calle "Equipo móvil" debe trasladar y acompañar al centro de atención de atención que corresponda, definido por Coordinación quien evalúa la permanencia y tratamiento a seguir, evaluación que debe hacerse en 48 hs haciéndose efectiva en ese plazo. Se determina el acceso a las diferentes posibilidades teniendo en cuenta: a) el grado de dependencia (abuso de la sustancia sobre el estado psicofísico, frecuencia del consumo, vía de administración y si es peligroso para sí o para terceros). B) nivel de vulnerabilidad social. C) la edad y su historia.

Cuando no es necesario una Admisión Residencial (¿?), Coordinación a través de Admisión Sede Central (Piedras) otorga el recurso que considere oportuno. Para tal fin se acondicionará Casa Puerto para un alojamiento de mayor contención por un período de hasta tres meses a aquellos en los que se pudiera trabajar su vuelta a casa en períodos cortos.

Cuando es necesario un período más corto se derivará a ONGs conveniadas, las que en su mayoría tienen el sistema de Comunidad Terapéutica. En algunos casos se contemplará lugares de contención mayor para los que el Área está realizando convenios.

No se aceptan pedidos de lugares cerrados o que utilicen procesos farmacológicos que excedan los utilizados en el régimen de Comunidad Terapéutica. Mayores de 18 que puedan sostener tratamiento ambulatorio Coordinación posee como efector propio a Casa Flores. El ingreso es a través de pedido en el Nivel Central o en el propio lugar (en este caso se informa inmediatamente a Nivel Central) no siendo necesario el aviso al CDNNyA (entre 18 y 21). Si media instancia judicial, debe ser reportada a través de la Subsecretaría.

### **Listado de Instituciones Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones - ASA propias y conveniadas<sup>12</sup>**

#### **CASA PUERTO**

Sr. Claudio Orguelt  
Internación  
Curpaligue 571 - CABA  
Teléfono: 4633-8380  
4633- 8454  
[cpinfo2010@yahoo.com.ar](mailto:cpinfo2010@yahoo.com.ar)

#### **CASA FLORES**

Lic. Maria Ricciardi  
Ambulatorio  
Esteban Bonorino 884 - CABA  
Teléfono: 4634-2656  
4633-1131  
[c.casaflores@gmail.com](mailto:c.casaflores@gmail.com)

#### **A.C.I.A.R. EL REPARO**

Lic. Elsa Gervasio  
Internación  
Italia 2597  
Teléfono: 4664-6641  
San Miguel  
[administración@elreparo.org.ar](mailto:administración@elreparo.org.ar)

#### **COINCIDENCIAS ASOC. CIVIL (RAICES)**

Lic. Ceferino Martínez  
Internación  
Calle 10 e/ 65 y 67  
Mercedes  
Teléfonos: 02324-435142 // 02324-15691940 // 02324-15461914  
15-6381-9513  
[comunidadterapeuticaices@speedy.com.ar](mailto:comunidadterapeuticaices@speedy.com.ar)

#### **FUNDACION CANDIL**

Lic. Graciela Ojeda  
Internación  
Sede: Chile 4035- La Lonja - Pilar  
Teléfonos: 02322-470180 // 02322-464045  
[info@candil.com.ar](mailto:info@candil.com.ar)

---

<sup>12</sup> enviado por Alberto Magnone, ahora ex Director de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.

**CASA DEL SUR ASOC. CIVIL**

Lic. José Jahir

**Internación**

**Sede:** San Pedrito 542

Monte Grande

Teléfonos: 4263-1276 // 4865-4005 // 4981-7800 // 4958-5832

**Sede:** Chimondegui 865

Monte Grande

Teléfono: 4281-1995

**Sede:** Pedro Suarez 279

Monte Grande

Teléfono: 4284-1273

**Sede:** Chacabuco 715

San Martín Pcia. Bs. As.

Teléfono: 4752-5156

**Hospital. De Día**

Av. Díaz Vélez 4271

Teléfono: 4981-7800

Sede: Almagro C.A.B.A.

[casa\\_del\\_sur@ciudad.com.ar](mailto:casa_del_sur@ciudad.com.ar)

[www.ctcasadelsur.com.ar](http://www.ctcasadelsur.com.ar)

**CENTRO JUVENIL ESPERANZA**

Sr. José Luís González

**Internación**

Sede: Hipólito Irigoyen 3447 – C.A.B.A.

Teléfono: 4866-3956

[centrojuvenilesperanza@hotmail.com.ar](mailto:centrojuvenilesperanza@hotmail.com.ar)

**DESPERTARES**

Lic. Claudio Cabrera

**Internación**

Sede: Bufano 3870 – Ituzaingó – Provincia de Bs. As.

Teléfono: 4624-7408

[despertares@infovia.com.ar](mailto:despertares@infovia.com.ar)

**MANANTIALES**

Lic. Pablo Rossi

**Internación**

Sede: Irigoin 2501 - San Miguel.- Provincia de Bs. As.

Teléfono: 4664-8515

Ambulatorio

Sede: Entre Ríos 831 C.A.B.A.

Teléfono: 4382-8500

[info@manantiales.org](mailto:info@manantiales.org)

[administración@manantiales.org](mailto:administración@manantiales.org)

[www.manantiales.org](http://www.manantiales.org)

**SANTA CLARA DE ASIS**

Sra. Ana Maria Amendolara

Internación

Sede: Las Heras 2398 – Glew – Provincia de Bs. As.  
Teléfono: 4233-8058  
[santaclaradeasis@infovia.com.ar](mailto:santaclaradeasis@infovia.com.ar)

**POR DECIR**

Dr. Carlos Idigaray  
Internación  
Cnel. Pringles 1609 – Ituzaingó – Provincia de Bs. As.  
Teléfono: 4621-9011//0780  
[pordecir@infovia.com.ar](mailto:pordecir@infovia.com.ar)  
[www.pordecir.or.ar](http://www.pordecir.or.ar)

**POR UN NUEVO MUNDO**

Lic. Julio Nistol  
Internación  
Sede: Manuel Castro 1814 – Banfield – Provincia de Bs. As.  
Teléfonos: 4242-6623 // 4288-3918  
[porunnuevomundo@hotmail.com](mailto:porunnuevomundo@hotmail.com)

**PROGRAMA ANDRES**

Lic. Clara Brostow  
Internación  
Sede: Alsina 144 – San Isidro – Provincia de Bs. As.  
Teléfonos: 4743-8414// 4747-260  
[programaandres@sion.com](mailto:programaandres@sion.com)

**VILLA SAN VICENTE SRL**

Dr. Salvador Egito  
Internación  
Sede: Del Viejo Tranvía 52 – San Vicente – Provincia de Bs. As.  
Teléfonos: 02225-422584 // 426287 // 02226-15602022  
[villasanvicente@yahoo.com.ar](mailto:villasanvicente@yahoo.com.ar)

**ASOCIACION CIVIL EL ALMENDRO**

Pbro. Gustavo Mascó  
Ambulatorio  
Sede: Risso Patrón 67 – C.A.B.A.  
Teléfono: 4642-7602  
[Elalmendro\\_ac@hotmail.com](mailto:Elalmendro_ac@hotmail.com)

**EL PALOMAR**

Sr. Diego A. Di Santo  
Internación  
Sede: Mentrut 361 – Banfield – Provincia de Bs. As.  
Teléfonos: 4243-7730 // 4392—2044  
[info@elpalomarct.com.ar](mailto:info@elpalomarct.com.ar)

---

**Centros de Prevención Social en Adicciones - CPSA<sup>13</sup>**  
**Apertura de Cinco Centros de Prevención Social en Adicciones**

---

<sup>13</sup> Fuente: Alberto Magnone, ahora ex Director de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.

En el marco de una Política Integral en Prevención y Atención de las Adicciones surge la necesidad de trabajar en función de un proyecto que intensifique las actividades con la población afectada y no afectada de la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, acompañando el trabajo en el Área de Asistencia, ponemos el acento en un programa de Prevención, entendiendo el valor y la necesidad de construir mecanismos sociales que contribuyan a evitar el consumo de drogas, generando acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales existentes, que se constituyan en tejidos de prevención social comunitaria.

Se propone la realización de un trabajo de campo que convoque a la ciudadanía en su conjunto, en acciones que promuevan la participación y compromiso social de los distintos actores de la Ciudad. Es decir, sumando a todas aquellas instituciones que trabajan para mejorar la calidad de vida de la población: Entidades Intermedias, Centros Comunitarios Barriales, Parroquias, Iglesias, Clubes, Comedores Comunitarios, Escuelas, Organismos de Gobierno, entre otras.

En este sentido se abrieron 7 Centros de Prevención Social en Adicciones que permiten trabajar, por un lado, en la información y formación de la población no afectada y, por otro lado, en la contención y derivación de la población afectada por la problemática.

**Objetivos propuestos:**

- Sensibilizar y concientizar a la comunidad, especialmente a partir de los líderes de la comunidad, para que el trabajo preventivo comunitario no se convierta en acciones parciales o excluyentes, si no que resulte un proceso transformador que tenga como premisa la inclusión.
- Informar, formar y orientar a la población sobre el fenómeno de las drogas y los recursos existentes en la comunidad.
- Incentivar la participación de diferentes personas, grupos, y asociaciones que actúen e interactúen en un proceso comunitario, que tenga entre sus principales objetivos el de convertir a la ciudadanía en agentes activos de su propia realidad.
- Fortalecer las redes existentes en la comunidad para el trabajo en prevención de las adicciones.
- 

**Ubicación geográfica:**

**CPSA N° 1 La Boca**

Ubicación: [Coronel Salvadores y Garibaldi](#)

**CPSA N° 2 Lugano**

Ubicación: [Cafayate 5230](#)

**CPSA N° 3: San Cristóbal**

Ubicación: [Av. San Juan 2353](#)

**CPSA N° 4: Paternal**

Ubicación: [Sequí 2195](#)

**CPSA N° 5: Pompeya**

Ubicación: [Centenera 2906](#)

**CPSA N° 6: Palermo**

Ubicación: [Coronel Díaz y Beruti](#)

**CPSA N° 7: San Telmo**

Ubicación: [Piedras 1281](#)

**Centros de Intervención Asistencial Comunitaria**

El objetivo de estos CIACs es llevar el tratamiento al barrio para ahí mismo intervenir en la prevención y detección precoz de consumo. Se da orientación a las familias y referentes. Asistir a quienes terminan condenas penales en la reinserción social. Asistir a las referencias del barrio en casos de oferta de drogas.

**CIAC 1:**

Consejeros/as: Marcos Liberatore (referente), Myriam MacNamara. Supervisora: Rosa Aldezabal. Psiquiatra: Gabriel Castello.  
Dirección: Osvaldo Cruz y Zabaleta (Barracas, Pompeya)  
Teléfono: 4301-8720

**CIAC 2:**

Consejeros/as: Oscar Paulinelli (referente), Ariana Cassino y Rubén Barrios.  
Supervisor: Adrián Farías. Psiquiatra: Gabriel Castello.  
Dirección: Piedra Buena 3200 (Lugano)  
Teléfono: 4687-1672

**CIAC 3:**

Consejeros/as: Arturo Fernández (referente), Claudia López Seco, Gustavo Irazoqui. Supervisor: Maximiliano Fanton. Psiquiatras: Gabriel Castello y Andrés Schteingart  
Dirección: Mariano Acosta y Pte. Roca (Soldati)  
Teléfono: 4918-4879

**CIAC 4:**

Consejeros/as: Marta Sosa (referente), Marcelo Mirelman (referente), Pablo Núñez. Supervisor: Maximiliano Fanton. Psiquiatra Andres Schteingart  
Dirección: Garibaldi y Cnel. Salvadores (La Boca)  
Teléfono: 4303-1333

**CIAC 5:**

Consejeros/as: Roque Cristaldo (referente), Daniel Poblete. Supervisor: Adrián Farías. Psiquiatra: Andrés Schteingart  
Dirección: Cafayate 5230 (Lugano)  
Teléfono: 4605-5741