

EL PACO

INFORME SOBRE CONSUMO Y EFECTOS EN EL
CINTURÓN SUR DE LA CABA - 2016



Coordinador: Roberto Andrés Gallardo

Equipo de investigación: Mariana Aguilar • Norma Aspres •
Ana Clara Camarotti • Beatriz Campos • Alejandro Capriati •
Roberto Andrés Gallardo • Ernesto F. Taboada



Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires
Consejo de la Magistratura



EL PACO
INFORME SOBRE CONSUMO
Y EFECTOS EN EL CINTURÓN SUR
DE LA CABA - 2016



www.editorial.jusbaire.gob.ar
editorial@jusbaire.gob.ar
fb: /editorialjusbaire
Av. Julio A. Roca 534 [C1067ABN]
+5411 4011-1320

El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón de la CABA: 2016 / Roberto Andrés Gallardo; contribuciones de Mariana Aguilar... [et al.]; coordinación general de Roberto Andrés Gallardo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaire, 2016.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4057-17-4

1. Investigación. I. Aguilar, Mariana, colab. II. Gallardo, Roberto Andrés, coord. III. Título.
CDD 301

© Editorial Jusbaire, 2016

Hecho el depósito previsto según Ley N° 11723

Consejo Editorial

Enzo Pagani
Marcela I. Basterra
Lidia Ester Lago
Marta Paz
Fernando Juan Lima

Departamento de Coordinación de Contenidos

Edición: Mariana Palomino
Corrección: Florencia Parodi

Oficina de Diseño

Coordinación de Arte y Diseño: Mariana Pittaluga
Diagramación: Carla Famá; Pablo O. Iglesias

La presente publicación ha sido compuesta con las tipografías *Geogrotesque* del tipógrafo argentino Eduardo Manso y *Alegreya* de la fundidora argentina Huerta Tipográfica.



Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires
Consejo de la Magistratura

Autoridades 2016

Presidente

Enzo Pagani

Vicepresidenta

Marcela I. Basterra

Secretaria

Lidia Ester Lago

Consejeros

Alejandro Fernández

Vanesa Ferrazzuolo

Juan Pablo Godoy Vélez

Carlos E. Mas Velez

Darío Reynoso

Marcelo Vázquez

Administrador General

Alejandro Rabinovich

A los dirigentes les pido: sean creativos y nunca pierdan el arraigo a lo cercano, porque el padre de la mentira sabe usurpar palabras nobles, promover modas intelectuales y adoptar poses ideológicas, pero si ustedes construyen sobre bases sólidas, sobre las necesidades reales y la experiencia viva de sus hermanos, de los campesinos e indígenas, de los trabajadores excluidos y las familias marginadas, seguramente no se van a equivocar.

Francisco

La meta se aleja continuamente de nosotros. Cuanto más avanzamos, más debemos admitir nuestra incompetencia. Nuestra recompensa se halla en el esfuerzo y no en los resultados. Un esfuerzo total es una victoria absoluta.

Gandhi

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. EL PACO EN LAS VILLAS.....	19
1.1.1. Origen del problema.....	20
1.1.2. Búsqueda de soluciones.....	20
1.2. EL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL CONSEJO DE LA MAGISTRATURA DE LA CABA Y LA COOPERATIVA DE ACOMPAÑANTES DE USUARIOS DE PACO HOGAR DE CRISTO.....	22
1.3. DELIMITACIÓN DEL TERRITORIO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	23
1.3.1. Delimitación del territorio.....	23
1.3.2. Metodología de trabajo.....	28
1.4. ¿QUÉ ES LA NOCHE DE LA JUSTICIA?.....	56
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	59
2.1. ADICCIÓN, DEPENDENCIA Y CONSUMO PROBLEMÁTICO.....	59
2.1.1. Definiciones normativas.....	59
2.1.2. Enfoques en torno a los consumos problemáticos de drogas desde la promoción de la salud.....	60
2.2. DISTINTOS ENFOQUES PARA EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	75
2.2.1. Modelos o paradigmas teóricos.....	75
2.2.2. Estrategias para la intervención: abstencionismo o reducción de daños	76
2.3. PROBLEMAS QUE PLANTEA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE USUARIOS DE PACO.....	77

2.4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA REINSECCIÓN.....	78
2.5. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN AFECTADA. DIFICULTADES PARA EL RELEVAMIENTO DE DATOS CUALI-CUANTITATIVOS. PROPUESTA DE PRUEBA PILOTO.....	79
2.5.1. La población afectada. Descripción.....	79
2.5.2. Dificultades para el relevamiento de datos cuali-cuantitativos. La propuesta piloto.....	85
3. ABORDAJE DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DEL PACO EN LAS VILLAS POR EL ESTADO Y LOS ACTORES NO ESTATALES.....	91
3.1. ENCUADRE LEGAL.....	92
3.1.1. Normativa internacional.....	93
3.1.2. Normas internas.....	94
3.2. OPERADORES Y DISPOSITIVOS.....	100
3.2.1. Dispositivos del Estado Nacional.....	100
3.2.2. Dispositivos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	106
3.2.3. Operadores y dispositivos no estatales.....	109
3.3. INTERVENCIÓN JURISDICCIONAL.....	114
3.4. ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD.....	115
4. ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS INSTITUTOS DESCRIPTOS EN LOS APARTADOS PRECEDENTES A PARTIR DEL RELEVAMIENTO EFECTUADO Y DE LOS TESTIMONIOS DE LOS AFECTADOS.....	119
4.1. EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU ABORDAJE DESDE LA MIRADA DE LOS PROPIOS ACTORES.....	
4.1.1. Falencias del sistema estatal.....	119
4.1.2. Problemas específicos para la recuperación y reinserción de las personas objeto del presente estudio.....	127

4.1.3. Problemas relativos a la atención sanitaria de los afectados.....	130
4.1.4. Paco y tuberculosis.....	131
4.1.5. Problemas en la reinserción.....	132
4.2. NECESIDAD DE FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA.....	134
4.3. COROLARIO.....	137

1. INTRODUCCIÓN

Quienes realizamos la presente investigación, encomendada por el Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires, confiamos en que sirva como base de discusión y análisis para concretar como ley la propuesta de creación de un Tribunal Territorial de Alta Complejidad (TTAC)¹ y, si ello no ocurriese, al menos para que el lector o el novel investigador del tema pueda lograr una mirada diferente sobre la problemática del consumo de drogas, fundamentalmente paco, en personas en situación de calle o pasillo.

Ese cambio de mirada es justamente lo que ha ocurrido en los que formamos parte del equipo de investigación. El proceso de conocimiento fue conmoviendo uno a uno diversos preconceptos que teníamos al comenzar la tarea.

En primer lugar, frente a la idea de la primacía de las causas individuales en la adicción y como marco de referencia de un contexto general, el consumo de paco es a nuestro juicio la expresión más cabal de la pobreza y el descarte humano en las comunidades. No sería posible su existencia en una sociedad integrada e inclusiva. Es una consecuencia, más que una causa, y un producto, más que un origen. Un porcentaje muy alto de los casos relevados permite descubrir que el paco nace ahí donde la pobreza se instala, donde se rompen los lazos familiares y sociales, y el abandono y la falta de horizontes se convierten en constantes.

Analizar el consumo de paco en personas en situación de calle prescindiendo de ese contexto es un error fatal. Pretender la recuperación considerando el problema como una disfuncionalidad química del organismo o un padecimiento individual y aislado, un preanuncio del fracaso más estrepitoso.

En segundo término, la primera batalla que debe librarse es contra el miedo. Nuestro miedo. La mirada se modifica y profundiza cuando se lo puede sortear con éxito, asumiéndolo y cuestionándolo con la experiencia. Las personas en situación de calle y consumo provocan, en

1. La propuesta del TTAC está disponible para su lectura online y descarga en: www.sin-paco.org

la mayoría de aquellos con quienes se contactan, miedo. Numerosos factores podrían conjeturarse como el motivo de esa sensación. Culpa, impotencia, fragilidad, proyección... lo cierto es que ese miedo es el que hace que la mayor parte de los que entran en contacto casual con un consumidor de paco en situación de calle reaccionen con temor, huyendo, evitando el contacto físico y el diálogo. Basta para ello ver la reacción de los automovilistas cuando ven desde lejos a una persona en estado de adicción y camino errante. Lisa y llanamente aceleran para evitar cualquier posibilidad de contacto. A ello obviamente contribuyen los medios masivos de comunicación, que han perforado la opinión pública con mensajes estigmatizantes y falsos.

Vinculando estos dos aspectos, la exclusión social y el miedo, es posible entender a las personas adictas en situación de calle como seres blindados en su problemática y condenados sin más a un deterioro progresivo y fatal. Sus muertes, como sus vidas, pasan inadvertidas. Sólo salen a la luz cuando algún hecho policial los roza o los tiene como protagonistas, dando pie nuevamente a la prensa amarilla para hacer de ello un nuevo hito de segregación y temor.

El tercer aspecto que la investigación ha revisado críticamente es el de la “solución” por la “especialidad”; es decir, la “falsa base” relativa a la capacidad para revertir los cuadros de adicción al paco que tendrían algunas disciplinas en forma aislada. Como se verá, nos hemos convencido de que el adicto sin techo no se recupera con la mera internación, no se recupera con un tratamiento farmacológico, con una prisión, con una terapia psicológica, con una ayuda económica o con un techo, sencillamente porque se trata de una vida fragmentada que hay que rearmar en todos y cada uno de sus aspectos, insumiendo tal vez el mismo tiempo que tardó en quebrarse, para restaurarla. La complejidad del cuadro interpela la integralidad de la respuesta. No hay margen para un abordaje lineal y unidireccional. No hay manual. Por eso todos los intentos desde una “especialidad”, demuestran ser ineficientes a la hora de recuperar a las personas afectadas por esos padecimientos. El abordaje debe ser necesariamente multidisciplinario y polifacético. Rearmar a la persona desintegrada requiere auxilio psicológico, médico y social conjugado, articulado y coordinado. El tratamiento jurídico exitoso sólo es posible en un juego paralelo y sostenido con los demás enfoques.

El cuarto elemento que colapsó en el transcurso de la investigación está relacionado con la despenalización de la tenencia y consumo de drogas. El trabajo se desarrolló en un momento en que el tema se debatía en la opinión pública y desde el “progresismo” se instaba a liberar los usos personales de sustancias. Nuestra experiencia da por tierra con cada uno de los argumentos y con aquellas corrientes que por su raíz libertaria podrían hasta resultar simpáticas. La investigación realizada sirvió entonces para caracterizar a la droga no sólo como negocio, sino también como herramienta de dominación. Sobrados antecedentes nos remiten a esa conclusión. Sin ir más lejos y en lo que a su familiar próximo, el *crack*, se refiere, su introducción y diseminación (des)controlada por los barrios negros pobres de Los Ángeles en Estados Unidos fue producto de una estudiada maniobra planificada y ejecutada por la Central de Inteligencia Norteamericana (CIA) con el objetivo de generar fondos para financiar la contrainsurgencia nicaragüense, conforme fuera relatado por Gary Webb en una serie de notas que, bajo el título de “Dark Alliance” (Alianza Oscura), aparecieron en agosto de 1996 en el diario *San José Mercury News*. Webb murió años después. Según la investigación policial, se suicidó, aunque nadie pudo explicar cómo pudo dispararse dos veces en la cabeza.² En nuestro país, el paco se instaló en los barrios pobres, en las villas. Allí proliferaron los puntos de venta y los centros de consumo.

En conjunción con los procesos regionales de expoliación económica, el paco opera como un eficiente controlador social que adormece y mata a centenares de jóvenes y niños. Aquellos que podían en otra época trabajar y luchar por una sociedad más justa, mueren ahora en la telaraña de la droga. ¿Podemos a esta altura seguir suponiendo que todo fue fruto de la casualidad? ¿Se pueden obviar las tramas del negocio, sus “beneficiosos efectos colaterales” y las complicidades necesarias en los ámbitos políticos, judiciales y policiales? El Papa Francisco, en ocasión de recibir en audiencia a los participantes de la XXXI

2. Gary Webb fue un periodista estadounidense que reveló la relación de la CIA con el tráfico de cocaína, la Contra nicaragüense y la inundación de *crack* en los barrios afroamericanos de EE. UU., en medio de una operación destinada a abastecer de dinero y armas a la CIA. El 10 de diciembre de 2004, fue encontrado muerto en su domicilio con dos proyectiles de revólver calibre 38 en la cabeza. A pesar de que los dos tiros fatales ingresaron por la parte posterior de su cabeza, la policía determinó que fue suicidio.

Conferencia Internacional contra el Narcotráfico, que tuvo lugar en Roma del 17 al 19 de junio de 2014, les dio las gracias por su tarea y les dijo: “Quizás las acciones del tráfico de drogas son las que más rinden en el mercado y esto es trágico”. Luego agregó: “El azote de la droga sigue haciendo estragos con formas y extensión impresionantes, alimentado por un mercado turbio que traspasa las fronteras nacionales y continentales. Así, crece cada vez más el peligro para los jóvenes y adolescentes. Frente a este fenómeno siento la necesidad de expresar mi dolor y mi preocupación”.

En Uruguay, con bombos y platillos se resolvió recientemente la legalización del consumo de la marihuana.³ Para ello se tuvieron en cuenta diversos argumentos que van desde la supuesta bondad de la monopolización de la venta por parte del Estado, hasta la inocuidad de un consumo “controlado” del producto. Uno de los motores del plan es la ONG Open Society,⁴ financiada por el magnate George Soros, a su vez accionista primario de la firma Monsanto,⁵ que está vinculada con

3. Uruguay es el primer país de América Latina en implementar la “legalización” de la marihuana. La ley, aprobada en diciembre de 2013 y reglamentada en mayo de 2014, obliga a los consumidores, ciudadanos o residentes del país mayores de 18 años a inscribirse en un registro de usuarios y optar por una de las tres formas establecidas para acceder a esta sustancia: el autocultivo, que permite un total de seis plantas por hogar y una recolección anual de 480 gramos; pertenecer a un club cannábico, de máximo 45 miembros, con un máximo de 99 plantas y de 10 gramos a la semana por persona; o comprar en farmacias autorizadas hasta 10 gramos por semana, con una tenencia máxima de 40 gramos.

4. Las Open Society Foundations (OSF) son una red de fundaciones creada en 1993 por el multimillonario estadounidense George Soros. Los objetivos de la red son promover la gobernabilidad democrática y dar forma a las políticas públicas que aseguren una mayor equidad en los sistemas políticos, jurídicos y económicos, y salvaguardar los derechos fundamentales. En el plano internacional, la red trabaja para construir alianzas transcontinentales en temas como la corrupción, la lucha contra los abusos de derechos humanos y la libertad de información.

5. Monsanto Company es una multinacional estadounidense productora de agroquímicos y biotecnología destinados a la agricultura. Fue una de las primeras en aplicar modelos de negocio de la industria biotecnológica a la agricultura y en introducir el uso de técnicas desarrolladas por compañías farmacéuticas y biotecnológicas a finales de la década de 1970. En este modelo de negocio, las empresas invierten mucho en investigación y desarrollo, para después amortizar los gastos y generar beneficios gracias a la utilización y aplicación de las «patentes biológicas» derivadas de la investigación. La apuesta de Monsanto por este nuevo modelo de desarrollo agrícola, junto con su ambición de crear un sistema global

la investigación de las semillas transgénicas de cannabis. ¿Filantropía o negocio? ¿Inocuidad o adormecimiento? ¿Una nueva planificación?

Numerosos informes de prestigiosas instituciones médicas siguen dando cuenta, aun silenciados por el discurso “progresista”, de los daños neurológicos que produce el consumo de marihuana.⁶

En los barrios pobres de la Ciudad de Buenos Aires que fueron relevados en nuestra investigación, el paco no sólo ha hecho y hace estragos en los jóvenes consumidores adictos, sino que destruye los más importantes valores de las barriadas proponiendo como “exitoso”

y uniforme que asegure sus derechos de mejora vegetal desde la década de 1980, le han generado numerosos conflictos con agricultores, cuya práctica habitual había sido siempre guardar, reutilizar, compartir y desarrollar en comunidad nuevas variedades de plantas. El hecho de patentar semillas ha sido visto como una amenaza a la biodiversidad y un acto de biopiratería. También se han criticado los posibles y graves perjuicios a la salud y el impacto ambiental negativo de sus productos, algunos de los cuales han sido prohibidos en Europa y otros países. El papel de Monsanto en los cambios agrícolas, en los productos biotecnológicos, en los grupos de presión formados en las agencias gubernamentales –casos de sobornos– para evitar mayores controles y su historia en la industria química han hecho de la compañía una empresa muy controvertida y cuestionada.

6. Existe una cantidad considerable de evidencia científica basada en investigaciones en animales y estudios en personas que indican que el consumo de marihuana durante el desarrollo puede causar cambios dañinos a largo plazo o posiblemente permanentes en el cerebro.

Estos últimos descubrimientos pueden ayudar a explicar los resultados de un estudio longitudinal a gran escala que se condujo en Nueva Zelanda, en el cual se encontró que el uso frecuente de marihuana, que comienza en la adolescencia tenía relación con la pérdida de un promedio de ocho puntos de coeficiente intelectual, medido durante la edad adulta (Meier, M. H.; Caspi, A.; Ambler, A. *et al.*, “Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife”, *Proc Natl Acad Sci USA*, 2012; 109: E2657-2664).

Por otra parte, un estudio del Instituto de Investigaciones Murdoch de Australia reveló que el consumo a largo plazo de marihuana (cannabis) produce cambios notables y daños cerebrales en la región correspondiente a las funciones de memoria y aprendizaje.

Los daños de la marihuana fueron documentados con imágenes del cerebro realizadas con la última tecnología, y fueron más notorios en personas que comenzaban a consumirla a muy temprana edad.

Según el doctor Marc Seal del Instituto Murdoch, hay períodos de la vida del ser humano que son más críticos para el desarrollo cerebral y en esa edad es más vulnerable al daño de la marihuana.

En igual sentido, existen numerosos estudios con resultados similares efectuados por universidades norteamericanas y europeas.

al vendedor de droga y a sus auxiliares, que juntan dinero fácil y rápido, frente al esfuerzo, muchas veces mal remunerado y en pésimas condiciones, de quienes optan por madrugar para ir a trabajar fuera del barrio, en la fábrica o en la construcción. Así, el “negocio” del paco cumple la doble función de sumar mayores puntos de venta degradando la capa social y generar una lucha territorial producto de la propia expansión, con su secuela de violencia y muerte.

En este orden de ideas, no es viable una política pública que se oriente –aun haciéndolo adecuadamente– a la recuperación de los adictos en situación de calle, si en forma paralela no se actúa contra todas las formas de comercialización y tráfico, desde las cabezas de los negocios hacia abajo, destruyendo el mito del “emprendedor exitoso” y la falsa creencia de la libre elección de los consumidores. Estamos convencidos de que los chicos adictos con los que hemos compartido mucho tiempo de nuestra investigación no han podido elegir. Su adicción es producto de los factores históricos y sociales a los que antes aludimos y sus familias no han tenido tampoco la posibilidad de contener un fatal proceso de degradación y marginalidad. Por último, el Estado fue el gran ausente en sus historias, fruto de las omisiones y las complicidades, algunas originadas en el desinterés y otras en el dinero del negocio.

En síntesis, la tarea desarrollada nos permitirá una caracterización socioeconómica de la problemática, que sólo se puede abordar en términos multidisciplinarios y polifacéticos, comprendiendo la doble dimensión comercial y dominadora de la droga. La apertura hacia una mirada crítica y la superación del miedo son elementos decisivos a la hora de pretender un correcto abordaje de la cuestión. A ello necesariamente debe sumarse una importante cuota de creatividad, ya que no existe un manual para la tarea encomendada. La idea ha sido concebir una idea. Darle forma y vida, y corregirla cuantas veces sea necesario para optimizar su accionar. Nuestra propuesta, el Tribunal Territorial de Alta Complejidad (en adelante TTAC), será, con todo lo bueno y lo malo que ello supone, el primero en su género, ya que no apunta como en otros antecedentes a la cuestión penal, sino a la recuperación integral del adicto en situación de calle a través de la coordinación judicial de esfuerzos multidisciplinarios.

Bajo estas premisas se ha redactado el proyecto de ley que resulta de este trabajo y que pretende ser nuestra mayor y mejor contribución.

1.1 EL PACO EN LAS VILLAS

“El desafío del Paco”, el documento emitido por el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia del Arzobispado de Buenos Aires el 24 de junio de 2010, en oportunidad de la conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, pone en evidencia cuál es el nudo del problema del paco en nuestra sociedad.

El paco denuncia la miseria de las grandes periferias urbanas. Hoy se escucha que el paco llegó a la clase media y alta, sin embargo no es tan así. Otras clases podrán consumir paco, podrán venir a la villa para hacerlo, podrá tratarse de la misma sustancia comprada en el mismo lugar, pero el paco será entonces simplemente una droga. En nuestros barrios es mucho más... Cuando el hospital no está preparado para recibir a los chicos, cuando las posibilidades de internación están todas demasiado lejos, cuando no se tienen los documentos y no se puede hacer casi ningún trámite, cuando en la escuela ya no hay lugar para ellos, cuando el mundo del trabajo les resulta esquivo, cuando la justicia es sólo el organismo que los inculpa por las consecuencias del consumo, cuando el único sitio que los recibe es la calle, cuando no hay esperanzas, entonces estamos frente al paco más terrible. No importa tanto si el paco es lo que queda de la cocaína o si no se sabe bien qué es, lo más terrible es que hace explotar la marginalidad.

El paco es un rostro nuevo de la exclusión, más sangriento. Entender esto es el principio de la solución. Porque si no lo captamos, seguiremos pensando que con las respuestas que tenemos alcanza. No basta con los dispositivos existentes. Nadie que entienda el problema del paco en estos barrios podrá pensar que un tratamiento de recuperación puede solucionar el problema. Cuando los chicos y chicas de nuestros barrios regresan de un tratamiento se vuelven a encontrar inmersos en un mundo donde se puede consumir de día y de noche, no encuentran lugar donde no se huela o no se sienta la droga, los amigos de toda la vida siguen viviendo al lado, siguen parando en el mismo pasillo y viviendo del mismo modo, no encuentran trabajo, se encierran o deambulan y el final va apareciendo con la fuerza de una fatalidad, sin una propuesta de vida, la muerte aparece como ineludible... Para que se recuperen estos chicos hay que cambiar también el mundo a su alrededor.

1.1.1. Origen del problema

La mayoría de los especialistas coinciden en afirmar que el paco hizo su aparición en la Ciudad de Buenos Aires en 2001, como consecuencia de la grave crisis económica que afectó al país.

Es una realidad conocida por todos que existe una gran cantidad de personas afectadas por la adicción al paco o pasta base de cocaína, que pernoctan en diferentes puntos de las villas de la Ciudad de Buenos Aires, generalmente en “ranchadas” ubicadas en pasillos o calles, y que presentan cuadros sanitarios de diversa gravedad, en los que muchas veces la adicción o el consumo problemático está asociado a otras patologías tales como tuberculosis, VIH, sífilis y hepatitis, entre otras.

Esta grave problemática, que comenzó regionalmente a principios de los años ochenta, que se introdujo en el país en los inicios de este siglo y que en los últimos años tuvo un crecimiento alarmante, viene siendo abordada en sus distintos aspectos –psicológicos, médicos, espirituales y materiales– por una multiplicidad de efectores, tanto estatales como no estatales, con resultados diversos: a veces la intervención de esos efectores produce resultados altamente positivos, pero muchas otras veces el abordaje no genera resultados ni siquiera mínimamente satisfactorios, como más adelante se podrá constatar en este informe.

1.1.2. Búsqueda de soluciones

Frente a la nueva problemática y a las graves consecuencias del consumo de paco, sobre todo en los barrios humildes y en las villas, donde se concentró de manera notoria la introducción y la venta de la sustancia con las terribles secuelas que deja en las poblaciones que allí habitan, aparecieron distintas respuestas, tanto desde el sector estatal como desde instituciones y organismos no estatales.

Así, desde el Estado Nacional y desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se realizaron permanentes modificaciones en las estructuras sanitarias destinadas a atender a la población afectada por el consumo de drogas, se crearon nuevas dependencias, se modificaron los paradigmas de atención y tratamiento, y se ensayaron diversos dispositivos cuyo fin es la prevención y el tratamiento de las afecciones relacionadas con el consumo de sustancias.

Sin embargo, la mayoría de las acciones desplegadas no resultaron eficaces y hoy es posible afirmar que el consumo de drogas en general y puntualmente el de paco por parte de personas en situación de calle o pasillo en las villas, lejos de haberse detenido o aminorado, sigue creciendo de manera exponencial día a día.

En efecto, a pesar de la falta de datos o estadísticas concretas respecto de la cantidad de personas afectadas, los testimonios de los actores involucrados en la problemática que constituye el objeto de este informe, dan cuenta del aumento constante que evidencia el consumo de paco en los sectores marginales de la sociedad.

También apareció, a partir de 2001, una gran cantidad de organizaciones no gubernamentales destinadas a atender los problemas derivados de la expansión del consumo de paco en las villas, con resultados en general positivos, pero con un alcance limitado a pequeños sectores de esa población.

En este escenario se consolida, alrededor de 2008, el movimiento de los “curas villeros”, que plantea un enfoque distinto frente al problema del consumo de paco y otras sustancias en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Lo hacen desde el acompañamiento integral a la persona y el trabajo comunitario, apoyándose en las organizaciones barriales.

Cuando los curas villeros describen las soluciones encontradas, muchas veces hablan del paco y de un contexto particular. Señalan que cada situación es distinta puesto que cada persona es un misterio de libertad y cada historia de vida merece ser contemplada en todos sus aspectos para no ejercer violencia a la hora de acompañar al otro... *Insisten en no reducir el problema a una cuestión de consumo de drogas porque este, en la mayoría de los casos, no es más que la consecuencia de varios factores. En los barrios pobres de Buenos Aires uno de esos factores con mayor peso es la marginalidad (el destacado es nuestro).*⁷

7. Di Paola, José, *Cuerpo a Cuerpo. Hogar de Cristo en las Villas de Buenos Aires*, Buenos Aires, Editorial Santa María, 2013.

1.2. EL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL CONSEJO DE LA MAGISTRATURA DE LA CABA Y LA COOPERATIVA DE ACOMPAÑANTES DE USUARIOS DE PACO HOGAR DE CRISTO

El 17 de julio de 2015, a pedido de los sacerdotes laicos y católicos que llevan adelante el Programa de Inclusión y Acompañamiento Integral de Usuarios de Paco, que integran la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco Hogar de Cristo, el Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aprobó la suscripción de un convenio para la realización de un estudio diagnóstico socio-jurídico sobre personas en situación de calle o pasillo afectadas por adicciones a drogas en los barrios pertenecientes al Cinturón Sur de la Ciudad de Buenos Aires.⁸ Dicho estudio debía comprender cantidad y calidad de los casos, ubicación, situación jurídica de los afectados, niveles de urgencia, existencia de vínculos familiares jurídicamente obligados, verificación de la actividad estatal y en su caso determinación de los requerimientos, causas directas e indirectas que promueven la dependencia y otros aspectos de interés, entre otras variables.⁹

En los considerandos de la resolución aprobatoria del convenio, se destaca la carencia de un debido abordaje socio-jurídico del problema del consumo del paco en las villas “debido a que no existen en los barrios estructuras de decisión judicial que permitan una rápida y eficiente resolución de la problemática, evitando su consecuente agravamiento o irreparabilidad”, así como la necesidad de proyectar y ejecutar un concreto plan de acción al respecto.

A requerimiento de los integrantes de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco Hogar de Cristo (en adelante Hogar de Cristo), y en atención a su trayectoria en la relación de colaboración entablada al respecto, la tarea diagnóstica antes referida fue encomendada al Dr. Roberto Andrés Gallardo,¹⁰ junto con un equipo de colaboradores integrado por profesionales de distintas disciplinas (en adelante el Equipo).¹¹

8. Resolución Presidencia CM 635/2015.

9. Conforme lo establecido en la cláusula segunda del Convenio.

10. Juez titular del Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 2 de la CABA.

11. El equipo interdisciplinario estuvo integrado por dos abogados, una psicóloga, una médica y dos sociólogos.

1.3. DELIMITACIÓN DEL TERRITORIO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

1.3.1. Delimitación del territorio

Tal como lo consigna el trabajo de investigación de la Universidad Católica Argentina:¹²

La configuración territorial de la Ciudad de Buenos Aires presenta una superposición de divisiones espaciales que subsisten hasta la actualidad. Estas divisiones han constituido una trama de límites no siempre consensuados, que contribuyeron a la segregación social que se produjo en el espacio urbano. De acuerdo a su división más reciente, la ciudad se encuentra dividida en 15 comunas conformadas por el agrupamiento de 48 barrios, que a partir de la creación de las comunas adquirieron sus delimitaciones actuales.¹³

Las villas y asentamientos precarios se insertan en esa trama urbana como espacios territoriales con rasgos específicos, que han contribuido a la formación de una identidad propia.

De acuerdo con la información oficial del Gobierno de la Ciudad, se contabilizan en el área urbana 15 villas, 2 núcleos habitacionales transitorios y 24 asentamientos. Según el Censo Nacional de Población de 2010, residían en las villas unas 163.587 personas, lo que representa el 5,7% de la población total de la ciudad en ese año. Sin embargo, son varios los indicios de que se trata de una subestimación, ya que esta población podría incluso duplicar la registrada por las estadísticas censales. Se desprende por lo tanto una tendencia incremental de la población que, con independencia del ciclo económico del país, se ha mantenido constante y notoriamente diferenciada de la dinámica demográfica imperante en la ciudad, la cual, por el contrario, se caracteriza por su estancamiento poblacional. El resultado de estas dinámicas dispares se expresa en el incremento tendencial de la participación de la población en villas y asentamientos en el total de habitantes de la Ciudad de Buenos Aires: mientras que en

12. Suárez, Ana Lourdes; Mitchell, Anny Léopore, Eduardo (eds.), *Las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Territorios frágiles de inclusión social*, Buenos Aires, Programa interdisciplinario sobre desarrollo humano e inclusión social, Universidad Católica Argentina, 2014.

13. Mazzeo, V. y Lago, M., "Las divisiones espaciales de la Ciudad de Buenos Aires", en *Población de Buenos Aires*, Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, vol. 6, n° 10, pp. 79-90.

1991 sólo el 2% de los residentes habitaban en estos territorios, en 2010 ese porcentaje se había triplicado hasta alcanzar el 5,7%.

Si se analiza la distribución territorial de su población se advierte que esta no se localiza en forma dispersa en el espacio urbano, sino que se halla predominantemente concentrada en los barrios del sur de la ciudad. Así, de acuerdo con los resultados del último censo nacional de población realizado en 2010, el 82% de la población residente en villas y asentamientos habita en el sur, especialmente concentrada en la Comuna 8 –barrios de Villa Lugano, Villa Soldati y Villa Riachuelo–, en donde vive más de la tercera parte de la población de villas y asentamientos censada. Este patrón de asentamiento territorial en los barrios del sur tampoco es reciente, sino que en todo caso da continuidad a un rasgo histórico del proceso de surgimiento y consolidación de estas zonas.

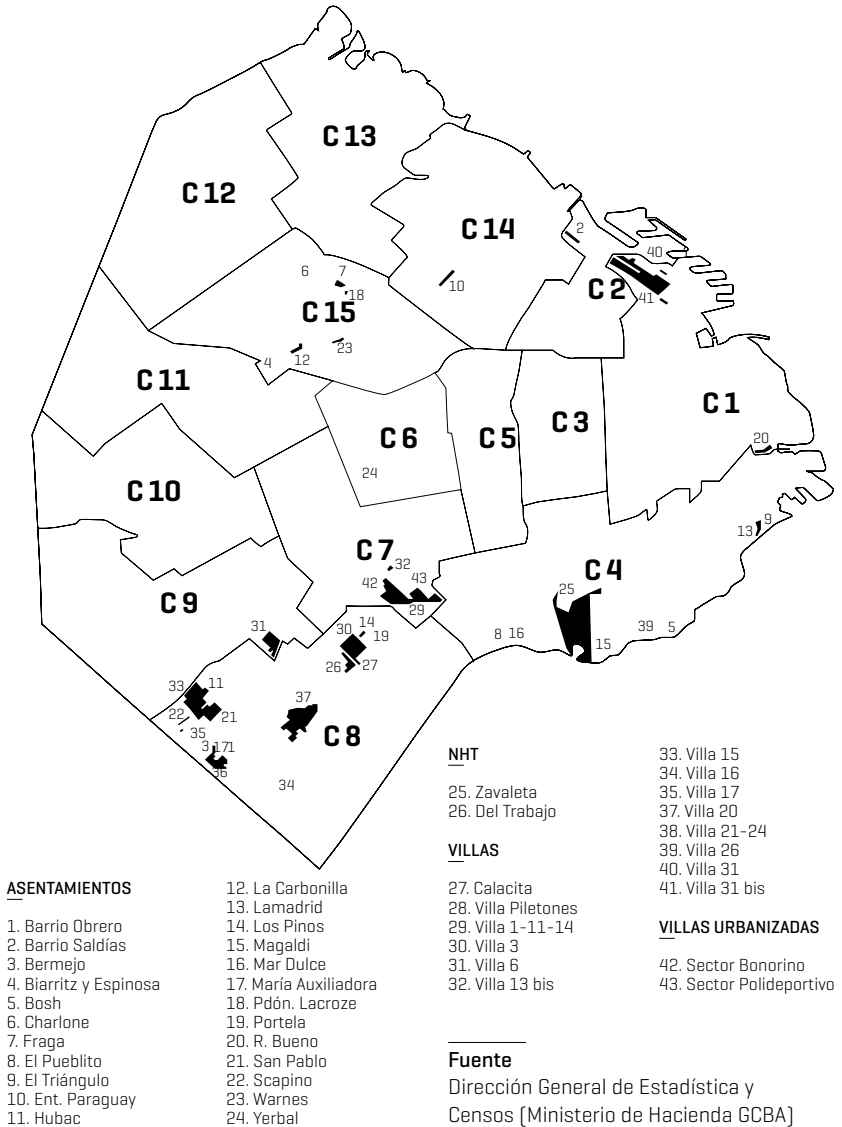
El territorio sobre el cual se ha trabajado abarca varios barrios y asentamientos ubicados en el llamado Cinturón Sur de la Ciudad de Buenos Aires (jurisdicción original de las Comisaría de la Policía Federal N° 24, 30, 32, 34, 36 y 52).

La elección del territorio por parte del equipo no obedece a una supuesta exclusividad de esa zona en lo que refiere a la problemática de consumo de paco en personas en situación de pasillo o calle, sino a la elevada concentración de casos que allí se detectan, básicamente producto de la existencia de “zonas liberadas” de comercialización y consumo de drogas en la vía pública. Esta salvedad es de importancia ya que las conclusiones a las que se arriba al final del informe, si bien se corresponden con la experiencia adquirida en esas zonas, serán aplicables a los casos que se registren en otras áreas de la ciudad, aunque se verifiquen en forma atomizada (por ejemplo, en Constitución, Retiro, La Boca y otras).

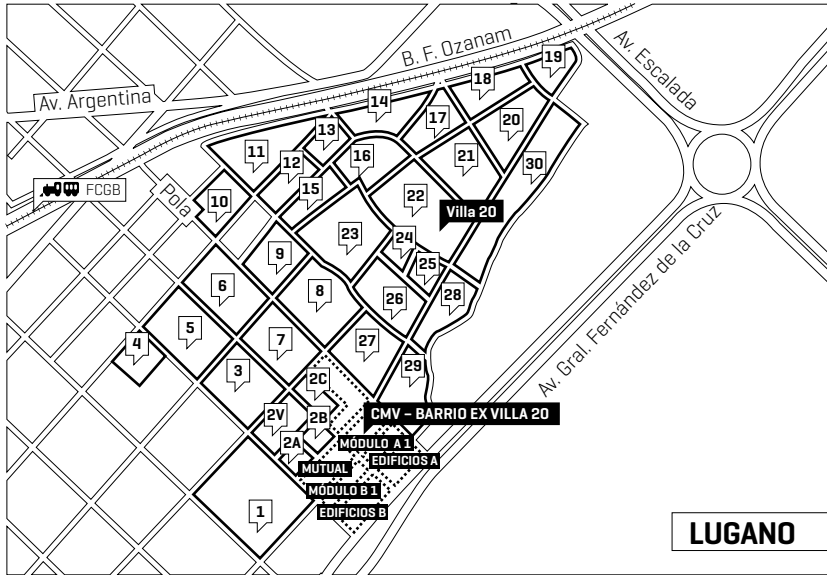
Las tareas del equipo desarrolladas en la Villa 21-24, el Barrio Zavaleta, la Villa 31, la Villa 1-11-14 y la Villa 20 permiten extraer numerosas conclusiones de índole diagnóstica y operativa, perfectamente aplicables a otras zonas de la ciudad. Por cierto, luego del establecimiento efectivo del Tribunal Territorial de Alta Complejidad (TTAC), se deberán realizar todos y cada uno de los ajustes que las particularidades de cada zona presenten, pero estamos convencidos de que los lineamientos generales que se exponen en el presente trabajo son perfectamente atribuibles al resto de las zonas de la CABA no alcanzadas físicamente por la investigación.

Seguidamente se agregan mapas zonales que permiten identificar los sitios en los que se ha trabajado.

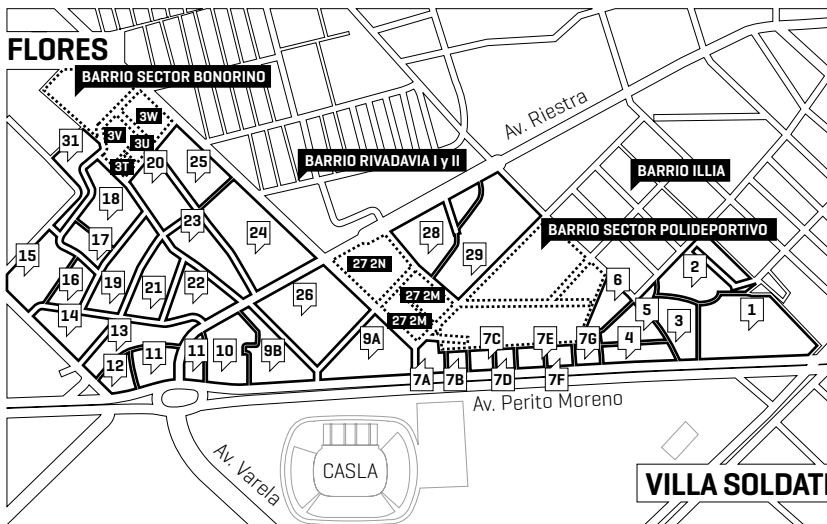
► Villas y asentamientos por comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



▶ Villa 20



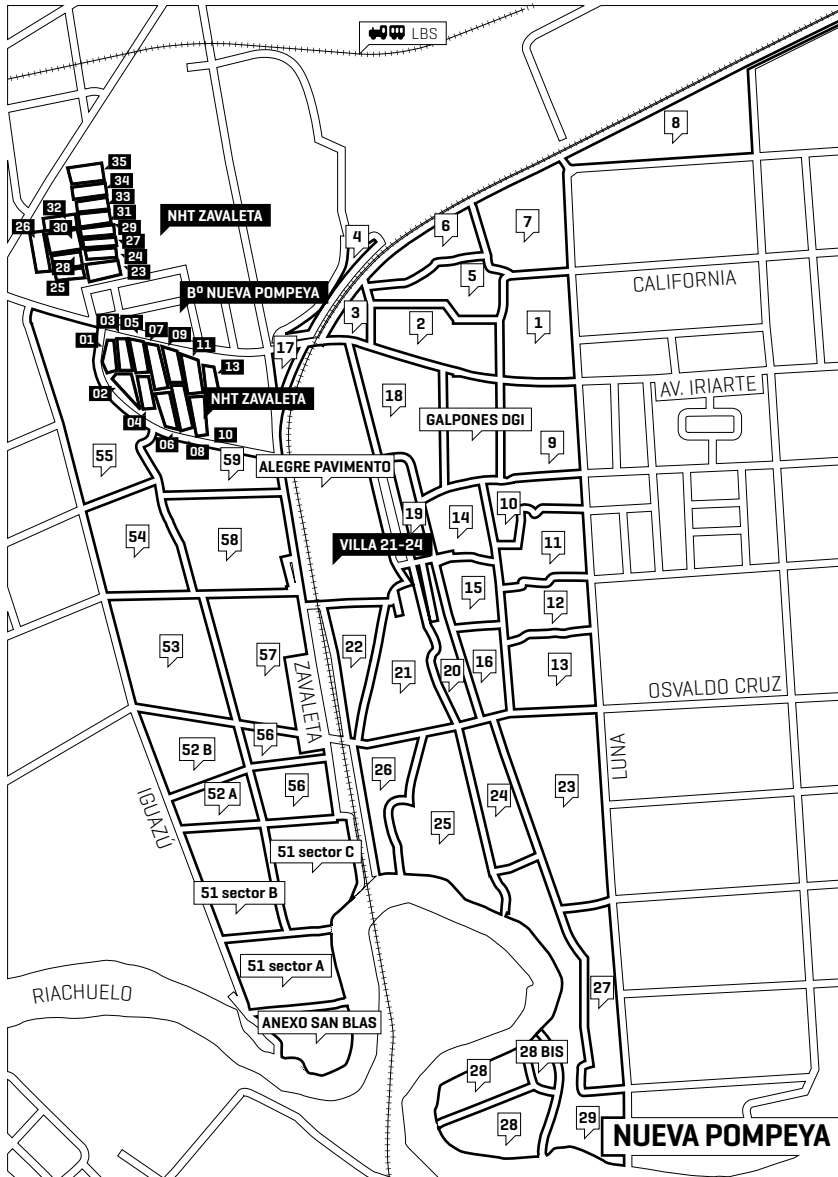
▶ Villa 1-11-14



Fuente
Dirección de Estadística y Censos - CABA

 Número de manzana
 Barrio
 Módulo

► Villa 21-24 / NHT Zavaleta



Fuente
 Dirección de Estadística y Censos - CABA

Número de manzana
 Barrio
 Tira

1.3.2. Metodología de trabajo

En primer término es preciso señalar que la información existente, al menos desde un primer análisis superficial, resultaba escasa y poco sistematizada. De allí, la definición de la metodología de investigación comenzó desde las cuestiones más elementales, para avanzar en su profundización, a medida que se iba obteniendo información fidedigna. Se diseñó entonces un formato que intentaba abarcar prácticamente todos los aspectos relacionados con la problemática.

Con todo, es importante dejar en claro que siempre consideramos que el camino de la investigación debía incorporar –desde su momento inicial– la perspectiva de abordaje de quienes padecen la adicción, para desde allí ir identificando la actuación estatal y las deficiencias existentes.

Por ello, durante la primera semana de trabajo, el Equipo de investigación visitó la Parroquia de Caacupé, en la Villa 21-24, para conocer el testimonio de quienes cotidianamente desarrollan las actividades tendientes a la recuperación de adictos en el Hogar de Cristo. El Equipo participó de la actividad que se denomina “La Noche de la Justicia”, que consiste en recorrer, a partir de las nueve de la noche, las avenidas y los pasillos de la Villa 21-24 y del barrio Zavaleta en la intersección con la Avenida Iriarte, entre otras, junto con el párroco y un nutrido equipo de voluntarios de dicha parroquia, para servir un plato de comida caliente a los niños, adolescentes y adultos en situación de calle o pasillo adictos a esta clase de sustancias. Esta actividad iba a repetirse durante las semanas siguientes.

Asimismo, visitamos los ámbitos del Hogar de Cristo, el Hogar de día Niños de Belén, ubicado en el corazón de la Villa 21-24, y el Centro Barrial San Alberto Hurtado del mismo barrio.

El Equipo se acercó al complejo penitenciario de Ezeiza, junto con voluntarios del Hogar de Cristo, para conocer a algunos internos que los voluntarios visitan cotidianamente.

También incursionó en las granjas Madre Teresa y San Miguel Arcángel, ubicadas en la localidad de General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires, donde visitó las “viviendas amigables”, habitadas por adictos recuperados junto a otros que están en recuperación.

Finalmente, el equipo asistió a los pabellones del Hospital Muñiz donde hay adictos internados por padecer tuberculosis y a la Unidad Penitenciaria N° 21, ubicada en el Hospital Muñiz, donde está

internada una chica del barrio de Barracas que también busca recuperarse de su adicción con la ayuda del Hogar. A partir de allí, con información valiosísima y una aproximación al problema que modificó por completo la idea inicial, se elaboró el plan de investigación.

El Equipo se propuso, en primer lugar, arribar a un conocimiento acabado del territorio de abordaje, de modo de poder efectuar una descripción detallada. Era preciso conocer la denominación de los distintos lugares en que la problemática del paco se tornaba visible, su ubicación precisa, el desarrollo de planos y efectuar un intento, al menos estimado, de cuantificación de la población involucrada. Luego, un relevamiento de los operadores existentes. No sólo los operadores territoriales de índole estatal, sino también aquellas organizaciones, grupos o entidades que aun sin formar parte del Estado, de cualquier modo actúan o intervienen en esta clase de situaciones. Para ello se confeccionó en primera instancia un listado de todos los efectores existentes, obtenido fundamentalmente a partir de la información pública disponible y la que surgió de las entrevistas con los operadores del Hogar de Cristo. Las entrevistas luego concretadas con referentes de cada uno de los efectores tuvieron como finalidad obtener datos sobre la población atendida, la articulación de su tarea con otros efectores, las dificultades para la atención de la población afectada por el paco o sustancias similares y las problemáticas relacionadas con el acceso a la justicia, en términos generales, y a los organismos del Poder Judicial en particular.

Del mismo modo, se efectuaron requerimientos judiciales a las autoridades nacionales y locales a efectos de recolectar informes respecto de su actuación en la materia y de la información obrante en su poder. Se solicitó no sólo conocer la actuación de las autoridades estatales cuyas áreas de intervención estaban directamente relacionadas con la problemática, sino también la actuación del Poder Judicial (Tribunales, Defensorías, Asesorías, etc.), de distintos hospitales y de organismos nacionales y locales, entre otros.

En igual sentido, se indagó respecto del comportamiento de las fuerzas de seguridad en el abordaje de estas problemáticas y se efectuó un relevamiento de la situación existente en las cárceles. Asimismo, se intentó conocer la tarea desplegada por los hospitales neuropsiquiátricos.

Se efectuaron numerosas entrevistas a personas involucradas de uno u otro modo en los procesos, especialistas en la materia, médicos que actúan cotidianamente en esta clase de casos, autoridades estatales y numerosas personalidades, quienes aportaron diferentes miradas sobre la problemática, y se obtuvo un valiosísimo aporte en entrevistas efectuadas a adictos recuperados o en recuperación, que permitieron identificar problemas que sólo pueden ser visualizados desde esa perspectiva.

El método que se instrumentó para efectuar el diagnóstico encomendado también incluyó el estudio y análisis del encuadramiento legal, es decir, de la normativa vigente aplicable a la diversidad de casos que existen, con el fin de detectar la superposición de normas y contradicciones, la duplicación de organismos, la eficacia de los dispositivos, procedimientos e institutos regulados, y las alternativas posibles a partir de su utilización eficaz.

Además, sociólogos con reconocida trayectoria en el trabajo con este sujeto social fueron instruidos para desarrollar un método que permitiera arribar a datos ciertos respecto de la cantidad de personas afectadas. La cuantificación resultó prácticamente imposible en términos preliminares debido a la inexistencia de informes oficiales al respecto, pero al menos se avanzó en el método que permitirá, en un futuro no muy lejano, una adecuada cuantificación.

Finalmente, profesionales de la medicina con importante trayectoria en el abordaje de esta clase de cuestiones en hospitales públicos locales fueron incorporados al equipo para conocer los efectos psicofísicos del uso de las distintas drogas, las enfermedades asociadas, la atención que se brinda en los hospitales o en el sistema de salud y los enfoques terapéuticos posibles, entre otros.

En síntesis, fue así que a partir de las pautas sentadas en la Resolución del Consejo de la Magistratura antes mencionada, el estudio diagnóstico del que se da cuenta en este informe fue realizado, fundamentalmente, mediante:

- relevamiento directo del territorio;
- visitas a instituciones, centros de salud y otros efectores ubicados en el territorio, que tienen entre sus fines la atención de la problemática del consumo de sustancias y sus efectos en las personas afectadas;

- entrevistas con los actores involucrados, a saber: afectados, profesionales, funcionarios, voluntarios, etc.;
- requerimiento de información mediante oficio a organismos oficiales que tienen vinculación con la problemática en cuestión.

Además, los miembros del Equipo participaron activamente en algunas jornadas y encuentros relacionados con la problemática objeto del estudio y sus consecuencias sanitarias.¹⁴

Relevamiento del territorio

Se relevaron los territorios de las siguientes villas, barrios y núcleos habitacionales transitorios:

- Villa 3
- Villa 1-11-14
- Villa 13 bis
- Villa 21-24
- NHT Zavaleta
- Barrio Fátima
- Barrio Ramón Carrillo
- Villas 31 y 31 bis

Visitas a instituciones y efectores

Durante la realización de la tarea diagnóstica se visitó a la mayoría de las instituciones y efectores dedicados a la atención de las adicciones y los problemas de consumo en la Ciudad de Buenos Aires, estatales y no estatales. Dado que la limitación temporal impidió que se realizara un relevamiento total de los agentes involucrados, se visitaron las instituciones más importantes, obteniéndose un panorama relevante de la situación actual.

Las instituciones y dispositivos visitados fueron los siguientes:

14. "Jornada de Actualización en TBC", llevada a cabo en el Instituto Prof. Dr. R. Vaccarezza de la Facultad de Medicina de la UBA, el 28 de agosto de 2015, con la participación del Dr. Roberto A. Gallardo como panelista. "Terceras Jornadas de Salud Mental y Adicciones", realizadas en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, los días 15 y 16 de octubre de 2015. "Encuentro Nacional de Equipos de Salud", Reunión Nacional de Referentes de Programas de Tuberculosis, realizado el 1° de octubre de 2015 en el Salón Ramón Carrillo del Ministerio de Salud de la Nación.

- Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar)
- Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte (ex Centro Nacional de Reeduación Social - Senareso)
- Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Muñiz, Pabellón Koch
- Instituto Prof. Dr. Roberto Vaccarezza de la Facultad de Medicina de la UBA
- Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Centros de Integración y Acción Comunitaria (CIAC) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino
- Complejo Penitenciario de Ezeiza
- Unidad 21 del Servicio Penitenciario Federal, Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas
- Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Penal de Villa Devoto)
- Centro Barrial San Alberto Hurtado (NHT Zavaleta)
- Centro Barrial Padre Mugica (Villa 31)
- Centro Barrial San Francisco (Villa 1-11-14)
- Hogar Madre Teresa (Villa 31)
- Hogar Niños de Belén (Villa 21-24)
- Hogar Santa María Madre del Pueblo (Villa 1-11-14)
- Casa amigable Flores (Hogar de Cristo)
- Casa amigable Villa Luro (Hogar de Cristo)
- Casa Social Madre Teresa (Villa 21-24)
- Granja Madre Teresa (General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires)
- Granja San Miguel (General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires)
- Centro de Día Puentes (Movimiento Popular La Dignidad)
- Asociación Civil Hay Otra Esperanza (Madres del Paco)

Entrevistas realizadas

Durante la realización de la tarea diagnóstica fueron entrevistadas las siguientes personas:

- Comisionado Oscar Antonio Álvarez, miembro de la Policía Metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Padre Nicolás Angelotti, sacerdote, coordinador del Hogar Santa María de la Villa 1-11-14.
- Luis Arellano, operador del Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Ana Laura Azparren, socióloga, integrante del Conicet.
- Gustavo Barreiro, presidente de la Cooperativa AUPA (Acompañantes de Usuarios de Paco).
- Débora Bello, operadora en adicciones, se desempeña en el Centro de Día Puentes.
- Lic. Edith Benedetti, directora del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.
- Oficial Claudio Miguel Brilloni, ex jefe de Seguridad de Cinturón Sur de Gendarmería Nacional.
- Oficial Hugo Gumersindo Cidade, jefe de Seguridad de Cinturón Sur de Gendarmería Nacional.
- Dra. Liliana Conde, abogada, coordinadora a cargo del área legal del Centro Barrial Padre Mugica Villa 31.
- Dr. Juan Costa, médico psiquiatra, se desempeña en el CeSAC N° 24.
- Dr. Nicolás Crivelli, abogado, se desempeña en el CAJ Villa 31 bis.
- Lic. Denise De Marco, psicóloga, se desempeña en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.
- Rita Díaz, presidenta de la Asociación Civil Hay Otra Esperanza (Madres del Paco).
- Vanesa Escobar, operadora en adicciones, se desempeña en el Centro de Día Puentes.
- Patricia Figueroa, coordinadora del Equipo de Acompañamiento Externo del Hogar de Cristo.
- Comisionado Guillermo Daniel Galdame, de la Policía Metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Fabiana Godoy, coordinadora de la Asociación Civil Hay Otra Esperanza de Madres del Paco en la Villa 1-11-14.
- Paula Hume, coordinadora del Hogar Madre Teresa de la Villa 31.
- Lic. Sara Kezerov, psicóloga, coordinadora del Área de Toxicomanía del Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino.
- Clara López Seco, operadora en adicciones integrante del Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) que funciona en el CeSAC N° 6.

- Lic. Mariana López, subdirectora del Centro Barrial Padre Mugica (Villa 31).
- Lic. Eduardo Lavorato, psicólogo y operador en adicciones, integrante del Sedecor descentralizado (Sedronar).
- Débora Moncadas, coordinadora del Hogar San Francisco Villa 1-11-14.
- Lic. Gonzalo Mora, psicólogo, integrante de los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) que funcionan en los CeSAC N° 6 y N° 24.
- Lic. Juan Mourriño, psicólogo, se desempeña en el Sedecor descentralizado (Sedronar).
- Dr. Gustavo Moreno, Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo de la CABA.
- Carlos Olivero, director del Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Lic. Silvina Pedernera, psicóloga, se desempeña en el CeSAC N° 24.
- Dra. Silvina Peluso, psiquiatra infanto-juvenil del Programa Hogar de Cristo.
- Susana Peñaloza, trabajadora social, se desempeña en el CeSAC N° 24.
- Dr. Jorge Poliak, médico jefe del Servicio de Neumonología del Hospital Penna.
- Lic. Ignacio Puente Olivera, director nacional de Asistencia de Sedronar.
- Ayelén Quiroga, socióloga, integrante del Sedecor descentralizado (Sedronar), se desempeña en el Hogar Madre Teresa de la Villa 31.
- Dr. Román Saviotti, abogado, se desempeña en el CAJ Villa 31 bis.
- Florencia Serú, coordinadora del Grupo de Familia (Madres) en la Casa Social Madre Teresa.
- Héctor Trimarchi, integra la Dirección del Hospital Alvear.
- Lic. Catalina Sala, psicóloga, integrante de los Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC) que funcionan en los CeSAC N° 6 y N° 24.
- Pablo Vidal, vicedirector del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

También se realizaron entrevistas a las personas que padecieron adicción o consumo problemático de sustancias, en todos los casos identificándolas únicamente por el nombre de pila. Son las siguientes:

- Agustín, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Analía, se aloja en la Granja Madre Teresa.
- Brenda, entrevistada en el Hogar Niños de Belén.
- Brian, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Brisa, alojada en la Casa amigable Villa Luro.
- Carmen, alojada en la Casa amigable Flores.
- Cristian, alojado en la Casa amigable Flores.
- Cristina, alojada en la Casa amigable Flores.
- Daniel, entrevistado en la Granja San Miguel.
- Daniel, detenido en el Complejo Penitenciario de Ezeiza.
- Daniela, alojada en la Casa amigable Flores.
- Emilse, internada en el Hospital Muñiz.
- Graciela (Gachy), alojada en la Granja Madre Teresa.
- Jorge (Papito), asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Laila, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Marcos, entrevistado en la Granja San Miguel.
- María Silvana, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Matías, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Mariela, alojada en la Granja Madre Teresa.
- Melisa, alojada en la Granja Madre Teresa.
- Omar, entrevistado en el Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Romina (Rucuca), responsable de la Casa amigable Villa Luro.
- Soledad (La Pepo), entrevistada en el Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- Tatiana, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.

Requerimientos a organismos

Oportunamente se remitió oficio a diversos organismos a efectos de que brindaran la información obrante en su poder respecto de la problemática del diagnóstico, junto con pedidos particulares dirigidos a cada entidad, de conformidad con sus facultades y competencias.

En el plano local, se ofició al entonces Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ingeniero Mauricio Macri; a la Ministra de

Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Dra. Graciela Mabel Reybaud; a la Ministra de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires, Dra. Carolina Stanley; al Ministro de Desarrollo Económico de la Ciudad de Buenos Aires, Francisco Cabrera; a la Directora General de Salud Mental, Dra. María Grosso; al Defensor General de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Horacio Corti; a la Asesora General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires, Dra. Yael Bendel; al Fiscal General de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Martín Ocampo; a la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, Asistencia a personas con problemas de consumo de sustancias adictivas de la Ciudad de Buenos Aires; a la Presidenta del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Lic. Guadalupe Tagliaferri; al responsable del Servicio de Salud Mental y Asistencia en Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; al responsable del Servicio de Toxicología y Atención de personas de hasta 19 años de edad del Hospital Pedro de Elizalde; al responsable de Salud Mental, Sección Adicciones del Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino; al responsable del Departamento de Toxicomanía y Alcoholismo del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T. Borda; al Director del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco Muñiz; al responsable del Servicio de Salud Mental y Asistencia en Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Francisco Santojanni; al responsable del Servicio de Salud Mental y Asistencia en Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero; al Director del Hospital Materno Infantil Dr. Ramón Sardá; al responsable del Centro de Día de las Adicciones Dr. Enrique Biedak del Hospital General de Agudos Dr. José Penna CeSAC N° 10; al Director del Centro de Día para Pacientes Adictos Carlos Gardel; al Director del Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria n° 1 - Hospital de Día para Drogadependientes; al responsable del Servicio de Salud Mental Asistencia en Adicciones - Hospital de Día para Usuarios de Droga del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez; al responsable del Servicio de Salud Mental Asistencia en Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; al responsable del servicio de Prevención en Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Bernardino Rivadavia; y al responsable del Servicio de Salud Mental Unidad Toxicología del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

En el plano nacional, al Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dr. Julio Alak; al Ministro de Salud de la Nación, Dr. Daniel Gustavo Gollán; a la Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Lic. Alicia Kirchner; al Secretario de Estado a cargo de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), Dr. Gabriel Lerner; a la Directora nacional de Salud Mental y Adicciones, Dra. María Matilde Massa; a la Defensora General de la Nación, Dra. Stella Maris Martínez; al Director nacional del Servicio Penitenciario Federal; al Director del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec), Lic. Norberto Itzcovich; al Secretario de Seguridad de la Nación, Dr. Sergio Gustavo Berni; y a la Interventora general del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte (ex Cenareso), Lic. Edith Benedetti.

También se ofició al Jefe a cargo del Operativo Unidad “Cinturón Sur” de la Gendarmería Nacional Argentina y al Jefe de la Policía Metropolitana a los fines de concretar la entrevista tendiente a obtener la información necesaria para el diagnóstico.

A aquellos organismos que no respondieron inicialmente se les remitió un oficio reiteratorio.

Aun así, al momento de finalizar el presente diagnóstico y luego de haber transcurrido meses desde que se remitieron los oficios, lamentablemente no todos los organismos respondieron. Tal vez porque no contaban con la información básica que se les requería, o simplemente por desidia o desinterés en el abordaje de la problemática que motivó la investigación.

Los organismos que sí respondieron fueron, en el plano nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Servicio Penitenciario Federal. En el ámbito local, sólo lo hicieron el Defensor General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dr. Horacio Corti, y algunos hospitales requeridos (el Hospital Pedro de Elizalde, el Hospital Santojanni, el Hospital Bernardino Rivadavia, la Maternidad Sardá, el Hospital Tornú, el Hospital Piñero y el CeSAC N° 10 dependiente del Hospital Penna).

Veamos entonces la información requerida a cada organismo y la que se obtuvo.

A) EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Al Ministerio de Salud de la Nación se le solicitó que remitiera la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal instrumentada por esta cartera para abordar la problemática de las adicciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente relacionadas a drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. También la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder, especialmente aquellos que tuvieran relación con las personas en situación de calle o pasillo que estén consumiendo o en tratamientos de adicciones. Y se le solicitó además que indicase los alcances del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Ciudad de Buenos Aires, respecto de las enfermedades relacionadas con las adicciones referidas. Especialmente si, dentro del sistema, se incorporan las enfermedades cuyo contagio muchas veces guarda estrecha vinculación con la situación de consumo y adicción a pasta base de cocaína u otras drogas similares, tales como la tuberculosis multirresistente. En caso afirmativo, se le solicitó que tuviera la amabilidad de hacernos llegar la mayor cantidad posible de información existente. Finalmente se le pidió conocer si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial o convenios que efectúen algún abordaje complementario de la cuestión de las adicciones entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Poder Judicial.

El Ministerio de Salud de la Nación respondió:

A tal efecto adjunto el Plan Estratégico 2013/2015, donde constan todas las acciones propuestas y programadas para el citado bienio, y que han sido cumplidas en su totalidad, estando ya en proyecto el Plan 2016/2018. (...) Asimismo le envío las publicaciones de la Editorial Laura Bonaparte, que no sólo tratan la problemática que el equipo que Ud. dirige investiga, sino que presentan trabajos de distintos profesionales que permiten adaptar las prácticas a la ley específica para afrontar la problemática que se plantea, a saber:

Nuevas Políticas de Salud Mental: Desafíos para la Intervención Interdisciplinaria.

1º Jornada de Salud Mental y Adicciones - Dispositivos de Intervención Clínica.

2º Jornada de Salud Mental y Adicciones - ¿Cómo Intervenir en la Urgencia?

3° Jornadas de Salud Mental y Adicciones - ¿Interdisciplina en la Intervención Clínica? Tomos 1 y 2.

“Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático”, Lic. Edith Benedetti.

Si bien no existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial, se han firmado distintos convenios de cooperación con instituciones públicas y privadas para el trabajo mancomunado. Entre ellos:

1. Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objeto es establecer programas de capacitación, abrir canales de comunicación con el Servicio Jurídico Asistencial del Hospital y facilitar el acceso de la población asistida a la justicia en la competencia de la Defensoría.
2. Convenio de Cooperación Socio-Asistencial - Hogar de Cristo, con el objeto de llevar a cabo actividades tendientes al cumplimiento de los fines declarados, comprometiéndose “El Hospital” a brindar asistencia integral a la población asistida, ya sean mayores de edad y/o niños, niñas y adolescentes a través de sus equipos interdisciplinarios y coadyuvar a la implementación de programas preventivos y asistenciales enfocados a la optimización de las condiciones socio-sanitarias, a través del sistema de atención progresiva, ya sea en la misma casa hogar o en las instalaciones de “El Hospital” y en los mecanismos de Consultorios Móviles y/o Servicio de Niños, Niñas y Adolescentes.
3. Convenio de Cooperación Socio-Asistencial con el Ministerio de Seguridad de la Nación, cuyo objeto es la cooperación y complementación entre las partes.
4. Convenio con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, cuyo objeto consiste en implementar estrategias y políticas públicas de abordaje terapéutico para construir y consolidar una red nacional de profesionales de la salud mental que permita efectuar derivaciones a los ámbitos públicos, generando vínculos de confianza con los profesionales para establecer una modalidad de trabajo conjunto. Desde el Hospital, se desarrollan acciones para la atención de la salud mental en el marco de las políticas públicas orientadas a priorizar los servicios asistenciales como promotores de derechos para todos los habitantes de la Nación, garantizando la aplicación e implementación de la política nacional de salud mental y comportamiento saludable en los organismos descentralizados en jurisdicción del Ministerio de Salud, y teniendo como referencia

la Ley N° 26657 cuyo objeto es asegurar el derecho a la protección de la salud.

En el plan estratégico referido, el Ministerio de Salud sostuvo:

Nuestro objetivo es hablar de salud, de proyectos, de realizaciones individuales y colectivas. Hablar de sujetos de derecho, la salud como derecho inalienable y el Estado como garante de ese derecho.

Citando al Dr. Floreal Ferrara, “no son las causas individuales las que condicionan la salud, sino que hay determinantes sociales que provocan el estado de salud, determinación social que sólo puede ser transformada si interviene la sociedad, si participa el pueblo. (...) la salud es un producto social, y como tal, no la transforman los técnicos, no la transforman los médicos, no la transforman los psicólogos ni los agentes sanitarios, la transforma el pueblo”.

Luego, en la parte dedicada al diagnóstico actual, sostuvo que:

En la actualidad, a partir de la intervención de noviembre de 2012, la mirada distintiva del establecimiento apunta a la subjetividad. No se pretende poner el acento en las sustancias, sino en el sujeto y su posición en relación al consumo. (...) Al no poner el acento en las sustancias, no se distingue entre sustancia lícita o ilícita, ni entre drogas blandas y duras. Aquí, lo importante será el tipo de *vínculo* que una persona establece con la sustancia, cualquiera sea su estatus legal o farmacológico. Es por ello que desde el primer momento del tratamiento se instala un dispositivo atendiendo a las necesidades de cada paciente.

En este contexto y para dar respuesta a lo que se plantea es que se llevarán adelante, de modo escalonado, las acciones innovadoras desarrolladas a continuación.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL (APSM)

En este marco una de las principales líneas de acción será la de desplegar acciones de Atención Primaria en Salud Mental (APSM) en la comunidad. La propuesta de profundizar las estrategias de APSM tiene como fin integrar dentro de la asistencia, la prevención de enfermedades, reducción de daños y la promoción de la salud. (...)

RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL

...Su objeto es complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disci-

plinas correspondientes mediante la práctica supervisada de tareas de progresiva complejidad y responsabilidad.

El residente deberá desarrollar su actividad formativa bajo un régimen de actividad a tiempo completo y con dedicación exclusiva. (...)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

...se observa aún un desfase entre la información que circula y la normativa vigente. Por tal motivo se comenzarán a desarrollar líneas de investigación especializadas en el tema de las patologías de consumo. Esta acción tiene como fin generar en el Hospital un espacio de producción de conocimiento y su consecuente aporte a la comunidad científica, docente, profesionales y población en general. (...)

CASAS AMIGABLES

Las denominadas “casas amigables” favorecen el ingreso a tratamiento de pacientes que aún no han generado pedido de asistencia. Este dispositivo posibilita trabajar desde la reducción de riesgo y daño, con intervenciones de umbral mínimo de exigencia posibilitando afianzar el contacto, construir una demanda a partir de la transferencia de conocimientos de sus derechos (salud, educación, identidad, etc.). (...)

CASA DE MEDIO CAMINO

...es un dispositivo de intervención clínica por fuera de la Institución para aquellos pacientes en condiciones de egresar de una internación que no tienen un grupo familiar receptivo, por cualquier motivo. Se trata de un dispositivo intermedio, entre el tratamiento dentro del Hospital y la comunidad. (...)

PROGRAMA VUELTA A CASA

...se inscribe a fines de reparar los efectos de la institucionalización de los pacientes que, por diversas razones, se encuentran alojados hace varios años en la Institución.

La implementación de este programa prevé el otorgamiento de un subsidio económico para pacientes que por razones principalmente económicas no pueden ser externados. (...)

LÍNEA 0800

...incorporar una línea 0800 que funcionará como un centro de consultas y orientación que atenderá a todas las personas que necesitan

asesoramiento sobre temas de salud mental y consumo problemático. Familiares, amigos, allegados o el mismo interesado pueden comunicarse para recibir información.

Luego se desarrolla el plan bianual detallando las apuestas estratégicas para poner en práctica los conceptos referidos previamente.

B) EL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN

Al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se le solicitó que remitiera la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal que haya instrumentado para abordar la problemática de las adicciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente las relacionadas con drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. También la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder, especialmente aquellos que tengan relación con las personas en situación de calle o pasillo que se encuentren en situación de consumo o en tratamientos de adicciones. Finalmente, que nos permitiera conocer si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial o convenios que efectúen algún abordaje complementario de la cuestión de las adicciones entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Poder Judicial.

Fue así que el director de Asuntos Judiciales de ese Ministerio, Dr. Sebastián Valentino, remitió copia de la contestación de la Secretaría de Gestión y Articulación Institucional, mediante la cual se informó que no cuenta con ningún programa específico para situaciones de adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características.

C) EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN

Al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación se le solicitó que nos remitiera la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal que haya instrumentado para abordar la problemática de las adicciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente las relacionadas con drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. También, la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder al respecto, especialmente aquellos que tengan relación con las personas en situación de calle o pasillo que se encuentren en situación de consumo o en tratamientos

de adicciones. Del mismo modo, se le pidió que indique los aportes en la materia de los Centros de Acceso a la Justicia que funcionan en los barrios más pobres de la Ciudad de Buenos Aires y que remita las estadísticas e información existente de su actividad respecto de las situaciones de acompañamiento a personas adictas a pasta base de cocaína que se encuentren en situación de calle o pasillo. Y por último, que se nos permitiera conocer si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial o convenios que efectúen algún abordaje complementario de la cuestión de las adicciones entre el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Poder Judicial.

El ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dr. Julio Alak, respondió que le había dado intervención a las áreas competentes de ese Ministerio y que remitía copia de sus intervenciones.

Las áreas que intervinieron fueron la Dirección Nacional de Política Criminal y la Subsecretaría de Acceso a la Justicia.

La Dirección Nacional de Política Criminal remitió un estudio sobre vulnerabilidad social, consumo problemático de sustancias psicoactivas e involucramiento en prácticas delictivas por parte de adolescentes y jóvenes. Dicho estudio se desarrolló en tres etapas. La primera implicó un relevamiento tanto de la bibliografía teórica como de las principales investigaciones empíricas disponibles sobre la problemática. La segunda consistió en el relevamiento y análisis de entrevistas a expertos, y la tercera, de un relevamiento y análisis de encuestas realizadas a personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas. La encuesta se realizó en cincuenta centros de atención para adictos durante 2013. Se obtuvieron alrededor de mil doscientas (1200) encuestas. De los resultados obtenidos, sólo en ocho casos los consultados reconocieron haber permanecido en situación de calle y haber delinquido para proveerse de las sustancias a las que eran adictos.

La misma Dirección Nacional adjuntó también las estadísticas de detenidos por el delito de infracción a la Ley N° 23737 (estupefacientes) desde 2009 hasta 2014.

Por su parte, la Subsecretaría de Acceso a la Justicia, a través de la Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia, informó que “no existe programa alguno vinculado con la temática planteada dentro de esta Dirección Nacional”.

D) EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

Al Servicio Penitenciario Federal se remitió oficio para solicitar al director nacional que instruyera al personal a su cargo para que prestara toda la colaboración que un funcionario judicial del equipo de investigación designado a tal fin les requiriera, con el objetivo de arribar a un acabado conocimiento del abordaje efectuado por esa institución en la materia. Se dejó constancia de que el funcionario judicial referido fue comisionado para realizar las entrevistas que fueran menester y acceder a las instalaciones necesarias o cualquier otra actividad con el fin de producir un pormenorizado informe judicial al respecto.

El alcaide mayor Gabriel E. Aquino, subdirector de Secretaría General, respondió que:

...a fin de dar cumplimiento al requerimiento formulado llevo a su conocimiento que tomó intervención la Dirección Principal de Trato y Tratamiento, quien elaboró el informe que en fotocopias debidamente certificadas se adjuntan al presente.

El informe referido se limitó a decir que:

...la Ley Número 24660 “Ejecución Penal de la Pena Privativa de Libertad” en su artículo 150 expresa que los detenidos alojados en los establecimientos penitenciarios no pueden ser sometidos a investigación; no obstante la temática que abordaría dicho referente judicial preservaría la intimidad de las personas privadas de la libertad.

En cuanto a las entrevistas con los internos, se debería poner en conocimiento a los tribunales de la causa para autorizar dicha actividad, sin embargo en lo que respecta al conocimiento del abordaje llevado a cabo en nuestra institución, como a las recorridas en las instalaciones, es resorte institucional su autorización, que de efectivizarse sería oportuno que los diagnósticos concluidos sean compartidos institucionalmente.

E) EL DEFENSOR GENERAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Al defensor general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se le solicitó que tuviera a bien remitir la nómina de acciones desplegadas por la Defensoría General para abordar la problemática de las adicciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente relacionadas con drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. También la totalidad de información obrante en su poder a este respecto, como instrucciones impartidas a las Defensorías,

protocolos de actuación existentes al respecto, convenios con otras entidades u otros poderes del Estado, datos estadísticos efectuados por las Defensorías relativos al tema y cualquier otra información que considere que puede resultar de utilidad. Finalmente, se le pidió que nos permitiera conocer si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Ejecutivo o convenios que efectúen algún abordaje complementario de la cuestión de las adicciones entre la Defensoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Poder Ejecutivo local.

El Defensor General Horacio A. Corti respondió que:

...mediante Resolución DG N° 209/15 se creó el Programa de Atención Profesional Especializada, cuya misión es asistir a la Defensa Pública con el objeto de contribuir a un mejor y más eficaz aseguramiento de los derechos de las personas con padecimiento mental y/o trastornos psíquicos severos que requieran la atención de los magistrados de este Ministerio Público de la Defensa.

Asimismo, con referencia a la requisitoria cursada, es dable destacar que en el mes de junio del año en curso se celebró un Convenio de Cooperación con la Asociación Civil Ciudadanos en Movimiento, cuyo objetivo primordial es profundizar la lucha contra las adicciones y garantizar la inclusión social de los ciudadanos que estén en condiciones de vulnerabilidad latente.

F) LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, EXCEPTUANDO LA MATERNIDAD SARDÁ

A la mayoría de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se les solicitaron datos e información similares, exceptuando a la Maternidad Sardá, debido a su actuación específica de índole materno-infantil.

Respecto de los hospitales, en términos generales, se les solicitó que remitieran la nómina de pacientes con adicciones que están actualmente en tratamiento, detallando de ser posible aquellos que padecen además de tuberculosis, VIH o cualquier otra patología asociada al consumo problemático de drogas y que su contagio esté relacionado con problemas de adicciones. También, que informaran las personas fallecidas en el transcurso del presente año como consecuencia de haber padecido cualquier enfermedad asociada con las adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. Del mismo modo, que indicaran la cantidad de pacientes que finalizaron satisfactoriamente tratamientos por adicciones en el

presente año y las herramientas que a su criterio resultaron más eficaces para esta clase de problemática. Y finalmente, que nos permitieran conocer si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial o convenios, o cualquier tipo de actividad complementaria, entre la institución a su cargo y dicho poder. En caso afirmativo, que acompañaran copia de la documentación existente relacionada con la cuestión.

Pues bien, la jefa de la Unidad de Toxicología del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, la Dra. María Marta Nieto Gabarret, informó que:

La Unidad de Toxicología realiza diferentes tareas, entre las cuales se encuentra la temática del uso indebido de drogas.

En lo que respecta a la problemática de las adicciones, la Unidad de Toxicología desempeña actividades de: capacitación, prevención, detección precoz, orientación y asesoramiento, así como *desintoxicación en la etapa aguda, siempre en pacientes pediátricos*.

Las consultas de orientación y asesoramiento pueden ser tanto ambulatorias como telefónicas, durante las 24 horas, sin discriminar rango etario. Estas consultas provienen de instituciones tanto públicas como privadas, de colegios públicos y privados, de consultorios médicos, de familiares y allegados a los pacientes y también personales. Las consultas telefónicas provienen de CABA, de la Provincia de Buenos Aires y del interior del país.

En lo referente a la atención clínica de las adicciones, se asisten pacientes hasta los *17 años (ambulatorio)*, que presentan distintos cuadros de intoxicación por drogas de abuso, cuadros de abstinencia y complicaciones que derivan del consumo.

Estas consultas pueden requerir internación (siempre en referencia a la etapa aguda). Los pacientes se internan en sala de guardia o en sala general. La internación se realiza hasta los *14 años* de edad.

La Unidad de Toxicología no cuenta con camas de internación propias. Cabe señalar que el área de urgencias no cuenta con ningún sector específico para esta patología, siendo la internación de tipo indiferenciada.

Si el paciente requiere internación en sala de Clínica Médica, no existe ninguna sala con camas destinadas específicamente para uso indebido de drogas.

Los pacientes son asistidos en guardia por el médico toxicólogo junto al médico clínico, el médico psiquiatra y el asistente social.

En el caso de pacientes sin contención familiar y/o en situación de calle, llegan al hospital muchas veces acompañados por un operador

terapéutico del Ministerio de Desarrollo Social, o un amigo, en ocasiones también solos.

El paciente que ingresa es evaluado por el médico toxicólogo y también clínicamente con exámenes complementarios pertinentes, para detección de otras posibles patologías y su posterior derivación, en el caso que corresponda.

Los pacientes que tienen una familia continente pueden ser derivados a atención ambulatoria para su seguimiento.

En relación a los menores intoxicados por consumo de drogas que se encuentran bajo una gran vulnerabilidad social (situación de calle), una vez que están desintoxicados y estabilizados, una asistente social debe tramitar su derivación a un centro que asigna el Ministerio de Desarrollo Social.

Se suelen presentar largas demoras en la derivación (en ocasiones hasta más de un mes). En ese tiempo de espera, en ocasiones se fugan del hospital.

La *decisión de la internación* dependerá de la evaluación clínica, toxicológica y del equipo de salud mental de guardia, teniendo en cuenta los recursos y la modalidad de atención que brindan los servicios del hospital, en el marco de la Ley de Salud Mental N° 26657.

La Unidad de Toxicología aplica un abordaje de atención que tiene como objetivo la abstinencia de las drogas que se consumen, considerando que un tratamiento basado en la reducción de daños no garantiza la recuperación de la salud y la rehabilitación del paciente, sobre todo tratándose de pacientes pediátricos.

Se destaca la necesidad de la existencia de un Programa Preventivo Permanente para el consumo de drogas de abuso.

Se requiere capacitación y actividades de prevención en las escuelas tanto primarias como secundarias, siendo imprescindible destinar presupuesto y personal capacitado para poder llevarlas a cabo.

1. En los últimos tiempos se han realizado algunas derivaciones por parte de la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, de pacientes adictos, generalmente de larga data, sin criterio de intoxicación aguda (el consumo crónico de sustancias no representa en sí mismo un criterio obligado de internación en un hospital general de agudos), o sintomatología clínica que indicara su internación al momento de la evaluación por el equipo de guardia (médico pediatra, Lic. en Salud Mental, médico toxicólogo), como así también con la negativa del paciente a permanecer en el hospital.

2. Nómina de pacientes con uso indebido de drogas en situación de calle que han sido asistidos en la Unidad de Toxicología del año 2013 a la fecha (sin DNI)...

Aquí se acompaña una nómina señalando nombre y apellido de treinta y seis (36) personas. En un solo caso se asigna el apellido NN y en uno solo también se indica que padecía de tuberculosis. El listado de nombres no se agrega al presente informe para preservar la privacidad de los pacientes.

El informe continúa:

3. Ninguna persona ha fallecido en el transcurso de este ni los años anteriores.
4. La Unidad de Toxicología desempeña tareas de desintoxicación aguda (como fue explicado previamente). No realiza actividades de deshabitación de pacientes en situación de calle. Dadas las características de policonsumo crónico, como así también su situación social, los pacientes requieren ser admitidos en un dispositivo orientado a la recuperación para adicciones crónicas.

El compromiso de la internación de estos pacientes para su desintoxicación aguda (si es que la requieran) es por el plazo de 48 a 72 hs.

No existe convenio ni protocolo entre el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde y el Poder Judicial.

Por su parte, el Hospital General de Agudos Dr. Francisco Santojanni respondió incorporando el informe de una médica psiquiatra y de una médica toxicóloga. La médica psiquiatra, Dra. Laura Godoy Di Pace, informó:

Respecto de las patologías señaladas sólo se atienden interconsultas solicitadas por los equipos médicos de internación de las distintas especialidades.

Dichas intervenciones fueron consecuencias de internaciones clínicas, quirúrgicas, obstétricas.

Los pacientes fueron dados de alta coordinando las derivaciones en el lugar de referencia, al Sedronar u obra social. Uno de los cuales no aceptó la propuesta, por lo que se le dio un turno para concurrir ambulatoriamente, no cumpliendo con el tratamiento propuesto (psiquiátrico y psicológico).

En forma ambulatoria se están tratando pacientes menores con VIH no asociado al consumo de drogas, sino heredado de sus progenitores.

Seis pacientes con consumo de alcohol. Un paciente con VIH asociado a drogadicción. Cuatro con VIH que actualmente no consumen drogas. No se registran pacientes con TBC asociada.

Respecto a personas fallecidas en el transcurso del presente año como consecuencia de haber padecido cualquier enfermedad asociada a adicciones a drogas o sustancias similares, no ha habido dentro del marco de las interconsultas realizadas ni de pacientes con tratamiento ambulatorio. Desconocemos fallecimientos de pacientes internados cuyos médicos tratantes no hayan pedido interconsulta por Salud Mental.

Dos pacientes con abuso de alcohol han finalizado satisfactoriamente tratamiento por dicha adicción. En estos casos se realizó tratamiento psiquiátrico con medicación y psicológico, trabajando también su reinserción social.

Al momento, no contamos con un protocolo de actuación conjunta con el Poder Judicial o convenios. Les agradeceremos que de existir, nos lo hagan llegar o nos informen cómo obtenerlo para trabajar en equipo, para el bienestar y curación de los pacientes.

Todo lo expresado se ha llevado a cabo sin perjuicio de señalar que se requiere contar con más recursos humanos y físicos.

Por su parte, la médica toxicóloga Dra. Mónica Nápoli del Servicio de Toxicología informó:

1. En primer lugar, los datos solicitados con respecto a nómina de pacientes, porcentaje de consumidores de drogas y consumidores de pasta base están volcados en las estadísticas diarias que se entregan oportunamente al Departamento de Estadísticas de este Hospital para ser elevados al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y luego al Ministerio de Salud de la Nación.
2. El Hospital no cuenta con un servicio interdisciplinario de atención a los pacientes consumidores de drogas. Mi tarea particular como toxicóloga del Hospital consiste en la atención por consultorios externos de los pacientes ambulatorios y las interconsultas que se efectúan por pedido de la guardia y los servicios de internación.
3. Los datos sobre mortalidad solicitados son registrados en la oficina de admisión y egresos.
4. Considerando que la herramienta más efectiva para el tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas es contar con un equipo interdisciplinario de atención durante 24 horas y con una internación para tratamientos breves y luego derivación a los centros de atención adecuados; y como es de su

conocimiento, este Hospital propone la creación de un grupo de trabajo de toxicología y un sector de internación para desintoxicación, para lo cual se elevó el presupuesto correspondiente para hacerlo efectivo dentro del período 2016.

El Hospital Bernardino Rivadavia respondió mediante un informe de su jefe de Servicio de Psiquiatría, Dr. Alejandro Ferreira, quien sostuvo:

Informo a Ud. con relación a la carátula (...) que los pacientes que solicitan atención en los consultorios externos de este nosocomio son admitidos por equipos interdisciplinarios, según el rango etario de edad del consultante, a saber: niños y adolescentes, de 20 a 40 años, de 40 a 60 años y mayores de 60, y no por patología, siendo las adicciones una más de las múltiples problemáticas y trastornos que se asisten, no contando con equipo especializado para esa patología ya que todos los profesionales de la planta se encuentran capacitados para su atención. Al momento de la admisión de los pacientes se selecciona junto a la hoja de admisión de la historia clínica del servicio el consentimiento informado y la ficha epidemiológica de primera entrevista donde constan los datos que se están solicitando, tanto sociales, laborales, de vivienda, estudio, etc., como el diagnóstico presuntivo o motivo de consulta de ingreso codificado según el CIE 10. Esa ficha es remitida a la Dirección General Adjunta de Salud Mental a cargo de la Dra. María Grosso para la confección de las estadísticas generales de Salud Mental del GCBA (se adjunta ficha epidemiológica).

El Hospital General de Agudos Tornú, a través de su director médico, el Dr. Luis Eduardo Castaniza, informó que:

...los Usuarios con patología por consumo de sustancias son orientados y derivados a la Red de adicciones dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En cuanto a la estadística solicitada, no contamos con camas de internación psiquiátrica.

Por su parte, el Hospital General de Agudos Parmenio Piñero respondió con la remisión de dos informes. Uno de su jefe de Consultorios Externos de Salud Mental y otro del médico infectólogo a cargo del Grupo de Trabajo de Infectología.

El Dr. Juan Dobón, médico psiquiatra y jefe de Unidad de Consultorios Externos de Salud Mental, informó que:

...en el área de consultorios externos del Servicio de Salud Mental desde enero 2015 a la fecha hay 112 pacientes en tratamiento ambulatorio por adicciones (están excluidos en esta cifra los que hicieron una o dos consultas y dejaron de venir o fueron derivados), y además se agregan los que consultan por adicciones y portan el virus del VIH que fueron 64, abandonaron 23 y en atención hay 41, cifra que se suma a la anterior haciendo un total de 153 pacientes en atención en este momento. Asimismo no tenemos datos de personas que hayan fallecido como consecuencia de haber padecido cualquier enfermedad asociada a la ingesta de drogas este año.

Aún no hemos dado altas de tratamientos en lo que va del presente año y respecto de las herramientas, nuestro abordaje es interdisciplinario y con políticas que incluyen la reducción de daño, no obstante si hay riesgo de vida se utiliza la abstinencia. Trabajamos en esta óptica desde el caso por caso.

Finalmente informamos que respecto a si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial, desde lo formal nos manejamos a través de oficios judiciales enviados por la Justicia y su consecuente respuesta caso por caso. También recibimos pedidos de informes del Patronato de Liberados y del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la CABA. Informalmente mantenemos diálogos pertinentes si el caso lo amerita.

Asimismo, el Dr. Aldo A. Maranzana, médico infectólogo a cargo del Equipo de Trabajo de Infectología, informó que:

...este Grupo de Trabajo de Infectología tiene a cargo la atención de 837 pacientes con serología positiva para VIH, de los que no se puede especificar cuántos son usuarios de droga activos. Por otro lado, la Ley nacional de Sida N° 23798 en su artículo 2° impide individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Finalmente, la coordinadora del Centro Biedak, que depende del CeSAC N° 10 y del Hospital Penna, la Lic. Alicia Agra, informó que:

...el total de admisiones de enero al 31 de octubre del corriente año: 195. El número de pacientes que se encuentran en tratamiento en nuestro centro: 62.

Teniendo en cuenta que el Dr. Gallardo realiza un estudio sobre personas en situación de calle o pasillo afectadas por consumo de sustancias, podemos informar que dentro de los 62 pacientes en tratamiento,

en la actualidad un total de 16 pacientes que se encuentran en calle, hoteles y hogares.

Del total de admisiones en 2015 (195 historias clínicas) se registran 24 en situación de calle, hotel u hogares.

Respecto al punto que se solicita detallar las enfermedades (TBC, VIH, etc.), pongo en su conocimiento que a partir del 1° de septiembre del corriente año NO contamos con médica clínica en nuestro dispositivo (por jubilación). Razón por la cual derivamos sólo a pacientes más comprometidos a los clínicos del CeSAC N° 10. También es importante destacar que hay pacientes a quienes se le indican estudios complementarios que al abandonar el tratamiento no se posee registro de los resultados.

De las historias clínicas de pacientes en tratamiento, en la actualidad se encuentran consignadas las siguientes patologías y cantidad de pacientes que las padecen:

- Gastritis: 7
- Hepatitis B: 1
- Hepatitis C: 1
- Esteatosis hepática: 3
- Diabetes: 2
- Hipertiroidismo: 2
- Bronquitis: 2
- Tuberculosis: 2
- Hipertensión: 3
- ACV: 1
- Chagas: 1
- Sífilis: 1

Respecto al punto sobre las personas fallecidas en el transcurso del presente año, NO tenemos información.

En relación a las herramientas que consideramos más eficaces en este tipo de tratamiento:

Pensamos que la problemática de las adicciones es muy compleja y la forma más eficaz para su tratamiento es un abordaje interdisciplinario que permita tener distintas miradas. Es importante en las admisiones poder discernir el dispositivo de tratamiento más adecuado para cada paciente en particular, considerando así la singularidad y la relación de cada individuo con la sustancia. Es interesante la inclusión de la familia en el tratamiento.

Trabajamos en la línea de reducción de daños.

De necesitar mayor información de nuestro centro o ampliación de datos estadísticos, le agradeceré pueda solicitarlos con tiempo suficiente para que nos posibilite revisar historias clínicas con precisión.

G) LA MATERNIDAD SARDÁ

A la Maternidad Sardá se le solicitó que remitiera la nómina de pacientes que están actualmente en tratamiento por haber nacido de madres que padecen tuberculosis, VIH o cualquier otra patología asociada al consumo problemático de drogas y que su contagio esté relacionado con problemas de adicciones. Que informara la cantidad de personas fallecidas en el transcurso del presente año como consecuencia de haber padecido su madre cualquier enfermedad asociada a la adicción a drogas tales como pasta base de cocaína o sustancias de similares características. Asimismo, que indicara si existen protocolos de actuación conjunta con el Poder Judicial, convenios o cualquier tipo de actividad complementaria entre la institución a su cargo y dicho poder. Finalmente, que se nos permitiera conocer si existe algún abordaje específico para los casos de madres en situación de consumo de drogas y, en caso afirmativo, que remitiera la totalidad de documentación obrante en su poder, con la indicación del apoyo de entidades estatales ajenas al hospital que colaboran para la materialización de dicho abordaje.

La Dra. Elsa C. Andina, directora médica de la maternidad, respondió con la remisión de los informes efectuados por los Dres. Guillermo Luchtenberg y Marcela Ortiz de Zárate. Y agregó que, en lo concerniente a la existencia de protocolos de actuación de la índole que se mencionan, se adjuntó un informe sobre el abordaje a la problemática traída a conocimiento, que es llevado a la práctica por el Servicio Social y el Servicio de Salud Mental.

Así, el Dr. Luchtenberg dejó constancia de que:

...en los registros de recién nacidos fallecidos en lo transcurrido hasta la fecha del año 2015 en el HMIR Sardá no figuran fallecidos donde pueda relacionarse el fallecimiento del recién nacido con antecedente de adicción materna a drogas.

Por su parte la Dra. Marcela L. Ortiz de Zárate, pediatra infectóloga, indicó que “no tenemos en el año 2015 niños tratados por TBC/VIH en los que conste adicción a drogas de consumo ilícito en su madre”.

Finalmente, la Lic. Gabriela Dolinsky de la División del Servicio Social sostuvo, acerca del abordaje de la problemática por parte del equipo interdisciplinario, que:

El Servicio Social, como integrante del equipo de salud, participa en el proceso de remoción de obstáculos que impidan el acceso al goce pleno del derecho a la salud.

(...) Se trabaja para que el sujeto sea protagonista de su propia transformación.

El embarazo se presenta como “el momento oportuno” (quizás el único) en el cual la mujer se acerca al sistema de salud, por lo tanto este es un espacio en el que es posible desplegar estrategias de intervención integral. La consejería a la embarazada incluye el riesgo que representa el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales para la salud de la madre y su hijo/a.

Desde la labor dentro del equipo interdisciplinario, se intenta poder pensar juntos cuál es la mejor manera de trabajar en la problemática y optimizar los recursos humanos, institucionales y, en el caso de un hospital como el nuestro (Materno-infantil), respetar cuál es la mejor opción para madre y niño a futuro, abordando todas las formas posibles de familia presentes en cada situación.

(...) Por nuestra parte, desde aquello que la experiencia nos señala, consideramos que la mayor apuesta dentro de esta actividad se encuentra dada por la corriente de reducción de daños.

(...) El objetivo básico en cualquier intervención de disminución de riesgos es un cambio de conducta, lo cual se produce a través de la relación interpersonal, las personas están dispuestas a hacer pequeños cambios que no modifiquen sus estilos de vida. Cualquier cambio que modifique una situación de consumo hacia otro modo de consumo o hacia la abstinencia, implica cambios a muchos niveles.

Dentro de ese contexto, la familia actúa como soporte de la relación del binomio madre/hijo, ubicándose como un sistema de red de apoyo social, es por ello que en cada situación se intenta en la medida de lo real y lo posible, convocar a quienes estén dentro de las relaciones que cumplen ese rol (abuelos, tíos, primos, vecinos, otros) para realizar una tarea conjunta.

(...) Los problemas sociales no tienen límites disciplinarios. Es por ello que los contextos sociales cada vez más complejos en la actualidad exigen una continua colaboración de profesionales de diversas disciplinas que trabajen juntos, compartan información,

conocimientos y habilidades. Esto significa no solamente el trabajo conjunto al interior de la institución, sino el contacto interinstitucional (Centro de atención en consumo problemático, Consejo de protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Servicios locales de Protección de Derechos, Juzgados, Defensorías, ONG, otros)". (...)

Finalmente, con un procedimiento llamativo, el 30/12/2015 respondió también el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. José T. Borda, por intermedio de su director médico el Dr. Ricardo Miguel Picasso, que a su vez remitió su informe al gerente operativo de Asuntos Judiciales e Institucionales del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Ignacio Olivera, con copia a la directora general de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, la Dra. María Concepción Grosso (quien a su turno no respondió los pedidos de informes que le fueron oportunamente remitidos). El Dr. Ignacio Olivera, en lugar de enviar el informe del Hospital Borda a la sede del equipo de investigación tal como le había sido requerido en el oficio pertinente, lo remitió al Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires. En su nota de remisión, inexplicablemente señaló que "En atención a que el oficio cursado se realiza en el marco de un Equipo de Investigación Res. PCM (CABA) N° 639/2015, y no dentro del marco de una causa judicial, se giran los presentes para su conocimiento y prosecución del trámite que estime corresponder". Con buen tino y celeridad, el Dr. Enzo Pagani, actual presidente del Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires remitió de inmediato dicha respuesta al Equipo.

En su informe, el director médico del Hospital Borda sostuvo:

Al respecto debo informar que el tratamiento de las adicciones no se halla entre los motivos de consulta admitidos por el Hospital Borda. Se tratan sí otros cuadros psiquiátricos y en numerosos casos esos otros trastornos se acompañan de consumo abusivo de sustancias incluyéndose el alcohol.

El abordaje terapéutico de estos pacientes con enfermedad psiquiátrica y adicción es muy diferente al de aquellos que sólo padecen adicción o que, además de su drogadependencia, presentan un trastorno de la personalidad.

Estos últimos casos son orientados hacia el Cenareso.

Cabe aclarar también que el Hospital Borda no cuenta con Departamento de Adicciones.

Pues bien, de las respuestas recibidas pueden extraerse algunas conclusiones. En primer lugar, que el fenómeno de la severa concentración de la riqueza, que tiene como correlato la existencia de importantes universos humanos en situación de pobreza extrema y vulneración de derechos, exige reformas sustanciales dentro de las estructuras estatales para poder dar respuestas eficaces a ese fenómeno. Es que a pesar de los dignísimos impulsos particulares de algunos actores, de la vocación de colaboración y del conocimiento generalizado de la necesidad de un abordaje interdisciplinario y de trabajo en equipo, los dispositivos existentes se muestran insuficientes para responder correctamente a la problemática.

Con las respuestas obtenidas se evidencia, en primer lugar, que no existe un abordaje específico para una problemática que se extiende, que abarca a miles de personas sólo en nuestra ciudad y que es potencialmente muy peligrosa para la comunidad, fundamentalmente por el riesgo de contagio de enfermedades muchas veces mortales, como la tuberculosis multirresistente.

Si bien es notoria la vocación de colaboración de quienes están “en la primera línea de fuego”, también lo es la necesidad de efectuar una coordinación mucho más profunda sustentada en un desarrollo estratégico de abordaje integral, interdisciplinario y con objetivos de corto, mediano y largo plazo. Para ello, es preciso destinar recursos materiales y humanos capacitados, y estructurar acuerdos complementarios de actuación incluso de índole interjurisdiccional.

1.4. ¿QUÉ ES LA NOCHE DE LA JUSTICIA?

La Noche de la Justicia es un momento en el que un grupo de personas de diversos orígenes se congrega en la tarea común de recorrer las calles de la Villa 21-24 y del NHT Zavaleta para encontrarse con personas adictas en situación de calle o pasillo. La actividad es organizada por los sacerdotes de la parroquia Ntra. Sra. de Caacupé. Unos voluntarios cocinan y otros distribuyen los alimentos en la recorrida, interactuando con los pibes de las más diversas formas; una charla, un

abrazo, una orientación o un auxilio médico son las más frecuentes. Se llamaba Noche de la Caridad y cambió su nombre a la luz de los nuevos principios eclesiales del Papa Francisco. No es caritativo ni generoso aquel que da al semejante lo que lo excede. Es simplemente un acto de justicia distribuir lo que nos sobra.

La experiencia de La Noche de la Justicia fue fundamental para el equipo. Más allá de quienes profesamos la religión católica y damos al evento un cariz espiritual y cristiano, lo fue también para aquellos que tienen otras creencias o para quienes sencillamente no creen.

Descubrir el otro mundo que habitan esos seres humanos, su realidad por momentos tan lejana a la nuestra, sus derechos casi inexistentes, sus vidas blindadas y estigmatizadas, su bondad inexplicable en el contexto de violencia en el que viven, todo fue central al momento de pretender entender qué teníamos que hacer. Además, ver el nexo útil y fuerte entre los chicos que se encuentran ya en un camino de recuperación y los que aún no comenzaron a transitarlo fue uno de los más importantes hallazgos.

Nuestra visión recién pudo ser completa con las Noches de la Justicia, de la mano del Padre Charly y su grupo de sacerdotes y laicos.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1. ADICCIÓN, DEPENDENCIA Y CONSUMO PROBLEMÁTICO

Si bien tradicionalmente la afectación por el consumo de sustancias era conocida como adicción o dependencia, en la actualidad se utilizan otras categorías que intentan explicar de manera más precisa un fenómeno sumamente complejo. Así, hoy se habla –no sólo desde la medicina y la psiquiatría, sino también en el lenguaje no técnico– de uso y abuso de sustancias, de consumos problemáticos, de dependencia y de adicción, entre otras categorizaciones.

Más allá de que el análisis en profundidad de los conceptos antes enunciados excedería el marco del presente trabajo, resulta conveniente efectuar algunas precisiones partiendo desde las definiciones aportadas por las normas jurídicas específicas que regulan la cuestión en análisis, pero fundamentalmente desde la medicina y la psiquiatría.

2.1.1. Definiciones normativas

En muchas de las normas específicas sobre consumo de drogas se incluyen definiciones tendientes a precisar conceptos que suelen utilizarse de manera confusa fuera de los ámbitos científicos. Esa precisión conceptual facilita la comprensión de un fenómeno sumamente complejo y contribuye a su correcto abordaje.

Así, la Ley N° 2318 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, relativa a la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo,¹⁵ brinda las siguientes definiciones de los conceptos en cuestión:

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,

15. Sancionada el 3/5/2007 y publicada en BOCBA N° 2702.

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.

A su vez, la Ley nacional N° 26934 de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos¹⁶ define dichos consumos como aquellos

...que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

2.1.2. Enfoques en torno a los consumos problemáticos de drogas desde la promoción de la salud

Desde la medicina se suele definir a las drogas como aquellas sustancias químicas que se incorporan al organismo humano con capacidad para modificar una o varias de sus funciones y cuyos efectos, consecuencias y propósitos están condicionados por las definiciones

16. Sancionada el 20 de abril de 2014 y publicada en el BO N° 32894.

sociales, económicas y culturales que generan los diferentes conjuntos sociales que las utilizan.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la droga como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia.

La dependencia de las drogas vista desde esta perspectiva, denominada relacional, es consecuencia no sólo del efecto farmacológico de una sustancia sobre el organismo, sino de los modos en que las personas elaboran cuestiones tan diversas como los procesos estructurales en los que están inmersos, las relaciones sociales que derivan de ellos, las expectativas culturales que poseen, los procesos de identificación y construcción del yo que llevan adelante, y las estrategias de interacción con los otros.

Así, la adicción es entendida como un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias utilizadas, pero también los aspectos genéticos, el entorno social, los rasgos psicológicos y las experiencias sociales y personales.

Se considera que un consumo problemático es aquel que genera una pérdida del control de sí mismo o que permite a la persona incurrir en prácticas de riesgo para ella o para los demás por estar bajo los efectos de una sustancia. Un uso de drogas problemático ocurre cuando este afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– una o más áreas de la persona:

- su salud física o mental;
- sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos);
- sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio);
- sus relaciones con la ley.

No obstante, no todo consumo problemático puede ser caracterizado como adicción. Se considera drogodependencia al fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto

de su vida cotidiana en torno a este hecho. Así, la adicción a las drogas implica un aumento cuantitativo y cualitativo del consumo, que deriva en la ausencia de proyectos de vida independientes de ese consumo. Las sustancias dejan de proporcionar placer (aunque el consumidor lo busca infructuosamente) y pasan a estar al servicio de evitar el displacer.¹⁷

Así, puede sostenerse que:

- Uso: es el consumo esporádico y circunstancial de una droga.
- Abuso: se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones, o cuando se recurre a diferentes drogas.
- Adicción: la dependencia se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica. Es consecuencia de la exposición reiterada a una droga.
- Dependencia física: estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la reiteración del consumo para evitar malestares físicos ocasionados por la falta de ella en el organismo.
- Dependencia psíquica: es la compulsión a repetir el consumo de una sustancia psicoactiva para sentir placer o evitar el displacer que produce la carencia de la droga.
- Tolerancia: es la adaptación del organismo por la cual se produce la necesidad de aumentar la dosis consumida para conseguir el efecto buscado. Esta tolerancia está en relación con la dependencia física y el síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia: es el conjunto de signos y síntomas que aparecen relacionados con la brusca supresión de la administración de una droga. Si bien esto es similar en todas las drogas, el cuadro es característico para cada sustancia psicoactiva y presenta las variaciones individuales de cada paciente.

Para comprender el consumo de drogas se debe tener en cuenta la multiplicidad de formas que pueden asumir dichos usos, en los cuales se ponen en juego, además de las sustancias y los sujetos, las políticas,

17. En este apartado se retoman fragmentos del “Informe de diagnóstico de situación de adolescentes y jóvenes en Argentina” y del “Resumen ejecutivo: Principales problemáticas de salud y derechos de adolescentes y jóvenes”, elaborados por Ana Clara Camarotti y Alejandro Capriatti, en el marco del proyecto de investigación (CM 639/15) dirigido por el Dr. Andrés Gallardo.

programas y servicios existentes, las representaciones o imaginarios vinculados con las prácticas individuales y colectivas, así como los contextos sociales y políticos más amplios.

A partir de la información sobre condiciones de vida y de salud, se sostiene que el escenario de barrios populares, villas y asentamientos presenta como rasgo distintivo una mayor susceptibilidad de que los usos de drogas devengan en consumos que generen problemas para la salud física y/o psíquica, fragilicen los vínculos familiares y afectivos, profundicen los desencuentros con el ámbito escolar y el mundo del trabajo, y multipliquen los conflictos con la policía y el sector judicial. Esta hipótesis se fundamenta en la combinación de las siguientes proposiciones:

- Peores condiciones de vida y acceso desigual a recursos y oportunidades, tal como se presentó en el segundo punto del presente resumen.
- Menos recursos estatales y comunitarios existentes tanto para la prevención y promoción de la salud, como para brindar respuestas socio-sanitarias en atención y tratamiento, vulnerando el derecho a la salud y a la prevención.
- Escasos espacios recreativos, culturales y deportivos juveniles, los cuales se tornan indispensables en la vida de los jóvenes ya que allí se producen los vínculos de sociabilidad entre pares. De este modo, debemos entender el consumo de drogas en estos barrios como una práctica de relevancia en tanto se convierte en un elemento disponible para estos jóvenes.
- Circulación y disponibilidad de sustancias de peor calidad, mayor toxicidad y mayor nivel de dependencia.

Clasificación y caracterización de las sustancias

Las drogas que actúan a nivel del sistema nervioso central –denominadas psicomoleculares– modifican la conducta y alteran la conciencia. Tienen como particularidad la capacidad de producir dependencia física y/o psíquica, tolerancia y síndrome de abstinencia, y se clasifican de acuerdo a su acción sobre el sistema nervioso central (en adelante SNC) en:

- Estimulantes: estimulan el SNC, quitan la sensación de hambre y sed, son anorexígenas, evitan la sensación de fatiga y sueño. Ej.: anfetaminas, éxtasis, nicotina, cocaína, paco, etc.
- Depresoras: deprimen el SNC, algunas son hipnóticas, sedantes y ansiolíticas, tranquilizantes y anestésicas. Ej.: etanol, benzodiacepinas, opio y derivados, solventes volátiles, barbitúricos, etc.
- Alucinógenas: producen alucinaciones, distorsión de la percepción de la realidad, sinestesia (*oír los colores o ver la música*), desorientación temporo-espacial, etc. Ej.: marihuana, hashish, LSD, hongos alucinógenos, etc.

Sin perjuicio de que el presente estudio diagnóstico tiene por objeto el consumo del paco por parte de la población que vive en situación de calle o de ranchada en las villas que integran el Cinturón Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es necesario tener presente que entre los usuarios de paco es muy frecuente el consumo de marihuana y de cocaína en sus diversas presentaciones. Al respecto, suele afirmarse que la marihuana es por lo general la primera droga que los niños y jóvenes consumen, “la puerta de entrada” a las demás drogas llamadas duras.

Por esa razón se dedicará un apartado a explicar brevemente las características de las drogas de consumo habitual en la población objeto de estudio y, especialmente, la diferencia entre paco y pasta base de cocaína.

MARIHUANA

Marihuana es el nombre común de la planta *cannabis sativa*, así como de la droga que se prepara con sus flores. Los componentes químicos de las hojas y flores de la *cannabis sativa* se conocen bajo el nombre de canabinoicos, entre los que se encuentra la llamada THC o delta-9-tetrahidrocanibinol, utilizada para la elaboración de la marihuana.

Cabe destacar que el extracto de cannabis o marihuana fue en su tiempo utilizado médicamente de forma extensiva y que en la actualidad sigue siendo de aplicación médica, aunque en forma muy limitada.

La marihuana habitualmente se fuma, pero también se puede ingerir por vía oral, integrada a comidas o bebidas.

Su consumo afecta principalmente al cerebro, los pulmones y el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el

sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos. Por otra parte, el consumo habitual de marihuana puede generar una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína y la sobredosis puede provocar alucinaciones.

Los efectos adversos que produce el consumo de marihuana son:

- En el cerebro: su químico activo, el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol), viaja por el cuerpo, incluido el cerebro, produciendo efectos adversos, entorpece la coordinación y el equilibrio al adherirse a los receptores en el cerebelo y a los ganglios basales, que son las partes del cerebro que regulan el equilibrio, la postura, la coordinación y el tiempo de reacción. Diversas investigaciones señalan que un consumo prolongado y frecuente de marihuana disminuye la función focalizadora de la atención y, en consecuencia, se reduce el rendimiento intelectual. Además, la marihuana no sólo afecta las funciones cognitivas a largo plazo, sino que induce alteraciones afectivas. La principal de ellas es el síndrome amotivacional, caracterizado por un cuadro clínico subdepresivo de apatía, abulia, alexitimia, abandono del cuidado personal, ideas de minusvalía, etc.

A las alteraciones antes mencionadas se suman otros trastornos psicomotores, como disminución de los reflejos, parquedad de movimientos y lentitud en los desplazamientos, y todo ello tiene como consecuencia directa una falta total de voluntad propia y un deterioro en las habilidades comunicativas, que llevan a un retraimiento social. Lo que diferencia este estado de un estado depresivo es la pérdida de la introspección, de manera que la persona no tiene conciencia de la conducta psicopatológica que está presentando; por lo tanto, no hay búsqueda de ayuda médica.

Con altas dosis se puede experimentar psicosis aguda, que incluye alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de la identidad personal o autorreconocimiento. Las reacciones psicóticas a corto plazo a las concentraciones altas de THC son distintas a los trastornos de mayor duración, parecidos a la esquizofrenia, que han sido asociados con el uso del cannabis en las personas susceptibles.

En temprana edad existe mayor peligro al consumir marihuana, ya que su potencia ha aumentado continuamente, por ende

- los jóvenes cuyos cerebros están en proceso de desarrollo son más propensos a contraer problemas dentro de las funciones mentales y físicas, según su abuso y a lo largo del tiempo. Esto se evidencia en los fracasos escolares frecuentes de los adolescentes consumidores o en un descenso en el rendimiento laboral.
- En los pulmones: el humo de la marihuana, al igual que el del tabaco, consiste en una mezcla tóxica de gases y partículas, muchas de las cuales se sabe que son perjudiciales para los pulmones. Los alvéolos (sacos de aire muy pequeños ubicados al final de cada bronquiolo) se dañan, las sustancias del humo pueden hacer que las paredes de los delicados alvéolos se rompan, dificultando así la respiración. Finalmente, el humo puede dañar tanto las células sanas, que podrían desaparecer y ser sustituidas por células cancerosas. Ante el continuo estímulo por parte del fumador, el humo caliente hace que esto se magnifique produciendo en lugar de pequeñas inflamaciones, una gran inflamación crónica acompañada de la destrucción del aparato mucociliar, que es el que se encarga de limpiar o purificar todo aquello que ingresa por las fosas nasales o boca mediante el barrido constante del moco. La destrucción progresiva de las cilias con el aumento de inflamación producen edemas (acumulación de líquidos) y reflejos tusígenos (tos del fumador) por irritación vagal (nervio vago), predisponiendo entre otras causas a EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y mayor riesgo de infecciones pulmonares. Incluso el consumo poco frecuente de la marihuana puede causar ardor y picazón en la boca y la garganta, a menudo acompañados por una tos fuerte.
 - En el corazón: a los pocos minutos de haberse inhalado el humo de la marihuana, el corazón comienza a latir más rápido, los bronquios se relajan y se ensanchan, y los vasos sanguíneos en los ojos se dilatan, lo que hace que los ojos se vean rojos. El corazón, que normalmente late de 70 a 80 latidos por minuto, puede aumentar su ritmo en unos 20 a 50 latidos por minuto o en algunos casos hasta puede duplicarse. Este efecto puede ser mayor si se consumen otras drogas conjuntamente con la marihuana. Se considera que el riesgo de que una persona sufra un ataque al

corazón durante la primera hora después de fumar marihuana es cuatro veces más que el riesgo normal. Esta observación podría explicarse, en parte, porque la marihuana eleva el ritmo cardíaco y reduce la capacidad de la sangre de transportar oxígeno, y en algunos casos también eleva la presión arterial.

COCAÍNA

Estadísticamente ocupa el primer lugar entre las consultas por uso indebido de drogas en nuestro país y en otros lugares del mundo. Proviene de la planta *eritroxylon coca*, arbusto que crece originariamente en el norte de nuestro país, en Bolivia y en Perú, aunque actualmente las plantaciones se extienden en otros sitios. El principal alcaloide del arbusto conocido como “coca” es la enzoilmetilecgonina, cuyas formas de presentación reconocidas son:

- cocaína de base libre purificada
- cocaína de base pura
- sulfato de cocaína
- clorhidrato de cocaína

Para la transformación de las hojas de coca en pasta de cocaína y después de esta en clorhidrato de cocaína se precisan sustancias catalizadoras, entre las que se encuentran el éter, el ácido sulfúrico y la gasolina.

La cocaína es un estimulante cortical del SNC y por lo tanto el cuadro de intoxicación aguda se caracteriza por excitación psicomotriz, euforia, irritabilidad, aumento de la agresividad, disminución de la fatiga, anorexia, insomnio, taquicardia, taquipnea, convulsiones, hipertensión arterial, etc. A esto debe agregarse la sintomatología producida por los aditivos con que se mezcla el polvo del clorhidrato (arsénico, vidrio molido, lidocaína, etc.).

El clorhidrato de cocaína en la actualidad es de consumo generalizado, alcanza todos los estratos sociales y en los países desarrollados ha seguido una tendencia claramente ascendente. El consumo habitual es por vía nasal (esnifada), o por contacto con las mucosas (frotando en las encías). Algunos consumidores se la inyectan, sola o mezclada con otras drogas (heroína).

Los efectos inmediatos de su uso en dosis bajas son:

- Ausencia de fatiga y de sueño.
- Falta de hambre.

- Mejoría del estado de ánimo y sentimiento de mayor seguridad en sí mismo.
- Prepotencia y disminución de las inhibiciones.
- Aumento del ritmo cardiaco, la tensión arterial, la temperatura corporal y la sudoración.

Frente al consumo de dosis elevadas aparecen síntomas de ansiedad y agresividad, alucinaciones, temblores y movimientos convulsivos. Tras ceder sus efectos iniciales, aparece el llamado “bajón” con un tremendo cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.

Los efectos del consumo de cocaína a largo plazo son:

- Complicaciones psiquiátricas: irritabilidad, crisis de ansiedad, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración. Además, en ciertos casos, aparece la psicosis cocaínica, que consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, y pueden producir verdaderas crisis de pánico y de cuadros alucinatorios, etc.
- Apatía sexual o impotencia.
- Bulimia y anorexia nerviosa.
- Alteraciones neurológicas (dolores de cabeza y los accidentes vasculares como el ictus cerebral).
- Arritmias cardiacas, isquemia.
- Dificultades para respirar.
- Perforación del tabique nasal.
- Riesgos de mortalidad perinatal, abortos y problemas nerviosos en el recién nacido lo hacen un problema muy importante en embarazo y lactancia.

Las causas de muerte por sobredosis más frecuentes son convulsiones, disección aórtica, infarto agudo de miocardio y paro respiratorio.

Cuando se produce la inmunización temporal o la tolerancia a los efectos de la cocaína, muchos consumidores tienden a aumentar la dosis. Incluso después de la utilización de grandes dosis de cocaína, si se priva de la utilización de esta droga, no se sufre de crisis de abstinencia como el *delirium tremens* producido en los alcohólicos o el síndrome de abstinencia del opio. Los efectos físicos son menores. La falta de cocaína se caracteriza por una depresión para la que la cocaína parece ser el único remedio y la sobredosis de esta droga puede derivar en convulsiones e incluso la

muerte. Por otra parte, la adicción a la cocaína puede provocar graves psicosis bajo sus efectos. Esto es muy distinto a la mayoría de los síndromes de abstinencia que duran horas o días después de dejar la droga.

PACO - PASTA BASE DE COCAÍNA

En general se denomina paco y/o pasta base de cocaína (en adelante PBC), a ciertas sustancias que contienen una mezcla de cocaína con otros alcaloides tales como querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico, a los que suelen agregarse otros elementos para hacer rendir aún más la sustancia.

Sin embargo, la definición de las sustancias y su diferenciación no resultan sencillas, ya que existen diversas interpretaciones al respecto.

Estas dificultades se originan, por un lado, en la multiplicidad de sustancias mezcladas a lo que algunos usuarios denominan indistintamente paco o PBC. Sin embargo, muchas veces son los mismos usuarios quienes las distinguen como sustancias diferentes, o como una misma sustancia a la que denominan paco cuando es fumada y PBC cuando es inhalada.

Más allá de estas diferenciaciones, existe un consenso generalizado –en los usuarios, en los agentes de salud y en los medios– en cuanto a que tanto el paco como la PBC están constituidos por desechos de la cocaína, es decir, los restos que quedan en las ollas luego del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína.

De acuerdo a la opinión de profesionales en el tema y con relación a las posturas sobre qué es el paco y qué es la PBC, se pueden identificar dos líneas conceptuales. Algunos autores afirman que la PBC se obtiene en la fase intermedia de la transformación de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína y que contiene sulfato de cocaína, al que suelen agregarse otros elementos para hacerla rendir (como harina de trigo, polvo de ladrillo, etc.). Desde esta perspectiva, la PBC contiene sulfatos, mientras que el paco tendría cocaína alcaloide pura.¹⁸

Sin embargo, los expertos afirman que para la gente que consume y para la población en general, se usa el nombre de paco y PBC indistintamente, por lo que la nominación de paco resulta como nombre genérico y no se diferencian los aspectos químicos de una y otra sustancia.

18. Observatorio Argentino de Drogas, Sedronar, “Aspectos Cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco”, Buenos Aires, septiembre de 2007.

Ahora bien, en general se considera que los riesgos del consumo de estas sustancias se relacionan más con la situación de inclusión o exclusión en que la persona se encuentra, que con la sustancia paco o PBC.

Lo que estaría marcando la gran diferencia respecto al consumo en sectores medios y en sectores pobres y marginales son los recursos simbólicos y redes de inclusión más que la composición toxicológica. Estos recursos y redes son los que determinarían diversos modos de uso que impactan diferencialmente en la persona.¹⁹

También se destaca, en el caso de los menores, la afirmación de que “son chiquitos con todo lo que indica estar en situación de calle, con abandonos escolares... con ningún nivel de contención, muy pobres escolarmente, sin ningún nivel de integración familiar” y que las diferencias

...mediadas por la inclusión social y su diferenciado efecto en la vida cotidiana y en efectos de mediano y largo plazo determinan un tipo diferenciado de consumo y en consecuencia efectos diferentes. A ello se suma un conjunto de otras diferencias en cuanto al tipo de vinculación que existe con la sustancia, como la frecuencia y lugares de consumo y compra o las conductas de riesgo involucradas.²⁰

En definitiva, las denominaciones paco y PBC suelen utilizarse indistintamente para designar una misma sustancia o pueden referir a sustancias distintas, según tengan en su composición sulfato de cocaína (PBC) o no contengan dicho compuesto (paco). Con respecto al riesgo, la mayoría de los expertos coinciden en que lo que determina el daño y las posibilidades de recuperación son las condiciones de existencia, las redes de inclusión y los recursos simbólicos con los que cuenta la persona, más allá de la diferencia de composición de cada sustancia.

A partir de las pautas antes expuestas y frente a la imposibilidad de encontrar una significación unívoca para los términos paco y PBC, en este informe se hará referencia al paco como abarcativo de las dos sustancias mencionadas.

19. Ídem.

20. Ídem.

Efectos del consumo de paco en el organismo

Los principales efectos del paco en el organismo son:

- Alta toxicidad.
- Rápida absorción del producto y corta duración del efecto (pocos minutos).
- Alta adicción, ya que el consumo de una sola dosis genera en el organismo una fuerte compulsión a repetir la experiencia.

Por otra parte, los daños físicos que genera el consumo de paco son:

- A nivel cerebral: confusión, excitación psicomotriz, delirio, paranoia, convulsiones y hasta derrame cerebral.
- A nivel del sistema respiratorio: lesiones en la boca, garganta, irritación de las mucosas de los pulmones, infecciones, neumonías y hasta posible enfisema pulmonar.
- A nivel del sistema circulatorio: hipertensión arterial, arritmia e infarto.
- A nivel del sistema digestivo: náuseas, vómitos, diarreas, pérdida de peso considerable y acelerada, hepatitis.

Los productos químicos que contiene son altamente dañinos para los órganos humanos, fundamentalmente el hígado. Los usuarios también sufren de serios problemas mentales, como delirio y paranoia.

El paco incide además de manera profunda en los aspectos psicológicos y sociales de la persona al introducir al consumidor en un círculo letárgico del que es muy difícil salir. Con gran frecuencia se evidencian procesos de desobjetivación –pérdida de proyectos y de sentido–, desmotivación, despersonalización, miedos y sentimientos de paranoia, además de pérdida de redes sociales y problemas con la familia, en la escuela y en el trabajo.

Todos estos efectos del consumo de paco llevan a que sus consumidores sean estigmatizados como marginales, como “lo peor de lo peor”. Así, el “paquero”, como suelen llamarse entre ellos, se construye como el depositario de todos los miedos sociales.²¹

21. Hopenhayn, Martín, “Factores de contexto en el consumo de drogas psicoactivas”, en *La grieta de las drogas, desintegración social y políticas públicas en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL, 1997.

Factores que influyen en el desarrollo de las adicciones

Se ha sostenido que el hombre al nacer y durante una cantidad de tiempo importante, necesita dedicación, atención y cuidados amorosos para poder desarrollarse e integrarse adecuadamente. Cuando esta condición falla, pueden desarrollarse trastornos de la personalidad y también conductas adictivas o de consumo problemático de sustancias.

Desde la psicología infantil, se considera que hay niños que nacen con características psicológicas de origen constitucional diferentes, por ejemplo con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, con mayor impulsividad.²²

Las investigaciones actuales sobre las bases neuroquímicas de la conducta demuestran que el feto responde a situaciones de estrés de la madre con alteraciones del ritmo cardíaco, succión del dedo y movimientos. Estas evidencias permiten sostener que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales en germen, que después del nacimiento se expresarán en diferentes respuestas psicológicas frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, etc.

También debe destacarse que la ingestión por parte de la madre durante el embarazo de sustancias como alcohol, psicofármacos y drogas ejercen efecto sobre la evolución y estructuración biopsicológica del feto.

Por otra parte, el niño necesita durante sus primeros años de vida dedicación, amor y cuidados que le permitan desarrollarse e ir fortaleciendo su yo. En la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto y un buen concepto de límites entre uno y otro, va desarrollándose dentro de él la génesis de una conducta madura. El alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño es llamado “micro o macroabandono” y se lo considera capaz de provocar alteraciones de las relaciones objetales tempranas, así como dificultad para lograr un yo maduro, lo que genera una predisposición para la aparición de adicciones, siempre que se den además otras circunstancias, ya que este factor no puede ser considerado como base predisponente en forma exclusiva.²³

22. Kalina, E., “Adolescencia, Drogadicción y su Tratamiento”, en *Adolescencia y Drogadicción*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988. Disponible en: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura_6_UT_1.pdf

23. Ídem.

Más allá de los factores ya mencionados, existen otros que resultan determinantes en la generación de adicciones o situaciones de consumo problemático de drogas, como son:

- una *desigualdad social* con fuertes rasgos estructurales;
- el surgimiento y la expansión de bolsones de *pobreza* en los grandes centros urbanos;
- la desarticulación operativa de las *agencias estatales* responsables de combatir el narcotráfico;
- los controles estatales laxos y la naturalización de la *corrupción*;
- la disponibilidad a bajo precio de *precursores químicos*.

Consecuencias del consumo de paco: la tuberculosis

Es sabido que el consumo continuado de paco afecta seriamente a los usuarios generándoles graves problemas, tanto a nivel social como psíquico y físico.

Los consumidores frecuentes de esta sustancia, especialmente los que provienen de sectores más desprotegidos y con recursos económicos escasos, suelen cometer delitos, prostituirse o vender sus pertenencias para obtener la droga.

A nivel de la salud, y más allá de los efectos en el organismo que fueron descritos precedentemente, el consumo de paco provoca importantes pérdidas de peso en los consumidores y enfermedades virales tales como VIH, sífilis, hepatitis C y Hepatitis B y tuberculosis.²⁴

Actualmente, la tuberculosis es “una enfermedad paradigmática de la pobreza, si bien cualquiera puede tener tuberculosis, en general no la

24. En un estudio realizado en el GBA culminado en 2007 se entrevistó y se realizó extracción de sangre a 170 usuarios actuales de PBC y se encontró que la pérdida de peso fue el principal problema de salud asociado al consumo de PBC que mencionaron los entrevistados. Una gran proporción había perdido entre el 10% y el 25% de su peso luego de iniciado el consumo. Los otros problemas más mencionados fueron las lesiones orales por el modo y el tipo de objetos que se usan para fumar PBC, así como las complicaciones pulmonares. Además, se halló una prevalencia de VIH de 2,9%; sífilis, 2,4%; hepatitis C, 2,4%; y hepatitis B, 3,5%. Otro estudio encontró datos similares, el 4,3% de los voluntarios resultó VIH-positivo. Las prevalencias de infección por sífilis, hepatitis B y hepatitis C fueron 2,7%, 5,5% y 5,5%, respectivamente. El 16% estaba infectado con uno o más de los agentes estudiados.

tiene cualquiera; las más vulnerables son las poblaciones que están en peor condición socioeconómica”.²⁵

En efecto, determinadas condiciones ambientales tales como el hacinamiento, la falta de higiene y la mala alimentación sumadas a enfermedades inmunosupresoras, como la diabetes y la infección por VIH y también ciertas condiciones del bacilo, determinaron la aparición y la expansión de la tuberculosis a nivel preocupante en la población objeto del presente estudio diagnóstico.

Esto por cuanto el riesgo de contraer esta enfermedad es elevado en los adictos al paco por las malas condiciones de vida que llevan, por la existencia en muchos casos de VIH –la inmunosupresión producida por este virus se considera en la actualidad como el factor conocido más importante para el desarrollo de enfermedad tuberculosa–. Se señala que, en su gran mayoría, las personas que padecen VIH y contraen tuberculosis mueren a los dos o tres meses de enfermar.

Por otra parte, en los grupos de usuarios de drogas, especialmente de paco, se evidencia un problema de altísima gravedad –no sólo en nuestro país, sino también en todo el mundo– como es la tuberculosis multirresistente. Esta forma de la enfermedad se da cuando la bacteria causante de la tuberculosis se vuelve resistente a los antimicrobianos que se usan habitualmente para su cura. La tuberculosis multirresistente es, por definición, aquella que no responde ni a la *isoniazida* ni a la *rifampicina*, los dos antituberculosos más potentes que se utilizan en la actualidad.

Esta forma especial de tuberculosis aparece como consecuencia del uso inapropiado o incorrecto de los antimicrobianos o de la interrupción prematura del tratamiento, situación muy normal en los usuarios de paco, dado que habitualmente presentan serias dificultades para seguir un tratamiento que lleva no menos de dos meses. A menudo, las personas en situación de calle dejan el tratamiento cuando la infección latente se descubrió en un examen médico, lo que hace que esta situación se vuelva más peligrosa para ellas y para la comunidad.

Una vez generada la multirresistencia, la bacteria es transmitida de persona a persona con esa misma característica. El tratamiento es,

25. Dr. Jorge Poliak, neumonólogo, miembro del Programa de Tuberculosis del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

en estos casos, más complicado, más extenso –demanda aproximadamente seis meses– y más caro.

Consecuencias de orden social

En general se habla de los usuarios de paco como personas *doblemente excluidas*, porque provienen de un grupo social que se encuentra aislado por las condiciones de pobreza estructural que soportan y luego el propio consumo de paco “tiende a aislar al sujeto en la dinámica de uso de la sustancia”.²⁶

2.2. DISTINTOS ENFOQUES PARA EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

2.2.1. Modelos o paradigmas teóricos

El consumo de drogas comenzó a visualizarse como problema social a mediados del siglo XX. A partir de ese momento, se fueron desarrollando diversos paradigmas teóricos para entender e interpretar esa problemática, que generaron distintos modelos de intervención terapéutica en las adicciones o situaciones de consumo problemático.

En general se habla de cuatro modelos: el ético-jurídico, el médico sanitario, el psicosocial y el sociocultural. Cada uno de ellos otorga distinta relevancia a las drogas, a los sujetos y a los contextos, y su desarrollo ha generado diferentes respuestas prácticas en relación al consumo de drogas y su prevención.

- a) En un primer momento, el consumo de drogas se interpretó de acuerdo al *modelo ético-jurídico*, el cual considera el consumo como un delito y al consumidor como un transgresor con total responsabilidad e intencionalidad. Este modelo busca dificultar la disponibilidad de la sustancia y su estrategia preventiva se basa en divulgar las consecuencias nocivas de la utilización de drogas.
- b) En un segundo momento, hacia los años setenta, se produce un salto hacia un paradigma basado en la salud y aparece lo que se ha

26. Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, [“Estudio de consumo de Pasta Base en una Villa de emergencia del conurbano bonaerense”], agosto de 2006.

dado en llamar el *modelo médico-sanitario*. El adicto pasa a ser considerado un enfermo al que hay que curar y las intervenciones se apoyan en la prescripción, el consejo y la información, en el marco de la institucionalización de las personas que consumen.

c) En la década de los ochenta surge el *modelo psicosocial*, que corre el foco desde la sustancia hacia el sujeto. Las adicciones son vistas entonces como la consecuencia de un malestar psíquico y el consumo de drogas, como una forma de manifestar aquello que no puede ser dicho. Enfatiza la importancia del medio social cercano (familia, amigos) en el consumo de sustancias y es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales.

d) Ya en los años noventa surge el *modelo sociocultural*, que postula que la estructura socioeconómica y los aspectos culturales determinan en gran medida el consumo de drogas. Dicho consumo sería parte de un síntoma, pero ya no se piensa en términos de psicopatología sino de disfunciones sociales. Los programas de reducción de daños parten de este modelo, el cual posibilitó políticas más tolerantes que buscan generar la aceptación del consumo como un hecho más de nuestras sociedades. No obstante, la emergencia de la condición económica como determinante fundamental del malestar social hace que se establezca una asociación inmediata entre pobreza y consumo de drogas y que se estigmatice a los sectores de menores recursos por estas prácticas.

Estos modelos se han ido desarrollando en forma secuencial aunque ninguno ha perdido vigencia. Si bien cada uno representa un mayor nivel de inclusión de factores respecto del anterior, su aplicación no ha generado prácticas exitosas en la reducción del consumo, probablemente porque aún no son lo suficientemente complejos como para abordar el carácter polifacético de un fenómeno de estas características.

2.2.2. Estrategias para la intervención: abstencionismo o reducción de daños

Los modelos antes descriptos a su vez se enlazan con dos modos o estrategias de intervención que, en la actualidad, disputan el terreno de la prevención y la atención: la *estrategia abstencionista o prohibicionista* y la *estrategia de reducción de riesgos y daños*.

La primera estrategia, abstencionista o prohibicionista, como su nombre lo indica, parte de la supresión del consumo como punto de inicio de cualquier tratamiento.

La estrategia de reducción de daños, en cambio, se rige por el principio de que una persona que consume y que no quiere o no puede dejar de consumir debe ser ayudada a disminuir los riesgos y daños que puedan estar vinculados con el consumo. Estos riesgos pueden ser:

- *de salud*, como la transmisión de enfermedades;
- *sociales*, como la estigmatización, la vulnerabilidad social;
- *legales*, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.²⁷

2.3. PROBLEMAS QUE PLANTEA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE USUARIOS DE PACO

Los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires no están preparados para atender a pacientes adictos al paco o a otras sustancias.

Los profesionales coinciden en que muchos de los equipos de tratamiento no pueden ofrecer un dispositivo que contribuya a que los adictos permanezcan en él. Es que, si bien hay diversas instituciones estatales de tratamiento, no llegan al paciente debido a la burocracia que existe en la mayoría de ellas. Son muy pocas las personas que buscan ayuda en los centros médicos, porque el adicto no va, sino que hay que ir a buscarlo.

Resulta preocupante que se emplee la alarma social vinculada con el uso de paco para justificar formas de control y persecución de las poblaciones más empobrecidas, en un contexto en que el conflicto social expresa las desiguales condiciones de acceso a los bienes y servicios.

En general son pocos los consumidores de paco que pueden llegar a ser atendidos en los centros de salud. Y en general los que lo logran es porque encuentran enfermeras, médicos y especialistas que se abocan a la tarea de atenderlos sin discriminar, formando así redes de contención.

Por otra parte, no existe desde el Estado ninguna normativa de cómo atender a estos pacientes ni cómo contenerlos en el hospital público. Cabe destacar que muchos de estos pacientes presentan *pérdida*

27. Benedetti, Edith, *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*, Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, Serie Papeles de Trabajo, 2015.

de oportunidad en salud, es decir, empeoramiento del pronóstico de una enfermedad como consecuencia de la demora excesiva o inadecuada en su estudio, diagnóstico y tratamiento, lo que constituye un problema sanitario importante.

La colaboración entre investigadores, usuarios de drogas, técnicos y funcionarios públicos que se dedican a la atención de los problemas relacionados con las drogas es una de las claves para reducir los daños producidos por los procesos de vulnerabilidad y estigmatización social.

2.4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA REINserCIÓN

Las adicciones y el consumo problemático de sustancias plantean, en general, una problemática especial respecto de la reinserción social una vez que se alcanza la recuperación.

En el caso de la población perteneciente a sectores medios, el problema fundamental es la reinserción a la vida social activa sin volver a la situación de afectación.

Pero en el caso de los sectores excluidos existe una problemática particular mucho más compleja, relacionada con la fragilidad o inexistencia de redes familiares, afectivas y sociales.

Es allí donde la cuestión del “Y después, ¿qué?” resulta un desafío que muchas veces no tiene respuesta. Esto es así sobre todo en el caso de menores cuya situación familiar es profundamente problemática y las condiciones de existencia hacen que la vuelta al hogar o a la calle resulte un riesgo para la reinserción y la recuperación. Surge así la pregunta de a dónde y cómo se vuelve. En algunos casos donde se mantienen lazos familiares se deciden estrategias.²⁸

Se suele señalar que existen serias carencias desde lo institucional para generar espacios en los que se puedan establecer hábitos que ayuden a la resocialización y que faciliten la reinserción a nivel escolar, laboral y familiar. “Esto supone el gran desafío pendiente en espacios de alta vulnerabilidad y exclusión social, a fin de en-

28. Observatorio Argentino de Drogas, *op. cit.* (nota 18).

contrar dispositivos que hagan posible romper el círculo vicioso de marginalidad, droga y exclusión”.²⁹

2.5. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN AFECTADA. DIFICULTADES PARA EL RELEVAMIENTO DE DATOS CUALI-CUANTITATIVOS. PROPUESTA DE PRUEBA PILOTO

2.5.1. La población afectada. Descripción

En el presente resumen, y a efectos de poder calibrar adecuadamente el contexto en el que se desarrolló la tarea investigativa del equipo, se expone la información más relevante sobre las condiciones de vida y de salud de adolescentes y jóvenes en la Argentina (con énfasis, en los casos en que se dispone de datos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Dicha información consiste en datos poblacionales, inequidades en las condiciones de vida y principales problemáticas de salud.

Datos poblacionales

En Argentina casi una de cada cuatro personas es adolescente, es decir, tiene entre 10 y 19 años de edad. Casi nueve de cada diez adolescentes vive en zonas urbanas. En la Ciudad de Buenos Aires residen casi 3 millones de personas, de las cuales el 11% es adolescente, lo que representa un total de 318.182 personas.

No es fácil determinar con exactitud cuántas personas residen en las villas y asentamientos (VyA) de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Consideremos que lo más sensato es entender los datos oficiales como un piso, es decir, una cifra mínima sobre la cual se deberá estimar a partir de la información de referentes sociales, investigadores y funcionarios. De acuerdo a las consultas realizadas, se debería estimar la población real entre 30% y 100% sobre la población efectivamente censada.

De acuerdo a los datos oficiales disponibles, la población residente en villas, asentamientos o núcleos habitacionales transitorios en la Ciudad de Buenos Aires en 2010 era de 163.587 personas, lo que representa una variación relativa del 52,3% con respecto a 2001 (Indec,

29. Ídem.

2010). En 2015, independientemente del subregistro, es lícito situar el piso poblacional en 200 mil personas, un 22% de la población registrada oficialmente en 2010, en función de la tasa de crecimiento interanual medida entre 2001 y 2010 (Léopore y Suárez, 2014).

En 2010 la participación de la población en VyA en el total de la población de la CABA es de 5,7%; porcentaje que era del 7,3% en 1976 (Léopore y Suárez, 2014).

En términos oficiales, en la CABA se contabilizan 15 villas, 2 núcleos habitacionales transitorios y 24 asentamientos. Se identifican tres grupos de villas en función de su población (Área Información, Monitoreo y Evaluación de la Subsecretaría de Administración, Ministerio de Desarrollo Social, GCBA, 2012): un primer grupo con población mayor a 25 mil personas, un segundo grupo con población mayor a 5000 personas y menor a 25 mil, y un tercer grupo con población menor a 5000 personas.

En relación con la distribución por edad de la población residente en villas y asentamientos en la Ciudad de Buenos Aires, se constata que:

- El 29,7% tiene entre 6 y 18 años de edad.
- Casi la mitad (44,9%) tiene entre 0 y 18 años.
- Si bien el promedio de edad de la población de la ciudad es de 39 años, la población que vive en villas es muchos más joven, 26 años (Encuesta Anual de Hogares 2014, Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Si bien no es posible determinar con exactitud cuántas personas viven en las VyA de la CABA, contamos con un piso poblacional de 200 mil medido en 2015. De acuerdo con estimaciones no oficiales, esta población ascendería por lo menos un 30%. Las VyA de la CABA, concentradas en la Zona Sur (comunas 1, 4 y 8), son un espacio habitado especialmente por niños, niñas y adolescentes: según la información oficial casi la mitad de la población residente en VyA tiene 18 años o menos.

Inequidades en las condiciones de vida

- El 68% de los niños/as y adolescentes residentes en villas o asentamientos de Argentina son pobres por nivel de ingresos. De ellos, el 22,4% es indigente.

- En la CABA, uno de los distritos con menor nivel de pobreza en términos comparativos, las VyA son enclaves de pobreza, es decir, hay allí una alta concentración territorial de la pobreza.
- Las VyA de la CABA presentan un conjunto amplio de déficits socio-urbanos que vulneran el derecho a la ciudad de sus habitantes, al tener que residir en entornos y viviendas inadecuados, al estar privados total o parcialmente de los servicios básicos y no acceder a los recursos y las oportunidades que la ciudad brinda al resto de sus habitantes.
- Sin considerar la cuestión de las VyA, la CABA presenta desigualdades entre el norte y el sur en las condiciones de vida, e inequidades de salud, tal como lo evidencia la variación en la tasa de mortalidad infantil entre las comunas.
- Las infancias y adolescencias residentes en villas y asentamientos son las más afectadas por la falta de cobertura médica.
- Con respecto a la realización de actividades artísticas o extracurriculares en la Argentina urbana, se repiten desigualdades negativas para los niños/as residentes en VyA: en 2013 el déficit fue de 95,5% en villas y asentamientos, situación que también involucra al 90% de las infancias y adolescencias del conurbano bonaerense.

Las condiciones de vida y de salud de la población adolescente y joven residente en villas y asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires expresan una de las situaciones de mayor inequidad social y vulnerabilidad programática, y las VyA constituyen el espacio social más relegado y postergado de la CABA.

Principales problemáticas de salud

COBERTURA DE SALUD

- Entre los niños/as y adolescentes del estrato social de clase trabajadora marginal, el déficit de cobertura de salud a través de obra social, mutual o prepaga alcanzó al 66,8% en 2013; mientras que en la clase media profesional, sólo al 7,5%. Esta brecha de 9 veces era significativamente superior en 2010 (14 veces).
- Las infancias y adolescencias residentes en villas y asentamientos son las más afectadas por la falta de cobertura médica. Los mayores déficits en los controles preventivos de la salud clínica

se identifican en los estratos económicos ocupacionales más vulnerables y en los espacios de villas y asentamientos informales (EDSA, 2014).

MORTALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En 2013 fallecieron en la Argentina 3866 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad (DEIS/MSAL, publicados en junio de 2015). Más de la mitad de la mortalidad adolescente refiere a “causas externas”: muertes violentas, muertes tempranas, causas prevenibles y en buena medida evitables.

De los 2358 adolescentes fallecidos por causas externas en 2013:

- 1865 fueron varones y 489 mujeres;
- casi 8 de cada 10 muertes por violencia en adolescentes ocurre en varones.

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

Datos de consumo nacional:

- Tabaco: el 27% de la población argentina fuma actualmente, unas 4.999.478 personas. Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres y son los jóvenes de 25 a 34 años quienes tienen niveles de consumo más elevados. El 50% de los jóvenes de 12 a 17 años que declaró haber fumado, afirma fumar los 30 días del mes (10 cigarrillos promedio por día) (Sedronar/OAD, 2011).
- Alcohol: el 44,5% de la población argentina consume alcohol y en mayor medida son varones. Entre los 18 a los 24 años se observa la tasa más elevada de consumo. A pesar de la prohibición del consumo de alcohol a adolescentes, el 21,4% manifiesta haberlo hecho. El consumo perjudicial estimado a partir de la escala AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) indica que el 13% de los consumidores actuales de alcohol presenta un patrón de consumo riesgoso para la salud y para terceros. Esta relación es mayor entre los varones jóvenes de 18 a 24 años (Sedronar/OAD, 2011).
- Marihuana: el 3,1% de la población entre 12 a 65 años declaró haber consumido. Entre las edades de 18 a 34 años se encuentran las tasas más altas. En el último año, el 18% declaró tener

un consumo problemático/dependiente, especialmente entre los varones y entre los 25 y 34 años (Sedronar/OAD, 2011).

- Cocaína: el 0,8% de la población declaró haber consumido cocaína en el último año. Entre los 18 y 24 años se encuentran las tasas más altas. La modalidad de uso de cocaína es ocasional en más de la mitad de los usuarios (54,3%) y frecuente para el 35,1% de ellos (Sedronar/OAD, 2011).

Datos de consumo de drogas en escuelas del país:

- Un 12% de los estudiantes consumió alguna droga ilícita en el último año y la de mayor prevalencia es marihuana (10,3%), seguida por cocaína (2,7%). El uso sin prescripción médica de tranquilizantes alcanza al 2,4% de los estudiantes y el de estimulantes, al 1,2%. Consumió pasta base-paco el 1% de los estudiantes y el 2,6% consumió algún solvente o sustancia inhalable. Los varones consumen en mayor proporción que las mujeres (Sedronar/OAD, 2012).
- El consumo reciente de sustancias presenta tasas diferenciales según los grupos de edad. El consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica, marihuana y cocaína se incrementa con la edad de los estudiantes, mientras que para las restantes sustancias ilícitas y de uso indebido las tasas de consumo son más altas entre los estudiantes de 15 y 16 años (Sedronar/OAD, 2012).
- La edad de inicio en el consumo de psicofármacos, solventes o sustancias inhalables y pasta base-paco se calcula en los 14 años, y la del consumo de cocaína, éxtasis y marihuana, en los 15 años (Sedronar/OAD, 2012).
- Entre el 15% y el 27% de los estudiantes consumen en forma habitual las sustancias de las que son usuarios, de las cuales la pasta base-paco y la marihuana son las que mayor proporción de usuarios frecuentes tienen, y éxtasis, la de menor proporción (Sedronar/OAD, 2012).

Los datos presentados en los dos apartados precedentes son fotos de la situación a nivel nacional y en el ámbito escolar, que tomamos como punto de partida. Pero para comprender el consumo de drogas se debe tener en cuenta la multiplicidad de formas que pueden asumir

dichos usos, en los cuales se ponen en juego, además de las sustancias y los sujetos, las políticas, programas y servicios existentes, las representaciones o imaginarios vinculados con las prácticas individuales y colectivas, como así también los contextos sociales y políticos más amplios. “La droga” no existe como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, para entender y actuar en esta temática hay que tener presente una perspectiva relacional y compleja.

El consumo de drogas pensado en escenarios nos brinda mayores herramientas para su comprensión. A partir de los resultados de investigaciones sociales de tipo cualitativo, planteamos como hipótesis de trabajo que el escenario de barrios populares, villas y asentamientos presenta como rasgo distintivo una mayor susceptibilidad de que los usos de drogas devengan en consumos que generen problemas para la salud física y/o psíquica, fragilicen sus vínculos familiares y afectivos, profundicen los desencuentros con el ámbito escolar y el mundo del trabajo y multipliquen los conflictos con la policía y el sector judicial. Esta hipótesis se fundamenta en la combinación de las siguientes proposiciones:

- Peores condiciones de vida y acceso desigual a recursos y oportunidades, tal como se presentó en el segundo punto del presente resumen.
- Menores recursos estatales y comunitarios existentes tanto para la prevención y promoción de la salud, como para brindar respuestas socio-sanitarias en atención y tratamiento, lo que vulnera el derecho a la salud y a la prevención.
- Escasos espacios recreativos, culturales y deportivos juveniles, que son indispensables en la vida de los jóvenes ya que allí se producen los vínculos de sociabilidad entre pares. De este modo, debemos entender el consumo de drogas en estos barrios como una práctica de relevancia en tanto se convierte en un elemento disponible para estos jóvenes y sus espacios de encuentro.
- Circulación y disponibilidad de sustancias de peor calidad, mayor toxicidad y mayor nivel de dependencia.

2.5.2. Dificultades para el relevamiento de datos cuali-cuantitativos. La propuesta piloto

Una de las cuestiones que más obstáculos presentó en la tarea del equipo fue la cuantificación de casos en los territorios relevados. Las dificultades tienen su origen en la propia morfología de los grupos estudiados, su tendencia nómada, la persecución a la que frecuentemente son sometidos por parte de algunos grupos policiales o bandas armadas, etc.

En ese contexto, una de las misiones que se asignó al equipo de sociólogos que trabajaron en esta investigación fue la propuesta de un plan piloto de cuantificación de casos en zonas determinadas con base en la participación activa de los propios vecinos de los barrios. Esa misión supuso, como dato cierto, que ninguno de los mecanismos de cuantificación ortodoxos permitiría obtener un resultado adecuado. (Con anterioridad se registraba el fracaso de sendos intentos de mensura policial, judicial y de investigación universitaria de campo).

Para llevar adelante el relevamiento piloto se utiliza como estrategia una investigación con participación comunitaria, rescatando y adaptando la experiencia propuesta por Paiva y equipo (2013), con el objetivo de:

1. producir conocimiento sobre la vulnerabilidad de diferentes grupos y comunidades y, al mismo tiempo,
2. incorporar a sus representantes para formular acciones de prevención y reducción de dicha vulnerabilidad por medio de la actuación de los agentes locales.

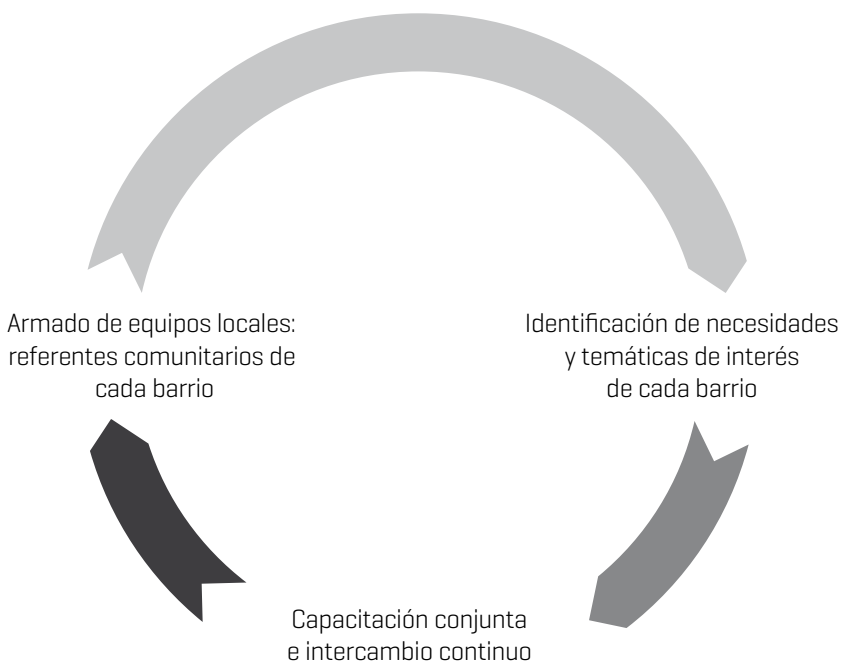
La participación comunitaria quedará expresada en las siguientes acciones:

- Compartir información, responsabilidades y decisiones.
- Actuar en el diseño de un dispositivo de acceso a la justicia.
- Monitorear y controlar la inversión pública.
- Aumentar la capacidad de autoorganización y la conciencia para la acción política.
- Ejercer presión para la atención de demandas específicas.

El incremento de la participación comunitaria en investigaciones y proyectos sociales, tal como afirman Paiva y equipo (2013), no sólo brinda atención específica a grupos y comunidades, sino que permite reconocer el saber local y comunitario, y especialmente posibilita generar propuestas innovadoras para necesidades específicas.

En este sentido, también nos nutrimos de la metodología de investigación-acción participativa (IAP), que propicia la generación de conocimiento colectivo, crítico y reflexivo. Se propone alcanzar una maduración grupal de los participantes y fomentar sus capacidades con el objetivo de aunar el conocimiento y la acción. A continuación, resumimos los puntos más relevantes de esta metodología:

- Promover la producción colectiva del conocimiento para impedir el monopolio del saber y la información, y permitir que estos se transformen en patrimonio de los grupos postergados.
- Promover el análisis colectivo en el ordenamiento de la información y en la utilización que de ella puede hacerse.



- Promover el análisis crítico utilizando la información ordenada y clasificada a fin de determinar las raíces y causas de los problemas y las vías de solución.
- Establecer relaciones entre los problemas individuales y colectivos y los estructurales, como parte de la búsqueda de soluciones colectivas a los problemas enfrentados.

Trabajo territorial aplicando la IAP hacia una epidemiología comunitaria. Punto de partida

- Construir datos confiables, de primera mano, indispensables para profundizar, reorientar o crear nuevas estrategias de prevención en los barrios vulnerabilizados.
- Formar a profesionales, técnicos, operadores comunitarios y consumidores o exconsumidores de pasta base para que sean ellos quienes también produzcan y analicen la información de lo que sucede en su comunidad y desarrollen tareas en los barrios seleccionados.

La epidemiología comunitaria como estrategia teórico-metodológica consiste en llevar los elementos de la epidemiología clásica a las propias comunidades, con el objetivo de que cuenten con la información necesaria para entender las problemáticas que las afectan. Así, es la comunidad misma la que se apropia de los instrumentos para analizar su realidad, detectar problemas y buscar soluciones a nivel local.

Estrategia para el relevamiento de datos en el Núcleo Transicional Zavaleta

A. PRIMER MOMENTO: CONSTRUCCIÓN DE DATOS EN EL TERRITORIO

Objetivo: relevar de manera participativa los perfiles sociodemográficos, las características de los espacios de sociabilidad juvenil, las trayectorias en el consumo y las experiencias de atención y acompañamiento de las y los jóvenes consumidores de pasta base en el Núcleo Transicional Zavaleta.

Metodología: encuesta breve, realizada por referentes del Núcleo Transicional Zavaleta.

Dimensiones del cuestionario:

Perfil sociodemográfico

- a) Sexo.
- b) Edad.
- c) Máximo nivel educativo alcanzado.
- d) Condición laboral.
- e) Composición del hogar.

Características de los espacios de sociabilidad juvenil e institucional

- a) Actividades frecuentes en el uso del tiempo libre.
- b) Percepción de proyectos futuros.
- c) Actitudes y valores sobre su comunidad.
- d) Accesibilidad y vinculación de los jóvenes con las instituciones.

Trayectorias en el consumo

- a) Creencias, actitudes y comportamientos en torno a prácticas de riesgo y cuidado de la salud.
- b) Situaciones problemáticas vividas en relación con el consumo. Problemas de salud, con su integridad física, con la familia, con la pareja, en el trabajo, con la policía, con la justicia, etc.

Experiencias de atención y acompañamiento

- a) Frente a problemas de salud.
- b) De tratamiento frente al consumo.
- c) Acompañamiento frente a problemas con el estudio y el empleo.
- d) Asistencia jurídica frente a problemas con la policía y la justicia.

Actividades:

1. Redacción de un cuestionario preliminar a ser discutido con el equipo local y el equipo técnico.
2. Capacitación del equipo local y el equipo técnico que actualmente está trabajando en el núcleo transicional Zavaleta, en el marco de la iniciativa La Noche de la Justicia.
3. Definir una estrategia de barrido para la toma de la encuesta.
4. Procesamiento de la información y redacción del informe final.

B. SEGUNDO MOMENTO: INTERCAMBIO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS CON LOS DIVERSOS EQUIPOS

C. TERCER MOMENTO: ¿QUÉ HACEMOS CON LO APRENDIDO? DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ACCIONES PARTICIPATIVAS

Otros aspectos para profundizar en el relevamiento y análisis:

- Cambios en los roles y vínculos familiares.
- Características de los espacios de sociabilidad juveniles.
- Vinculaciones de los jóvenes con las instituciones tradicionales (escuela, centros de salud, iglesia).
- Percepción de proyectos futuros.
- Actitudes y valores sobre su comunidad.
- Problemáticas generales de interés y accesibilidad a la información.
- Perfiles y cambios sociales en los roles de género.
- Hábitos e imagen de consumo de sustancias psicoactivas.
- Creencias, actitudes y comportamientos en torno a prácticas de riesgo y cuidado de la salud.
- Rastrear temas de interés o problemáticas que surgen de los consumidores de pasta base.

3. ABORDAJE DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DEL PACO EN LAS VILLAS POR EL ESTADO Y LOS ACTORES NO ESTATALES

Como quedara dicho en apartados precedentes, el consumo de paco por parte de la población que padece situaciones de alta vulnerabilidad social se ha multiplicado de manera exponencial desde la aparición de esa sustancia en nuestro país, en 2001. Y junto con el crecimiento del consumo se evidenció un aumento descontrolado del agravamiento de las condiciones de marginalidad, pobreza y exclusión, la explotación de menores, la violencia generada por la actuación de los comercializadores y las muertes, como consecuencia de los abusos en el consumo, las enfermedades infectocontagiosas y los hechos delictivos.

Frente a este hecho, también se verificó un aumento considerable de las instituciones, organismos y efectores de salud que se ocupan de la cuestión, al tiempo que aparecieron propuestas distintas, en muchos casos no convencionales, y que tienden a atender a la multiplicidad de las causas y los efectos perjudiciales de la adicción y el consumo problemático.

Del mismo modo, en los últimos años se sancionaron gran cantidad de normas que regulan la materia en forma específica y que en muchos casos reflejan los nuevos paradigmas y modelos imperantes en materia de tratamiento de los problemas derivados del consumo de drogas.

Los párrafos que siguen se destinarán, en primer lugar, a la descripción del marco normativo vigente en la Ciudad de Buenos Aires, incluyendo normas internacionales, nacionales y locales.

En segundo término, se efectuará una descripción de los efectores y dispositivos relevados en el marco del presente estudio diagnóstico y de su funcionamiento a la luz de los resultados obtenidos.

Finalmente, se realizará una somera descripción de los órganos judiciales que tienen a su cargo la atención de las causas y procesos que comprometen a personas afectadas por adicción y/o consumo problemático de sustancias, así como de la actuación de las fuerzas de seguridad en el territorio relevado.

Es importante aclarar que la descripción de los dispositivos e institutos que se efectúa en los párrafos siguientes se realiza a partir de los datos oficiales que se extraen de la normativa vigente y, fundamentalmente, de la información publicada por los mismos organismos responsables, tanto en internet como en folletos o publicaciones oficiales.

Así, esta primera aproximación no contiene ninguna apreciación acerca del funcionamiento concreto de los dispositivos, ni de su efectividad y capacidad para atender las graves situaciones padecidas por las personas con problemas de consumo de sustancias, en particular para quienes a esa problemática se les suma la de vivir en la calle o en los pasillos de las villas.

Ese análisis valorado se efectuará *a posteriori*, a partir del relevamiento efectuado y de los testimonios de los actores involucrados en la problemática que constituye el objeto de este informe.³⁰

3.1. ENCUADRE LEGAL

Desde el punto de vista normativo, el problema del consumo de drogas tiene dos enfoques claramente diferenciados. Uno es el relacionado con las cuestiones penales, es decir, con la conceptualización como delito de la tenencia para consumo –lo que es igual a decir penalización del consumo– y con la comisión de conductas que pueden ser calificadas como delictivas bajo los efectos de las drogas. El otro se relaciona con la asistencia y la protección que el Estado debe brindar a las personas afectadas por el consumo de sustancias, en particular cuando se trata de niños o adolescentes, o cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad.

En atención al objeto del estudio diagnóstico encomendado al Equipo, este informe sólo incluye las normas relativas a la asistencia y protección de las personas afectadas y deja de lado la normativa penal, dado que excede notoriamente el objeto de análisis.

30. En el apartado 4 del presente informe se efectúa un análisis crítico del funcionamiento de los institutos descriptos en los apartados precedentes, a partir del relevamiento efectuado y de los testimonios de los afectados.

3.1.1. Normativa internacional

Los tratados internacionales relativos al consumo de drogas aprobados por nuestro país se refieren en general a los aspectos penales del tema que nos ocupa y a cuestiones relacionadas con el tráfico y comercialización de sustancias ilícitas. Esas normas, como ya se destacara, quedan fuera del objeto del presente trabajo.

Más allá de lo expuesto, existen recomendaciones y guías elaboradas por organismos internacionales que funcionan en el marco de las Organización de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos, que periódicamente emiten documentos y recomendaciones relacionados con el consumo problemático de sustancias y que, en atención a la doctrina sentada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Suprema de Justicia de la Nación³¹ resultan de aplicación obligatoria en nuestro país.

Así, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos aprobó en 2009 los Principios Básicos del Tratamiento y Rehabilitación del Abuso y Dependencia de Drogas en el Hemisferio.³² Entre los puntos más destacables a los fines del presente trabajo, se encuentra la obligación de organizar los servicios de atención de la dependencia de drogas como un sistema de tratamiento basado en una política pública, en la que se integre al sistema de salud con “otros sectores relevantes del área social, tales como los de vivienda, desarrollo social, capacitación para el trabajo, educación y apoyo a la familia”,³³ así como la de incluir en los programas de tratamiento “estrategias de reincorporación social que permitan la vinculación efectiva y productiva del individuo con su comunidad”.³⁴

La CICAD también aprobó, en mayo de 2011, el Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011-2015,³⁵ en el que se exhorta a los Estados Miembros a que lleven a cabo acciones de reducción de demanda de

31. CSJN, “Carranza Latrubesse, Gustavo c/Estado Nacional”, 6/8/13.

32. Aprobados por la CICAD en su cuadragésimo sexto período ordinario de sesiones, México DF, 29 de septiembre al 1° de octubre de 2009.

33. Principio n° 3.

34. Principio n° 10.

35. Aprobado por la CICAD en su cuadragésimo noveno período ordinario de sesiones, Paramaribo, Suriname, 4 al 6 de mayo de 2011.

drogas. Concretamente, se insta a los países a desarrollar políticas que incluyan la prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social y servicios de apoyo relacionados, con el objeto de promover la salud y el bienestar social de las personas involucradas y de sus familias, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas. De igual modo, se pone el acento en la necesidad de que los Estados desarrollen e implementen políticas y planes integrales de reducción de demanda que incluyan elementos de prevención, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y servicios relacionados con el apoyo durante la recuperación.

3.1.2. Normas internas

En primer lugar, cabe destacar que a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010, el tratamiento y la atención de las adicciones y consumos problemáticos se asimilan al tratamiento de las enfermedades mentales, por lo que resultan de aplicación todas las normas y principios que rigen en la materia.

En efecto, la Ley nacional N° 26657 de Salud Mental³⁶ prescribe: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” y “Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (artículo 4). A su vez, el Decreto N° 603/13 reglamentario de la Ley de Salud Mental³⁷ define los servicios de salud como “toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados (artículo 4)”.

La norma consagra una serie de derechos en favor de los afectados, entre los que se encuentra el de “recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la

36. Sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el BO n° 32041.

37. De fecha 28/5/2014.

recuperación y preservación de su salud” (artículo 7, inciso a). Dispone también la obligación de implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y de promover el desarrollo de dispositivos que incluyan servicios de inclusión social y laboral para las personas que reciben el alta, casas de convivencia, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral y emprendimientos sociales, entre otros mecanismos de reinserción (artículo 11).

Por otra parte, establece un mecanismo especial para las internaciones no voluntarias, las cuales pueden ser dispuestas en caso de riesgo cierto e inminente para la persona afectada o para terceros por los profesionales intervinientes, o, en su defecto, por orden judicial (artículos 20 y 21). El ya citado Decreto reglamentario N° 603/13 define el riesgo cierto inminente como “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”.

Más recientemente, en 2014, fue sancionada la Ley N° 26934 de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos,³⁸ cuyos objetivos son la prevención de los consumos problemáticos, la asistencia sanitaria a las personas afectadas y su integración social (artículo 3). A tal fin dispone la creación de los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que “serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social” (artículo 5) y que tienen como función brindar información a las personas afectadas acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa (artículo 7).

Por otra parte, la ley establece la incorporación al Programa Médico Obligatorio de “las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático” y dispone que deberán ser cubiertas por las obras sociales y prepagas (artículo 8).

Prevé también que “cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxi-

38. Citada en nota 16.

to del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración” (artículo 15).

Los dispositivos de integración deben incluir tanto el aspecto educativo como el laboral (artículos 16 a 23).

La Ley N° 26934 fue reglamentada mediante la Resolución 266/2014 de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.³⁹ La norma aprobó el Programa Integral de Atención, Asistencia e Integración de Personas que Presentan un Consumo Problemático de Sustancias, el Programa de Subsidios a Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, y el marco normativo del Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales.

A nivel local existen diversas normas que, siguiendo el modelo de las normas nacionales, regulan los derechos de las personas que padecen problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Así, la Ley N° 153 Básica de Salud⁴⁰ prescribe que la garantía del derecho a la salud integral se sustente, entre otros principios, en “la concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” (art. 3, inc. a). También dispone como objetivo del sector estatal de salud el desarrollo de políticas integrales de prevención y asistencia de adicciones (art. 14, inc. c).

A su turno la Ley N° 448 de Salud Mental⁴¹ dispone que la garantía del derecho a la salud mental se sustenta en “el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable...”.

Además establece que: “La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-sociocultural y de la necesidad del logro de las mejores

39. Aprobada el 26 de junio de 2014 y publicada en el BO el 19 de agosto de 2014.

40. Sancionada el 25/2/1999 y publicada en el BOCBA n° 703.

41. Sancionada el 27/7/2000 y publicada en el BOCBA n° 1022.

condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (artículo 2, inciso b).

Asimismo, propicia un enfoque de la problemática del consumo a través de redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social y comunitaria (art. 2, inc. c).

La norma también consagra en su art. 10 una serie de lineamientos y acciones que deben regir la organización del sistema de salud mental, entre los que se encuentran:

- La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios.
- La prevención dirigida a accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad.
- Asistencia efectiva a través de un sistema de redes.
- La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral.
- La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, con el objetivo de que tiendan a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos.
- La reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido.

Además, la ley se ocupa de la rehabilitación y reinserción al prescribir que las personas que no cuenten con lazos familiares continentes deben ser albergadas en establecimientos dependientes del área de Promoción Social (art. 15) y que “las personas externadas deben contar con una supervisión y seguimiento por parte del equipo de salud mental que garantice la continuidad de la atención. Todos los recursos terapéuticos que la persona requiera deben ser provistos por el dispositivo de salud mental correspondiente al área sanitaria de referencia” (art. 16).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires también cuenta con una ley específica regulatoria del tratamiento de las adicciones, la Ley N° 2318 de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo.⁴² Su objeto consiste en 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 (art. 1).

Luego de efectuar algunas precisiones terminológicas –a las que se hizo referencia en el apartado 2.1.1. del presente informe–, la norma consagra, en su artículo 3, los siguientes principios básicos:

- a) El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema socio-sanitario.
- 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.

La ley finalmente dispone en el artículo 4 la implementación de un plan integral permanente con acciones dirigidas a lograr una serie de objetivos, entre los que se encuentran:

- 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.
- 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.
- 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.

42. Citada en nota 15.

- Desarrollar estrategias focalizadas en problemáticas emergentes y orientadas a poblaciones vulnerables y de alto riesgo.
- Impulsar la conformación de la Red Integral de Prevención y Atención de las Adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, incorporando las redes existentes en las distintas áreas.
- 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.
- 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, psicopatológicas y médicas.
- La creación de unidades de referencia de los hospitales, centros de atención de salud, consultorios externos, centros médicos barriales, plan médico de cabecera.
- La formación de centros de emergencia social que funcionen como espacios de integración y recuperación de consumidores de sustancias psicoactivas de alta capacidad adictiva.
- La integración a programas de reinserción sociolaboral de pacientes en proceso terapéutico.
- 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 coordinada con las acciones de la red integral de prevención y asistencia de las adicciones.
- 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.
- 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.

3.2. OPERADORES Y DISPOSITIVOS

En las villas que integran el Cinturón Sur de la CABA existen gran cantidad de dispositivos destinados al abordaje y atención de la problemática del consumo de paco, tanto estatales –del Estado Nacional o del GCBA– como no estatales. Algunos de ellos hacen foco fundamentalmente en los jóvenes que viven en situación de pasillo o de ranchada y que no tienen redes de contención familiar o social, mientras otros están destinados a la población en general.

Entre los dispositivos no estatales se destacan los pertenecientes al Programa Hogar de Cristo. Estos comprenden una muy amplia red de atención y contención de los afectados por el consumo de sustancias en todo el territorio objeto del presente informe, y su método de abordaje de la problemática ha servido de modelo, en muchos casos, para los organismos estatales actuantes.

3.2.1. Dispositivos del Estado Nacional

A nivel del Estado Nacional el tratamiento de las adicciones y del consumo problemático de sustancias se encuentra a cargo de tres organismos diferenciados:

- La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar).
- La Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud, dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.
- El Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte (ex Cenareso).

También funcionan a nivel nacional otros programas de atención específica a las adicciones, como el Plan Ahí, y dos dispositivos destinados a facilitar el acceso a la justicia por parte de la población de las villas, como son los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ), dependientes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y en el ámbito de la Procuración General de la Nación, el programa Atajo (Programa de Acceso Comunitario a la Justicia).

Estos últimos, si bien no están destinados a prestar servicios a las personas afectadas por adicciones o el consumo de sustancias, se caracterizan por recibir una gran demanda de ese sector poblacional. Tal

es así que en algunos casos las oficinas de atención se encuentran ubicadas dentro de los predios donde funcionan centros barriales para la recuperación de adicciones.⁴³

Sedronar

Es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones. En tanto órgano especializado en la prevención y asistencia en el uso indebido de drogas, tiene como objetivo asegurar la presencia del Estado en las regiones más vulnerables de nuestro país, garantizando el desarrollo de redes preventivo-asistenciales integrales articuladas intergubernamentalmente.⁴⁴

La asistencia a las personas afectadas por adicción o consumo problemático de sustancias está a cargo de la Dirección Nacional de Asistencia, dependiente de la Subsecretaría de Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones y se realiza a través del Centro de Evaluación y Derivación (Cedecor).

El Cedecor atiende a las personas afectadas, efectúa el diagnóstico pertinente y las conecta con la red de atención adecuada para brindar el tratamiento que requiere cada situación particular. La atención se efectúa personalmente en la sede del organismo, a través de una línea telefónica gratuita o, en el caso de la población que habita en las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mediante el Cedecor descentralizado, compuesto por un grupo de profesionales que atienden directamente en el territorio.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Es un organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación que promueve y coordina redes locales, regionales y nacionales, ordenadas según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones.

43. El CAJ Villa 31 bis funciona en el predio del Centro Barrial Padre Mugica, perteneciente al programa Hogar de Cristo.

44. <http://www.sedronar.gob.ar/a/263/15065/que-es-la-sedronar.html>

Los ejes de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones son, según la información oficial,⁴⁵ los siguientes:

- Fortalecer una red nacional de salud mental basada en la consolidación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y con anclaje territorial.
- Integrar las políticas de salud mental y las de tratamiento de las adicciones en particular, en las políticas generales de salud.
- Promover la salud mental, así como la prevención de las adicciones.
- Constituir un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, que permita establecer y validar prioridades.
- Generar principios rectores sobre atención de la salud mental y de las adicciones desde una perspectiva interdisciplinaria, respetuosa de los Derechos Humanos y con eje comunitario.
- Implementar el Plan Nacional de Salud Mental, así como también impulsar la articulación oficial e intersectorial de las acciones previstas por él.

Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte

El Hospital Nacional en Red Especializado en salud mental y adicciones (ex Cenareso) es el único Hospital Nacional especializado en el tratamiento de las patologías de consumo que pueden manifestarse, como adicciones al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales–, o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Desde la perspectiva político-institucional de este hospital, resulta necesario construir un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (APS), que promueva y conduzca al fortalecimiento, restitución y/o promoción de los lazos sociales.⁴⁶

45. <http://www.msas.gob.ar/saludmental/index.php/institucional/ique-es-la-dnsmya>

46. <http://cenareso.gob.ar/institucional/>

En este marco, una de las principales líneas de acción del hospital consiste en la implementación de una serie articulada de acciones de atención primaria en salud mental en la comunidad con el objetivo de integrar la prevención de enfermedades, la reducción de daños y la promoción de la salud como parte integrante de la asistencia.

De esta manera, el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada y el primer vínculo de la población con el sistema de salud.

Tiene diferentes dispositivos en territorio:⁴⁷

- Consultorios móviles.
- Casa amigable. Ubicada en la plaza Kevin de Villa Zavaleta, funciona de 9 a 15 y es un dispositivo que trabaja desde la reducción de riesgo y daño con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. De esta manera permite generar y afianzar el contacto con la comunidad, además de construir demanda.
- Dispositivo Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes. Ubicado en Salcedo 3268, en la Ciudad de Buenos Aires, funciona de lunes a viernes de 8 a 20 (tel.: 4912-3673). Cuenta con un dispositivo clínico de atención a la demanda espontánea destinado a recibir las consultas de niñas, niños y adolescentes de hasta 16 años que se dirigen a la institución, y está integrado por un equipo interdisciplinario (un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social), que realiza entrevistas con los siguientes fines: delimitar el motivo de la consulta, realizar un diagnóstico presuntivo, orientar a padres, familiares y escuelas, precisar una conducta terapéutica a seguir. También tiene consultorios externos. Por último, funciona allí un Hospital de Día, de lunes a viernes de 9 a 18, donde se organizan talleres y espacios de trabajo por edades.
- Dispositivo para mujeres con niños/niñas. Funciona en convenio con el Hogar de Cristo y trabaja con un equipo interdisciplinario.
- Internaciones. En el hospital se realizan tanto las internaciones breves como aquellas que requieren más tiempo (hasta seis meses de duración). La internación breve está pensada para intervenir en la urgencia, en medio de un episodio agudo, en una excitación psicomotriz o un episodio agudo psicótico como

47. <http://cenareso.gob.ar/asistencia-sm/>

una intoxicación leve o moderada. Posibilita la observación diagnóstica para luego definir el plan terapéutico más apropiado. La internación para tratamiento, en los casos en los que el cuadro del paciente lo requiere, se establece desde un abordaje interdisciplinario conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales. Propone un plan terapéutico donde se incluyen distintas intervenciones clínicas, según cada caso (terapia, grupal y familiar; taller socioproductivo; taller audiovisual; taller de radio; musicoterapia; arteterapia; educación física; terminalidad escolar primaria y secundaria).

- Casas de Medio Camino. Se trata de un dispositivo intermedio entre el tratamiento dentro del hospital y la comunidad. Está pensado para aquellos pacientes que logran la condición de alta y no tienen un grupo familiar receptivo. El equipo de trabajo está compuesto por un coordinador, personal de enfermería y acompañantes terapéuticos, quienes acompañan a los pacientes a lo largo de todas sus actividades diarias.
- Programa Vuelta a Casa. Es un programa de asistencia integral orientado a los pacientes de los servicios del Hospital Nacional en Red que se encuentran atravesando diversas situaciones de vulnerabilidad social y económica, que dificultan el proceso de externación y/o la continuidad de los tratamientos ambulatorios. Supone un apoyo económico otorgado a través de un subsidio, en el marco de un plan terapéutico singularizado, para fortalecer las redes socio-afectivas y posibilitar un mayor grado de autonomía e integración social.

Plan Ahí

Creado por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, está integrado por distintos ministerios nacionales y tiene por objeto optimizar y potenciar los recursos del Estado para llegar a los sectores de la población que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.⁴⁸

48. <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/1.-Plan-Ah---folleto.pdf>

Programa Atajo

Es un programa del Ministerio Público Fiscal de la Nación (MPF). Consiste en Agencias Territoriales para el Acceso a la Justicia. En las agencias territoriales, abogados, psicólogos y personal auxiliar reciben denuncias y pedidos de información de los vecinos sobre diferentes causas. Se establecieron oficinas de atención en la Villa 21/24, en la Villa 31, en Barrio Mitre y en la Villa 1-11-14. Reciben cualquier tipo de denuncia de competencia del MPF, es decir, delitos correccionales y criminales, y lo que no es de su órbita de todos modos lo toman y lo derivan de manera responsable.⁴⁹

Centros de Acceso a la Justicia [CAJ]

Los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ) son dispositivos dependientes de la Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia, que depende, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, ubicados en los barrios, y su misión es facilitar y fortalecer el acceso a la justicia.

Su misión es funcionar “como un puente entre los ciudadanos y los diversos organismos públicos, tanto locales como nacionales”. De esta manera, se abordan las problemáticas que se presentan en los barrios, “centralizando la atención y realizando de manera dinámica las gestiones ante cada organismo correspondiente, con el objetivo de efectivizar el rápido acceso a la justicia”.⁵⁰

Además, los integrantes de los CAJ reciben capacitación de la Sedronar para la atención de las personas con problemas de consumo de sustancias y su correcta derivación.

La mayoría de los CAJ actualmente en funcionamiento están ubicados en las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y están orientados a facilitar el acceso a los servicios de justicia de los sectores de bajos recursos.

Entre las prestaciones que brindan se encuentran:

- Trámite para obtener el DNI.
- Trámites de radicación de extranjeros.

49. <http://www.mpf.gov.ar/atajo/un-atajo-hacia-la-justicia-como-funcionan-las-oficinas-del-ministerio-publico-fiscal-en-las-villas/>

50. <http://www.jus.gov.ar/accesoalajusticia/institucional.aspx>

- Orientación sobre violencia doméstica y trata de personas.
- Consultas por Asignación Universal por Hijo, jubilaciones y seguro de desempleo.
- Actividades de capacitación laboral y de formación sobre salud sexual y reproductiva.
- Solicitud del trámite de Antecedentes Penales.
- Recepción y derivación de denuncias sobre violencia institucional a la Defensoría General de la Nación.
- Gestión de trámites de recepción de reclamos para la Defensoría del Pueblo (subsidios habitacionales, créditos hipotecarios, ticket sociales u otros).⁵¹

3.2.2. Dispositivos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la atención de la problemática de las adicciones se encuentra a cargo de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Por otro lado existe el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia, que depende del Ministerio de Salud.

La Dirección de Políticas Sociales en Adicciones

La Dirección de Políticas Sociales en Adicciones depende del Ministerio de Desarrollo Social y tiene por misión “generar todas las instancias necesarias para asistir a todos los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires que requieran atención y contención por el uso de sustancias psicoactivas, buscando garantizar la calidad y efectividad de cada intervención, con la reinserción social como eje transversal”.⁵² Funcionan allí dos gerencias operativas:

- La Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones, cuyo objetivo es “informar, sensibilizar y concientizar a todos

51. Los Centros de Acceso a la Justicia existentes en las villas son diez: CAJ Villa Soldati, en el Barrio Ramón Carrillo, CAJ Villa 1-11-14, CAJ Villa 21/24, CAJ Villa 31, CAJ Villa 31 bis, CAJ Villa 26, CAJ Villa 19, CAJ Villa 20, CAJ Lugano 1 y 2, y CAJ Villa 15.

52. <http://www.buenosaires.gov.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones>

los vecinos de la ciudad sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas”.⁵³

- La Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones, que “busca desarrollar acciones que permiten contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas para dar respuestas a las necesidades individuales y sociales, asociadas a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas”.⁵⁴

En el ámbito de la Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones funcionan varios dispositivos:

- a) El Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación, que tiene a su cargo la evaluación de las personas afectadas y su derivación a efectores propios o a comunidades terapéuticas conveniadas desde el Ministerio de Desarrollo Social.⁵⁵
- b) Los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC), que son dispositivos ubicados en los barrios, en los que se brinda atención individual ambulatoria a los afectados y a sus familiares. Según la información oficial, existen doce CIAC y “cada uno de ellos tiene un equipo de trabajo conformado por psicólogos y operadores socioterapéuticos”.⁵⁶
- c) Tres centros de día que ofrecen distintas modalidades terapéuticas: Casa Flores,⁵⁷ Casa Lucero⁵⁸ y Casa Fátima.⁵⁹
- d) Un dispositivo de gestión asociada, Casa Faro, que brinda asistencia a niños y jóvenes de ambos sexos de hasta 21 años de edad,

53. <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones/asistencia>

54. <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones/centros-de-prevencion-social-en-adicciones>

55. Ubicado en Piedras 1281, PB, Oficina 102, de lunes a viernes de 9 a 18, tel.: 4124-5895.

56. Los doce CIAC estarían ubicados en los barrios de Barracas, La Boca, Villa Soldati, Barrio Carrillo, Villa Lugano, Cildáñez, Barrio Piedrabuena, Villa 15, Elefante Blanco, Barrio INTA, Barrio Fátima y San Cristóbal.

57. Centro de día mixto que funciona de lunes a viernes de 8 a 19 en Bonorino 884.

58. Centro de día para niños y adolescentes de hasta 21 años ubicado en Lacarra 3147, en el Barrio Los Piletones, y que atiende de lunes a viernes de 8.30 a 16.30.

59. Centro de día ubicado en la Manzana 5 del Barrio Fátima que atiende de lunes a viernes, inclusive feriados, de 9 a 17.

con modalidad de tratamiento de internación a corto plazo. Tiene 12 camas y el ingreso se realiza a través del Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación.⁶⁰

El Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia

Además de los dispositivos referidos, el Gobierno de la Ciudad Autónoma tiene un Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia, que depende del Ministerio de Salud.⁶¹ Este programa incluye una Red Metropolitana de Servicios en Adicciones, destinada a brindar las siguientes prestaciones:

- Atención toxicológica las 24 horas.
- Servicio de ayuda telefónica en drogas y alcohol (SADA).
- 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.

Según la información oficial, este programa funciona en diversos establecimientos ubicados en el área metropolitana: el Centro de Salud Mental N° 1 Dr. Hugo Rosarios,⁶² el Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino,⁶³ el Centro de Día Carlos Gardel,⁶⁴ el Centro de Día para el Tratamiento de Adicciones,⁶⁵ los Hospitales Tornú, Rivadavia, Fernández, Argerich, Álvarez, Piñero, Muñiz, Moyano, Borda, Tobar García y Elizalde; los Centros de Salud y Acción Comunitaria 9, 10 y 39.⁶⁶

60. Casa Faro está ubicada en Juez Magnaud 1434, tel.: 4911-6388/9412.

61. <http://www.buenosaires.gov.ar/salud/saludmental/programayredesdesaludmental>

62. Ubicado en Manuela Pedraza 1555.

63. Ubicado en Av. Córdoba 3120.

64. Ubicado en San Luis 3237.

65. Ubicado en Presidente Torres y Tenorio 2101.

66. Ubicados en Irala 1254, Av. Amancio Alcorta 1402 y 24 de Noviembre 1679, respectivamente.

3.2.3. Operadores y dispositivos no estatales

Como ya se expresara, paralelamente a los dispositivos estatales, existe una importante red de instituciones y organizaciones no gubernamentales que cumplen un rol fundamental en materia de asistencia a las personas afectadas por consumo de drogas que viven en los barrios humildes.

El Hogar de Cristo

HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA HOGAR DE CRISTO

Entre los operadores y dispositivos no estatales, el Hogar de Cristo –concebido como un programa integral y no como un dispositivo específico–, creado a partir de la labor de los curas villeros, constituye indudablemente, la más importante de las organizaciones no estatales destinada a paliar los devastadores efectos del paco.

El programa Hogar de Cristo nació de la mano de los curas villeros en 2008 como una respuesta al desafío generado por el consumo de paco y a partir de la concepción de esta sustancia como un “rostro nuevo de la exclusión”, “una consecuencia de la gran marginalidad que se vive en algunos barrios de la metrópolis”.⁶⁷

El camino del Hogar de Cristo, en la búsqueda de un abordaje que tuviera en cuenta las particularidades de la población que asiste, es descripto por uno de sus integrantes del siguiente modo:

Fue ir descubriendo que lo que teníamos que hacer no era tratar de que los chicos dejen de consumir, sino intentar acompañar su vida completita; o sea, dejar el consumo pero también arreglar todos los problemas que ellos habían armado durante los tiempos malos: las relaciones con su familia, las enfermedades, haber perdido la vivienda, el trabajo. Entonces desde el comienzo entendimos claramente que era esto, que no teníamos que repetir la dinámica que ya había de centros de día, de comunidades terapéuticas, que estaban bien para un tipo de drogas, para un tipo de personas, pero con la población y con el modo de consumo con el que teníamos que trabajar nosotros se requería una respuesta así, muy integral.⁶⁸

67. Di Paola, José, *op. cit.* (nota 1).

68. Testimonio de Gustavo Barreiro, presidente de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco.

En definitiva, la importancia de este programa radica fundamentalmente en varios aspectos. El primero se relaciona con el hecho de haber implementado un abordaje diferente de la problemática del consumo que afecta a las clases más empobrecidas, que parte de la comprensión del fenómeno del consumo y de la adicción en este sector social como un emergente de la exclusión, y que plantea un acompañamiento integral de los afectados, la atención y el cuidado de todas las áreas de la persona, empezando por el acompañamiento afectivo.

La segunda cuestión a destacar tiene que ver con las dimensiones alcanzadas, que implican presencia activa y permanente en todas las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y llegada directa a las personas que están en situación de calle, a través del contacto personal que realizan día a día los sacerdotes y laicos que integran el programa.

Otro aspecto de suma trascendencia es la elevada efectividad evidenciada por el Hogar de Cristo en cuanto a los resultados obtenidos en la recuperación de personas afectadas, especialmente de los que por su condición de marginales económicos y sociales tienen pocas o nulas chances de acceder a otros tipos de asistencia. Cabe destacar que esa efectividad en lograr la recuperación va seguida de un acompañamiento posterior intenso en todos los ámbitos (de salud, habitacional, laboral, social, etc.), que brinda a los afectados la posibilidad de lograr su reinserción en la sociedad y salir del círculo de exclusión y consumo.

Las variables apuntadas convierten al Hogar de Cristo en un modelo de asistencia de las adicciones con acciones y dispositivos diferentes de los tradicionales, que por su elevada efectividad sirven de modelo para las instituciones oficiales.

DISPOSITIVOS QUE INTEGRAN EL HOGAR DE CRISTO

El programa Hogar de Cristo se implementa a través de numerosos dispositivos, que no funcionan como centros de recuperación de adictos, sino como espacios de acompañamiento en los que “se busca establecer una relación de amistad con quien es usuario problemático de drogas y ayudarlo a que sea él quien reconstruya su propia historia”.⁶⁹ Los centros barriales reciben subsidios mensuales de la Sedronar en proporción a la cantidad de personas que se atienden en ellos.

69. Di Paola, José, *op. cit.* nota 6.

Los dispositivos a través de los cuales se implementa el Programa Hogar de Cristo son los siguientes:

A) CENTROS BARRIALES

Son considerados como “puertas de acceso cercanas y amigables para la orientación, contención y atención de personas que se encuentran en situación de sufrimiento social por el consumo problemático de drogas”.⁷⁰ Su función es recibir y acompañar a los afectados y a sus familias, orientarlos y gestionar su reinserción. Funcionan en distintos emplazamientos de las villas de la ciudad.

- Centro Barrial Niños de Belén, ubicado en la Villa Zavaleta. Es la puerta de entrada al programa y funciona de lunes a sábados de 9 a 13. Pasan un promedio de 20 a 30 personas por día que van a desayunar y a almorzar y pueden bañarse si quieren. No se les exige compromiso terapéutico o de recuperación y no se realizan actividades regladas, lo único que no se les permite es dormir en el lugar. Realizan actividades tales como juegos de mesa y taller de pintura. Muchos de los que empiezan en este centro luego continúan en el San Alberto Hurtado, donde hay un mayor compromiso con la recuperación. Dos veces por semana un grupo de profesionales del Hospital Nacional en Red (ex Cenareso) asiste al Centro Niños de Belén y colabora con actividades tendientes a que los afectados intenten un camino de rehabilitación.
- Centro Barrial San Alberto Hurtado, ubicado en la Villa Zavaleta, es un centro de día en el que se pide a los que asisten un compromiso para salir de la situación de calle e intentar dejar las drogas. Funciona como lugar de encuentro, como un club barrial, en donde se realizan actividades terapéuticas (terapia) y de esparcimiento (deportes, talleres de plástica y música, reuniones sociales, festejos, etc.). También funciona en el centro un taller de carpintería con salida laboral.
- Centro Barrial Masantonio, ubicado en Villa Zavaleta. En la actualidad se encuentra en obra, próximamente será habilitado. Se destinará especialmente a la atención y alojamiento de las

70. Ídem.

personas afectadas de tuberculosis que estén bacilíferos (en etapa de contagio) y que además presenten problemas de consumo.

- Centro Barrial San Juan Bosco, ubicado en la Villa 1-11-14.
- Centro Barrial San Francisco, ubicado en la Villa 1-11-14.
- Centro Barrial Padre Carlos Mugica, ubicado en la Villa 31.
- Centro Barrial Carpa Negro Manuel, ubicado en Constitución.

Los cuatro centros citados en último término tienen objetivos, funcionamiento y estructuras similares a los del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

B) HOGARES

- Hogar Santa María Madre del Pueblo, ubicado en Villa 1-11-14. Está destinado a dar alojamiento a personas que viven en la calle y que tienen voluntad de dejar el consumo de drogas. Tiene varias habitaciones, algunas de ellas para mujeres con niños, otras para hombres y una para adultos mayores o “abuelos”. Quienes viven en el lugar realizan las tareas de limpieza, mantenimiento, etc., y durante la tarde asisten a uno de los centros barriales ubicados en la misma Villa 1-11-14 (el San Francisco o el San Juan Bosco).

C) GRANJAS COMUNITARIAS

Tienen como objetivo acompañar a jóvenes de las villas que vienen transitando un camino de recuperación desde las sedes de los centros barriales, para que lo continúen y profundicen en un contexto distinto al de la villa. Durante este período los afectados deben dejar en forma total el consumo y elaborar un proyecto de vida en el marco de la vida comunitaria.⁷¹

En las granjas se realizan actividades terapéuticas y hay huertas y animales. No funcionan como internación, sino como un sistema de acompañamiento con pautas. Las personas que se alojan en las granjas se comprometen a hacerse cargo de sus familias e hijos y se quedan el tiempo necesario para armar un plan de vida. En general van a las granjas después de haber hecho un camino en un centro barrial. Las granjas reciben subsidios de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

71. Di Paola, José, *op. cit.* (nota 1).

Actualmente funcionan dos granjas comunitarias, ambas ubicadas en la localidad de General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires:

- Granja Madre Teresa, que alberga mujeres embarazadas o con hijos.
- Granja San Miguel Arcángel, dedicada a varones.

D) VIVIENDAS AMIGABLES

Son espacios que no están destinados solamente a dar solución al problema habitacional, sino que apuntan a generar un lugar de convivencia y de recuperación. Funcionan bajo distintas modalidades y en general con el apoyo de un Centro Barrial.

Entre las que funcionan actualmente se pueden mencionar la Casa Hermana Pilar, la Casa San Ramón y varias casas en Villa Soldati, Flores, Villa Luro y en distintas localidades del conurbano bonaerense.⁷²

Otros operadores no estatales. Madres del Paco

La Asociación Civil Hay Otra Esperanza, creada por la Red de Madres del Paco, posee en la Villa 1-11-14 un dispositivo que funciona de lunes a viernes de 8 a 16. Recibe un subsidio a través del sistema de becas del Gobierno de la Ciudad y tiene una población estable de entre nueve y doce chicos diarios, pero en total son unos veinte los que asisten al espacio.

El dispositivo se integra mediante tres grupos de acción:

- a) Un grupo que cocina y reparte comida a las personas en situación de calle o pasillo del barrio;
- b) el centro de día al que concurren adolescentes y adultos, y en el cual se les ofrece el desayuno, el almuerzo y se realizan actividades de psicoterapia individual, grupal, así como diversos talleres;
- c) el dispositivo de niños que brinda talleres de prevención de adicciones y apoyo escolar. Está dirigido fundamentalmente a los hijos de

72. La Casa Hermana Pilar, ubicada al lado de la parroquia Caacupé en la Villa 21, está destinada a albergar jóvenes que empiezan a poner en práctica su nuevo proyecto de vida durante los primeros meses de su reinserción, hasta que se independizan. En la casa San Ramón, en el barrio de Villa Luro, viven cuatro familias del Centro San Alberto Hurtado. En Villa Soldati hay una casa que alberga a una madre con hijos y en las localidades de Florencio Varela, Laferrere, Malvinas, Guernica y Bernal existen casas que albergan a jóvenes y familias de los distintos centros barriales.

personas que están en consumo y que requieren ayuda para las tareas del colegio. También se les da el almuerzo y se los acompaña a la escuela. Tiene como objetivo ayudar a los niños a sostener la rutina escolar en los casos en los que los padres no pueden brindar este sostén.

3.3. INTERVENCIÓN JURISDICCIONAL

Tanto los testimonios recogidos como los datos colectados durante el relevamiento, permiten concluir que las personas objeto del presente estudio sólo tienen contacto con el Poder Judicial en situaciones críticas de naturaleza civil o penal.

En el ámbito penal –nacional y local– la intervención jurisdiccional aparece ante la imputación de conductas delictivas, muchas veces producto de la mera estigmatización que padecen los afectados.

La justicia civil también interviene frente al problema, a la situación crítica que se da cuando la persona afectada tiene un deterioro físico y/o psíquico tal que se pone en riesgo su propia integridad y la de sus allegados. Es así como la mayoría de los entrevistados refirieron la existencia de procesos que tramitan ante el fuero de familia, relativos a tenencia, guarda o adopción de sus hijos.⁷³

Por otra parte, y ya en el ámbito de la justicia local, cabe señalar que los juzgados que integran el fuero Contencioso Administrativo y Tributario tienen competencia específica para actuar, cuando se encuentran afectados los derechos constitucionales de las personas que constituyen el objeto del presente estudio diagnóstico –situación que se verifica en la totalidad de los casos relacionados a derechos tan esenciales como lo son el derecho a una vivienda digna, a la salud y a gozar de una alimentación y atención sanitaria adecuadas–.

Sin embargo, el relevamiento efectuado evidenció la imposibilidad de las personas afectadas de obtener la protección jurisdiccional

73. Es muy frecuente la situación de mujeres jóvenes que tuvieron hijos en momentos críticos de consumo y que no pudieron hacerse cargo de ellos, por lo que los niños fueron dados en adopción. Cuando las madres empiezan el proceso de recuperación y quieren intentar la revinculación que la ley les garantiza, encuentran serias dificultades para conocer el alcance de sus derechos y para obtener el asesoramiento que les permita ejercerlos debidamente.

debida por parte de los tribunales referidos en último término, situación que se origina en el desconocimiento de los derechos, la falta de un asesoramiento y patrocinios adecuados, y la distancia física existente entre el territorio y los juzgados.

Precisamente, la propuesta de creación del TTAC tiene por objetivo superar esas distancias y barreras que imposibilitan el acceso a la justicia para permitir a los afectados obtener la protección judicial necesaria frente a situaciones de desamparo y a la eventual inacción de las autoridades locales.

3.4. ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD

En el territorio objeto de la investigación, actuaron históricamente efectivos de la Policía Federal Argentina. Los reclamos de la población fueron incesantes y crecientes durante las últimas décadas. Las razones eran fundamentalmente dos: la primera se vincula con el carácter de “socios” que habían adquirido algunos funcionarios policiales en relación con actores de la delincuencia, y la segunda, el maltrato al que eran sometidos los vecinos por los efectivos policiales. La situación obviamente se complicó cuando la droga escaló en los barrios. A los problemas tradicionales se sumaron grupos juveniles violentos y operados por los comerciantes de sustancias, ranchadas de consumo, hechos de violencia y elevada tasa de robos y hurtos, todos, de alguna forma, controlados o influenciados por sectores corruptos de la Policía Federal.

Como esa realidad se hizo insostenible, el Plan Unidad Cinturón Sur fue puesto en marcha el 4 de julio de 2011 a través del Decreto presidencial N° 864/2011 y consistió en la sustitución de las fuerzas de la Policía Federal Argentina (PFA) y de sus comisarías por el despliegue de 3000 efectivos de la Gendarmería Nacional y de la Prefectura Naval en el Sur de la Ciudad de Buenos Aires.

Este programa de seguridad pública, que impulsó la entonces presidenta Cristina Fernández de Kirchner para la Ciudad de Buenos Aires, se basó en la complementación de los cuerpos policiales y de las fuerzas de seguridad federales por zonas.

Gendarmería Nacional aportó, según consignó el Ministerio de Seguridad, 1760 gendarmes y 200 vehículos entre patrulleros, camiones, motocicletas y ambulancias en los barrios de Nueva Pompeya, Bajo Flores, Villa Soldati y Villa Lugano.

Prefectura Naval desplegó por su parte 1250 efectivos, 26 camionetas, 24 cuatriciclos y 10 patrulleros en los barrios de Barracas, La Boca y Parque Patricios.

Además, el diagrama operativo dispuso la reasignación de 1100 agentes de la Policía Federal Argentina en refuerzo del resto de las comisarías de la ciudad.

El Ministerio de Seguridad dispuso las reasignaciones en el uso de bienes, así como la distribución de recursos humanos y materiales de la Policía Federal Argentina, la Gendarmería Nacional y la Prefectura Naval Argentina a fin de optimizar el servicio.

La Gendarmería Nacional y la Prefectura Naval Argentina ejercen hasta hoy las funciones de policía de seguridad y las tareas de prevención e investigación de los delitos en esas zonas asignadas de la Capital Federal.

La Policía Federal, por su parte, ejerce las acciones de investigación que le requieran las autoridades judiciales conforme las atribuciones, deberes y limitaciones regulados por el Código Procesal Penal de la Nación. También ejerce la custodia, depósito y archivo del armamento y bienes que sean secuestrados en las causas que tramitan; la conducción administrativa de las prevenciones sumariales criminales y contravencionales que se le asignen; la custodia y traslado de los detenidos en las dependencias; la tramitación de los expedientes de exposiciones y certificación de domicilios; la acción en los casos de incendio por intermedio de la Superintendencia de Bomberos; la seguridad de espectáculos públicos y deportivos, por intermedio de la Superintendencia de Seguridad Metropolitana; y cualquier otra acción en los asuntos que le requiera el Ministerio de Seguridad en el ámbito de sus facultades.

En relación con el tema de nuestra investigación, la implementación del Operativo Cinturón Sur no ha implicado modificación alguna respecto de las personas adictas en situación de calle o pasillo. Es claro, por nuestros propios relevamientos empíricos, que ninguna de las fuerzas que actúan en estos territorios posee un protocolo

de actuación respecto de las personas adictas que se encuentran en situación de calle o pasillo. No suelen interactuar con ellos. El único momento en que se verifica un contacto es ante la existencia de un supuesto hecho ilícito y la eventual persecución de los posibles autores.

Si bien la saturación de efectivos en los barrios hizo que se percibiese una sensación de mayor seguridad por parte de los vecinos, lo cierto es que dicha saturación no corrigió ninguno de los cuadros antecedentes vinculados con la oferta de droga en zonas públicas y con la desprotección de los adictos.

Lo mismo ocurre con la Policía Metropolitana, que tiene una fuerte presencia en la Villa 21-24 y en el NHT Zavaleta, pero que carece por completo de protocolos de actuación frente a las problemáticas objeto de nuestra investigación.

4. ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS INSTITUTOS DESCRIPTOS EN LOS APARTADOS PRECEDENTES A PARTIR DEL RELEVAMIENTO EFECTUADO Y DE LOS TESTIMONIOS DE LOS AFECTADOS

En el presente apartado se efectúa, tal como se anticipa en el título, un análisis crítico del funcionamiento de los mecanismos e institutos existentes en la actualidad en la atención de la problemática del consumo de paco por parte de las personas que viven en situación de calle, de pasillo o de ranchada, en las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este análisis se efectúa a partir de los datos obtenidos por el Equipo durante el relevamiento efectuado en el territorio y a través de las entrevistas, así como de los testimonios de los actores involucrados, que incluyen tanto a los propios afectados como a los operadores.

El objetivo de este capítulo es facilitar la identificación de los problemas fundamentales que se plantean a la hora de abordar la asistencia, protección y tratamiento de los afectados, y especialmente aquellas situaciones en las que la dificultad o la imposibilidad lisa y llana de acceder a la justicia empeora aún más las condiciones de las personas que constituyen el objeto del estudio diagnóstico acometido.

4.1. EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU ABORDAJE DESDE LA MIRADA DE LOS PROPIOS ACTORES

4.1.1. Falencias del sistema estatal

El sistema estatal, como es sabido, está inmerso en un contexto determinado y opera sobre la realidad que le viene dada. Esta realidad está delimitada por la sociedad que lo sustenta y por todos los factores que la atraviesan y condicionan.

Nuestra sociedad se caracteriza por el avance de un proceso que se extiende a escala planetaria, que lleva siglos, y cuya característica

sobresaliente es la concentración de riqueza en pocas manos.⁷⁴ Este fenómeno, que muchas veces se manifiesta en la vulneración sistemática de los derechos de millones de personas, condiciona de forma profunda la capacidad estatal para dar respuestas eficaces. La aparición de universos de personas inmersas en situaciones de pobreza extrema es el desafío más importante al que se enfrentan los Estados modernos. Hasta el momento, en términos genéricos el Estado se mostró ineficaz para dar una respuesta adecuada, es decir, ser capaz de garantizar la dignidad humana a todos sus habitantes.

En la reciente carta encíclica *Laudato Si'* sobre el Cuidado de la Casa Común, el Sumo Pontífice nos enseña:

Entre los componentes sociales del cambio global se incluyen los efectos laborales de algunas innovaciones tecnológicas, la exclusión social, la inequidad en la disponibilidad y el consumo de energía y de otros servicios, la fragmentación social, el crecimiento de la violencia y el surgimiento de nuevas formas de agresividad social, el narcotráfico y el consumo creciente de drogas entre los más jóvenes, la pérdida de identidad. Son signos, entre otros, que muestran que el crecimiento de los últimos dos siglos no ha significado en todos sus aspectos un verdadero progreso integral y una mejora de la calidad de vida. Algunos de estos signos son al mismo tiempo síntomas de una verdadera degradación social, de una silenciosa ruptura de los lazos de integración y de comunión social.⁷⁵

74. Oxfam, una organización internacional que analiza el proceso de concentración de riqueza, publicó en enero de 2015 un informe que muestra cómo la riqueza acumulada por el 1% más rico de la población se ha incrementado, pasando de un 44% en 2009 a un 48% en 2014. Y sostuvo que “a este ritmo, para el año 2016 habrá alcanzado el 50%. En 2014, los selectos miembros de esta élite del 1% mundial tenían de media una riqueza de 2,7 millones de dólares por adulto. Del 52% restante de la riqueza mundial, la mayor parte (el 46%) está en manos del 20% más rico. El 80% restante de la población comparte tan sólo el 5,5% de la riqueza mundial: 3,851 dólares de media por adulto, lo que equivale a 1/700 parte de la riqueza media del 1% más rico de la población mundial”. Además, como es sabido, esto no se distribuye “matemáticamente”. Fuente: www.oxfam.org/es/sala-de-prensa/notas-de-prensa/2015-01-19/el-1-mas-rico-tendra-mas-que-el-resto-de-la-poblacion

75. *Carta Encíclica Laudato Si' del Santo Padre Francisco sobre el cuidado de la casa común*. Publicada por el Vaticano, apartado 46, pp. 35-36. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/Docum/LaudatoSi.pdf>

Que muchos de los organismos estatales a los que se les solicitó colaboración para acceder a la información necesaria para el estudio diagnóstico encarado no hayan siquiera respondido, evidencia que la problemática de las personas más empobrecidas, aun cuando suponga situaciones dramáticas, está lejos de constituirse como tema prioritario de agenda.

Por otra parte, los que sí respondieron, reconocieron en la mayoría de los casos que no existía diseño de políticas públicas específicas para abordar la temática. En otros casos, informaron sobre la existencia de mecanismos que inclusive bajo un análisis superficial, resultan claramente insuficientes en atención a la gravedad del tema.

El relevamiento directo de los dispositivos por parte de los miembros del Equipo, así como los testimonios colectados, confirmaron que la problemática objeto de este estudio no ha sido abordada de manera integral y eficiente por parte del Estado, ni a nivel nacional ni a nivel local. La fragmentación de la actuación estatal, la carencia de recursos materiales o su utilización poco racional y la falta de coordinación entre los distintos organismos derivan en un sistema que no se revela apto para paliar las consecuencias del flagelo del paco en las villas, y menos aún para buscar algún tipo de solución a un problema cada vez más grave.

Algunos de los testimonios que se transcriben a continuación resultan sumamente elocuentes al respecto:

Tenemos al Estado muy fragmentado, con especialistas en cada área y no había nadie que mire la integridad de la persona, entonces había que pensar un dispositivo que acompañe, que integre a la persona... no puede ser que haya tantos programas diferentes de una misma institución que trabajan separados o que haya seis programas de adicciones en un mismo lugar cuando hay un montón de barrios que no tienen nada. ¿Cómo puede ser que haya lugares que estén sobreintervenidos estatalmente, desde el tercer sector, desde las organizaciones, y otros lugares en donde no haya nada?⁷⁶

Es preciso aclarar aquí que no se busca con este informe cuestionar la actuación de los organismos existentes, ni señalar o de cualquier modo referirse a su funcionamiento. De hecho, fundamentalmente de los testimonios recabados surge con claridad que los operadores existentes trabajan al límite de su capacidad, muchas veces con recursos muy escasos

76. Testimonio de Pablo Vidal, Subdirector del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

y articulando de forma creativa las alternativas a su alcance. Indudablemente existe una voluntad generalizada de avanzar hacia la concreción mancomunada de soluciones concretas para personas concretas.

Sucede que estamos en presencia de un cambio de paradigma del propio Estado. La sociedad de la economía concentrada evolucionó en una dirección y con una velocidad que el viejo Estado Nación, como lo conocíamos, no puede gestionar adecuadamente. Es necesario un cambio profundo de paradigma para avanzar en nuevos formatos de abordaje que permitan optimizar los recursos estatales, redireccionarlos y diseñar nuevos mecanismos para arribar a soluciones concretas.

En otro pasaje de la encíclica, el Papa Francisco se pronuncia respecto de las dificultades existentes para que nuestras sociedades y sus Estados puedan avanzar en soluciones concretas y eficaces, que involucren a millones de personas:

Quisiera advertir que no suele haber conciencia clara de los problemas que afectan particularmente a los excluidos. Ellos son la mayor parte del planeta, miles de millones de personas. Hoy están presentes en los debates políticos y económicos internacionales, pero frecuentemente parece que sus problemas se plantean como un apéndice, como una cuestión que se añade casi por obligación o de manera periférica, si es que no se los considera un mero daño colateral. De hecho, a la hora de la actuación concreta, quedan frecuentemente en el último lugar. Ello se debe en parte a que muchos profesionales, formadores de opinión, medios de comunicación y centros de poder están ubicados lejos de ellos, en áreas urbanas aisladas, sin tomar contacto directo con sus problemas. Viven y reflexionan desde la comodidad de un desarrollo y de una calidad de vida que no están al alcance de la mayoría de la población mundial. Esta falta de contacto físico y de encuentro, a veces favorecida por la desintegración de nuestras ciudades, ayuda a cauterizar la conciencia y a ignorar parte de la realidad en análisis sesgados. Esto a veces convive con un discurso “verde”. Pero hoy no podemos dejar de reconocer que un verdadero planteo ecológico se convierte siempre en un planteo social, que debe integrar la justicia en las discusiones sobre el ambiente, para escuchar tanto el clamor de la tierra como el clamor de los pobres.⁷⁷

Ya no es útil un Estado que le traslade la problemática al ciudadano eludiendo su responsabilidad. Ese es un Estado que no asume que los de-

77. Encíclica *Laudato Si'*, *op. cit.*, apartado 49, pp. 38 y 39.

rechos de las personas tienen como contrapartida una obligación jurídica de cumplimiento efectivo. Tampoco sirve un Estado que compartimente su actividad desentendiéndose de aquellas cuestiones que escapan al área específica de intervención de la cartera de que se trate, como si fueran compartimentos estancos. Ya no es útil tampoco un Estado que no adopte medidas de acción positiva para intervenir directamente. El nuevo paradigma exige que el Estado esté ahí, en el lugar donde están los problemas, y que contribuya enérgicamente a su solución. También es preciso aliarse con las organizaciones locales que complementan –coherente y honestamente– la tarea estatal. Existen roles diferentes pero complementarios, uno es el rol del Estado y otro el de las organizaciones locales.

Sin embargo, ese trabajo conjunto debe hacerse de manera integrada y coordinada, siguiendo una línea de acción previamente definida mediante la participación de todos los actores, que contemple todos los aspectos del problema que enfrentan los usuarios de paco que están en situación de calle o de pasillo. Esos aspectos, como quedó expuesto a lo largo de este informe, van mucho más allá de la situación de consumo o de adicción y abarcan toda la problemática social derivada de las situaciones de exclusión y marginalidad que padecen los afectados. Así lo destaca el director de uno de los centros barriales de Villa Zavaleta:

Aunque los dispositivos sean bien intencionados la fragmentación de la respuesta asistencial [pienso que] es el problema más grave. Si interviene la Sedronar, no va a ponerle un abogado al pibe para ver qué pasó con esa rebeldía o no va a conseguirle un lugar donde pueda vivir el día que salga de la comunidad. Y si el pibe no termina el tratamiento y se raja, no hay acompañamiento... Nosotros veíamos que cada pibe que llegaba era como un rompecabezas de derechos vulnerados y que esa vulneración imposibilitaba a su vez el acceso a otros derechos. Un pibe que quería internarse por la Sedronar necesitaba el documento y tal vez no lo tenía, fue una lucha que la Sedronar lo entendiera, o le decían que tenía que ir a la Comisaría a hacer las huellas pero el tipo tenía miedo porque tenía una causa. O el tipo que tenía que hacer el documento y no tenía dirección, si vivía en la calle y para parar en el parador le pedían documento.⁷⁸

Más allá de la fragmentación y descoordinación resaltadas en el apartado precedente, también resulta útil a los efectos del presente es-

78. Testimonio de Carlos Olivero, Director del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

tudio diagnóstico analizar la efectividad de los dispositivos existentes a partir de los datos relevados y de las experiencias de los propios actores.

Una primera cuestión a destacar es la inexistencia de coordinación entre los distintos institutos pertenecientes a una misma área estatal. Así, a nivel nacional no hay unificación de estrategias entre la Sedronar, el Hospital Nacional en Red y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones,⁷⁹ ni con los programas implementados desde el Ministerio de Justicia o desde la Procuración General.⁸⁰

Lo mismo sucede a nivel del gobierno local, donde se evidencia que los programas implementados por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud funcionan como compartimentos estancos, sin ningún tipo de integración. De este modo, los operadores destacan las situaciones generadas por esta dispersión:

A nosotros, en lo personal, no nos está resultando muy efectivo ese grupo (Atajo). Es un grupo que es más de consulta, yo lo que le vengo peleando muchísimo, muchísimo a Charly es conseguir abogados penalistas que vengan acá... Acá viene uno que es voluntario y el chabón está saturado... Pero, por ejemplo, yo fui a hablar en la Facultad de Derecho con uno que está en la Secretaría de Extensión y le dije que así como ellos asesoran gratuitamente, armar algo para este tipo de población [...]. A nosotros Acceso a la Justicia nos sirve mucho más. Viene una chica, que acá en Lu-ján también está, acá viene una vez por semana y le mandamos gente... Los de Acceso a la Justicia son en general mucho más piolas.⁸¹

En el ámbito local, la atención de la problemática de la adicción y el consumo de sustancias está a cargo fundamentalmente del Ministerio de Desarrollo Social, concretamente de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, y en menor parte del Ministerio de Salud a través del Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia.

Pero aquí nuevamente se evidencia una falta de coordinación entre los distintos organismos y una superposición de funciones. En efecto, la asistencia de las adicciones es canalizada principalmente a través del

79. Esta evidencia fue confirmada durante las entrevistas mantenidas con la Lic. Edith Benedetti del Hospital Nacional en Red, y con el Lic. Ignacio Puente Olivera, de la Sedronar.

80. Centros de Acceso a la Justicia y Programa Atajo.

81. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación y de los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria, ambos dependientes del Ministerio de Desarrollo Social. Sin embargo, a nivel del Ministerio de Salud sigue existiendo el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencia ya referido, cuyas funciones se superponen con las desarrolladas en el ámbito de Desarrollo Social.

La superposición de funciones es tal, que el GCBA cuenta con dos sistemas de atención telefónica para orientación y asistencia en casos de drogadependencia: el Servicio de Ayuda Telefónica en Drogas y Alcohol, dependiente del Ministerio de Salud (4861-5586) y el servicio de atención telefónica del Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (4124-5895). Ambos tienen funciones similares y atención en horarios similares, lo cual permite suponer que existe una duplicación innecesaria de recursos.⁸²

A partir del relevamiento efectuado por el Equipo se verificó que los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC), que son los principales efectores del Gobierno de la Ciudad en el territorio, no tienen sede propia y en general funcionan en los Centros de Atención Primaria (CeSAC) que dependen del Ministerio de Salud. Esto genera un primer problema, ya que los CIAC funcionan “de prestado” y dependen de la buena voluntad de los profesionales de los CeSAC para tener un lugar donde atender a los afectados y a sus allegados.

El equipo del CIAC trabaja en el CeSAC 35. Pero son del GCBA, la parte de adicciones está en Desarrollo Social, trabajan en el CeSAC 35, que es un

82. La información oficial brindada a través de la página web del Gobierno es la siguiente: “4861-5586 - Servicio de Ayuda Telefónica en Drogas y Alcohol - Lun a vie de 8 a 20 h. Este servicio es atendido por un equipo de operadores capacitados para brindar contención, información y, en caso de ser necesario, derivar a los efectores de la Red Metropolitana. La Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (R.M.S.A.) es el conjunto de efectores de los hospitales de la ciudad que tienen la responsabilidad y el compromiso de actuar frente a las problemáticas de las drogadependencias”. Y: “Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación Piedras 1281, PB, Oficina 102, de lunes a viernes de 9 a 18 hs., tel. 4124-5895. Está conformado por profesionales especializados en adicciones, los cuales desarrollan evaluaciones clínicas toxicológicas, de situación, y la consecuente derivación, para un tratamiento de rehabilitación por abuso de sustancias psicoactivas”.

dispositivo del GCBA de Salud, y por peleas internas los chicos atienden en un banquito en la plaza, o atienden en el consultorio del odontólogo.⁸³

Esa situación anómala también implica que los profesionales que se desempeñan en los CIAC carecen de los recursos materiales necesarios para llevar a cabo su labor. No tienen computadora, ni teléfono, ni fac-símil –a pesar de que las derivaciones de internación deben hacerse por esa vía, lo que los obliga a recurrir a locutorios–. Las historias clínicas las elaboran de forma manual, en fichas confeccionadas por ellos sin un criterio predefinido, y las guardan como pueden en armarios que consiguen a tal fin en lugares prestados.

También pudimos constatar que los CIAC, a pesar de estar emplazados en el territorio de las villas, difícilmente llegan a atender casos de gente en situación de calle, se limitan a la asistencia de los afectados que viven en los barrios y sobre todo a sus familiares.

En este punto, todos los entrevistados pusieron el acento en que los usuarios de paco que están en situación de calle no pueden ir a un centro asistencial en un horario determinado y esperar su turno para ser atendidos, sino que necesitan recibir la primera asistencia y ayuda en el lugar donde se encuentran, en la propia calle o en las ranchadas.

Resulta evidente cómo el trabajo desintegrado de los dispositivos que atienden la problemática de Adicciones por parte del Gobierno de la Ciudad (algunos dependientes del Ministerio de Salud y otros del Ministerio de Desarrollo Social) dificultan e imposibilitan lo que a esta altura se torna evidente y fundamental: un abordaje integral de la persona en el que se pongan en funcionamiento estrategias, decisiones y acciones que piensen un más allá del consumo, que se haga desde la comprensión del complejo entramado de factores que se ponen en juego en este problema. Entender que no es sólo un problema de consumo de drogas que se puede tratar de forma aislada, sino que debe ser abordado inevitablemente en función de la historia de esa persona en particular y de la comunidad de la cual es parte.

Los dispositivos antes mencionados y su modo de funcionamiento real, cotidiano, no se enmarcan en esta perspectiva. El tratamiento y seguimiento de estas personas no puede ni debe estar librado a la buena voluntad de los profesionales que muchas veces dedican tiempo extra y

83. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

hasta recursos económicos para la atención de sus pacientes, cuando la infraestructura y la estructura del dispositivo los desborda.

4.1.2. Problemas específicos para la recuperación y reinserción de las personas objeto del presente estudio

Como se ha señalado a lo largo del presente informe, los usuarios de paco que viven en las villas urbanas en situación de calle o de pasillo se encuentran en una situación especialmente compleja, que va mucho más allá del consumo problemático o de la adicción a la sustancia, y que se vincula esencialmente con la situación de exclusión social y marginalidad.

Esta particularidad torna ineficaz cualquier intento de solución que se funde en criterios asistenciales y terapéuticos clásicos que no tengan en cuenta la especificidad del problema.

Lo primero que destacan los actores involucrados es la necesidad de contención y de un lugar donde vivir:

La vida en la calle es complicada, vos sos mujer y capaz que es peor; es diferente cuando una mujer está en consumo que cuando está un hombre en consumo, porque una a veces hace cosas para tener plata que el hombre no las hace (...). Si vos estás en la calle, siempre hay alguien que va en la noche y algo te quiere hacer, porque vos ves que estás en la calle y vos valés 10 pesos, 5 pesos.⁸⁴

Y en la calle pasan un montón de cosas: si no te jode la policía, te joden los tipos porque sos mujer (...) son todos violines, están esperando a que vos te caigas al piso para bajarte los pantalones; si te dormís, perdiste.⁸⁵

Por lo tanto, la recuperación no puede limitarse a los efectos de la droga, sino que tiene que atacar fundamentalmente la situación de calle y las consecuencias de la exclusión social,⁸⁶ lo cual requiere un abordaje especial:

84. Testimonio de Brenda, entrevistada en el Hogar Niños de Belén.

85. Testimonio de Melisa, alojada en la Granja Madre Teresa.

86. Los organismos estatales no se han revelado como eficaces para efectuar ese abordaje especial que requiere el problema que nos ocupa. Actualmente algunos dispositivos están empezando a funcionar a partir del modelo creado por el Hogar de Cristo, que a la fecha es el único que pudo implementar un sistema de asistencia integral, que contempla los distintos aspectos involucrados en el consumo de paco en las villas, y que ha evidenciado una importante llegada a los afectados que se encuentran en situación crítica.

Ante todo, más que un problema de drogas este es un problema de exclusión, lo que se necesita son herramientas clásicas, o sea, atender a personas que han sido empobrecidas en su vivienda, en su trabajo pero también en su salud, en sus derechos, judicialmente y especialmente en su alma, o sea que la respuesta que hay que dar es muy compleja.⁸⁷

Aun los que están en la calle cuando nos acercamos saben que tienen una familia, les preguntamos cómo están, saben mi nombre, yo sé el nombre de todos, se genera un vínculo afectivo, salen del anonimato.⁸⁸

Así, el primer paso para la recuperación parece ser el acercamiento afectivo, el brindar un plato de comida y un lugar donde dormir.

En la mayoría de los pibes que acompañamos nosotros no hay familia atrás, no hay de dónde agarrarse... Para los chicos de la calle la contención afectiva es la más importante... después hay grupos terapéuticos, psicólogos. Nosotros no trabajamos con la ideología de la reducción de daños, sí con la realidad de la reducción de daños... darle un plato de comida a un pibe es una reducción de daños, sacarlo de la calle es una reducción de daños... vas como bajando cambios en el acelerar del consumo hasta que pueda lograr una estabilidad.⁸⁹

¿Tiene que haber dispositivos específicos? Claro que tiene que haber. Pero lo que vemos que hay poco o no hay son dispositivos inespecíficos, que miren la totalidad de la vida, que hacen falta por la fragmentación social (...) hace falta alguien que mire integralmente el problema... A problemas complejos no hay respuestas lineales.⁹⁰

También destacaron los entrevistados las dificultades que tienen las personas afectadas para sostener los tratamientos terapéuticos de rehabilitación, que suelen resultar ineficaces en la medida en que no atienden la particularidad del problema de las personas que han vivido en situación de calle y que carecen de contención familiar.

87. Testimonio de Gustavo Barreiro, presidente de la Cooperativa AUPA (Acompañantes de Usuarios de Paco).

88. Testimonio del Padre Nicolás Angelotti, coordinador del Hogar Santa María de la Villa 1-11-14.

89. Ídem.

90. Testimonio de Carlos Olivero, referenciado en nota 79.

Los centros de atención de adicciones no están preparados para tratar a las personas marginales con problemas de adicciones.⁹¹

La posibilidad de que una chica, que está hace 10 años en consumo y que no quiere someterse a una internación porque no quiere estar internada en una comunidad, tenga la posibilidad de ir a vivir a un lugar, de ir aprendiendo normas de convivencia. Y eso es buenísimo porque si no, la única posibilidad que tenemos es una internación para tratar el problema de las drogas, pero el problema no es exclusivamente la droga.⁹²

Lo peor de todo es que te medican el cuerpo pero tu cabeza sigue normal, es impresionante cómo quedás inmovilizado por la dosis, que casi no podés hablar, balbuceás, te sentís muy denso, muy pesado pero tu cabeza va al ritmo de la vida que vos llevás.⁹³

A veces la familia no sabe qué hacer, busca ayuda por un lado, por otro, o te hacen una denuncia; pero siempre hay que darle tiempo a la persona que está en consumo, a veces no te sirve cuando el otro te exige internarte, a veces esa no es la forma... cada persona tiene sus tiempos, cada persona tiene una historia atrás muy diferente.⁹⁴

Otro problema especial es la cantidad de requisitos burocráticos necesarios para lograr una internación, cuando esta es vista como el único recurso posible.

Hay mucha burocracia, demasiados requisitos para internar, piden muchos papeles. La Sedronar no los quiere internar si no tienen documentos, si no cumplen todos los requisitos. Esto se vuelve un gran impedimento, primero porque hay muchos chicos NN (indocumentados) pero que a la vez están en riesgo, necesitan que se los interne. Es necesario que los internen sin tanto protocolo, mientras ellos paralelamente ordenan su situación.⁹⁵

Los operadores también pusieron el acento en la necesidad de brindar a los afectados que inician un tratamiento la contención afectiva

91. Testimonio de Gustavo Barreiro, referenciado en nota 88.

92. Testimonio de Patricia Figueroa, coordinadora del Equipo de Acompañamiento Externo del Hogar de Cristo.

93. Testimonio de Melisa, referenciada en nota 86.

94. Testimonio de Brenda, referenciada en nota 85.

95. Testimonio de Luis Arellano, operador del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

de la que carecen, que en general no está contemplada en los tratamientos tradicionales.

Lo que pasa es que a los chicos les cuesta mucho sostener las internaciones, ni te digo cuando están solos. Una persona que queda internada en un hospital y nadie la visita, nadie le trae ropa limpia, nadie le trae algo dulce cuando necesita... cosas que parecen no necesarias, digamos, porque lo básico lo tienen, tienen una cama limpia, tienen medicación y tienen la comida, pero al no tener todo el resto de cosas, más la contención de alguien que te visita, alguien a quien le importes, los chicos se van... Crear esa red de contención mientras los chicos están internados es importante. Los mismos chicos que se van recuperando son los que visitan a otros chicos que están en el hospital, y cuando uno les pregunta te das cuenta lo importante que es esa visita. No solamente es curar el cuerpo, sino también reconstruir un poco los afectos y la esperanza, ver que otro pudo salir te da la esperanza de que yo también voy a poder.⁹⁶

A esta altura, es posible concluir que la recuperación de las personas que constituyen el objeto del presente estudio debe incluir necesariamente la rehabilitación de la situación de calle y la creación de un soporte afectivo y material que impida el regreso a esa situación de calle.

No me estoy rehabilitando de la droga; me estoy rehabilitando de la droga, del alcohol, de la delincuencia, de la prostitución, de las pastillas, de la situación de calle, hay que rehabilitarse de la situación de calle.⁹⁷

4.1.3. Problemas relativos a la atención sanitaria de los afectados

Otro tema importante que surgió del relevamiento se relaciona con las dificultades de los afectados para obtener una atención sanitaria adecuada. Los testimonios coinciden en señalar que la posibilidad de atención en centros de salud y hospitales para las personas en situación de calle es muy difícil y muchas veces imposible, y que depende fundamentalmente de la buena voluntad de los profesionales.

Imaginate que los pibes nuestros muchas veces no pueden hacer la espera, los pibes que están un poquito bien pueden esperar en la sala del hospital... son pibes que vienen de la calle, cuánto te pueden esperar ahí, y además con todos los vecinos mirándolos porque están todos sucios...

96. Testimonio de Patricia Figueroa, referenciado en nota 93.

97. Testimonio de Melisa, referenciado en nota 86.

entonces no pueden esperar. Y algunos médicos lo entienden, entonces nosotros cuando tenemos un pibe, ahora lo llevamos directo al consultorio, sin esperar, terminan de atender y los hacen pasar, y le consiguen la medicación, todo, porque a la farmacia los pibes no pueden ir.⁹⁸

A veces el hospital se torna un poco no amigable para los chicos que tienen problemas con el consumo... el sistema es poco amigable: si tenés que sacar un turno a las 5 de la mañana, si tenés que planificar cuándo vas a sacarte sangre, son cosas que los chicos no las pueden cumplir, no es una cosa posible... Lo que por ahí falta es una bajada de línea institucional donde esto sea una prioridad, yo siento que en este momento para nuestro sistema de salud esto no es prioridad... No hay el espacio ni físico en los hospitales, ni humano para dedicarle el tiempo que necesitan los chicos, el tiempo y el espacio.⁹⁹

Los propios afectados viven la necesidad de atención hospitalaria como una situación sumamente traumática:

Me pasaba que a veces iba al hospital por cortes por peleas callejeras que yo tenía y me dejaban sentada en una silla, me acuerdo una vez, me dejaron toda la noche sentada en el pasillo del hospital y recién a la mañana me atendieron... Yo había pedido si por favor me podían atender porque me re dolía la cara y una enfermera le dijo al médico que esperara, que total para qué me iban a atender si yo me iba a ir y me iba a volver a pasar lo mismo, entonces todas esas cosas... La sociedad te re discrimina y como que te sentís menos que los demás, si la gente misma te está descartando.¹⁰⁰

4.1.4. Paco y tuberculosis

Un problema de especial gravedad es la elevada incidencia de tuberculosis entre la población que consume paco en situación de calle o de pasillo. Los especialistas consultados coinciden en afirmar que se trata de una enfermedad de fácil cura en la medida en que se siga el tratamiento antibacteriano adecuado. Pero los usuarios de drogas en general, y de paco en particular, no suelen estar en condiciones de sostener los tratamientos hasta su finalización, lo que ha dado lugar a

98. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

99. Testimonio de Patricia Figueroa, referenciado en nota 93.

100. Testimonio de Romina, responsable de Casa Amigable Villa Luro del Hogar de Cristo.

la generación de cepas de virus resistentes a los antibióticos tradicionales, y a la expansión de la llamada “tuberculosis multirresistente”.

El problema es que esta es una subpoblación muy particular y no podemos pensar que las estrategias que tenemos dispuestas para el diagnóstico y tratamiento [de tuberculosis] del resto de los pacientes van a servir para este caso; no podemos esperar que los pacientes con esta problemática del consumo se acerquen, entonces tenemos que pensar maneras de llegar, para eso necesitamos del compromiso fuerte del equipo de salud y trabajar muy articuladamente con las organizaciones comunitarias.¹⁰¹

Las particularidades que adquiere esta enfermedad en los grupos de consumo también requieren de un abordaje especial por parte los efectores sanitarios, por lo que resultan inapropiados los hospitales actualmente existentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Si yo quiero internar, por ejemplo, en el Sedronar o en alguna otra institución a un pibe con adicciones y que tenga una enfermedad de este tipo (infectocontagiosa), no me lo internan, entonces necesitamos tener en este tipo de instituciones espacios, salas que los puedan albergar hasta que el paciente deje de ser contagiante, no podemos esperar hasta que se cure la tuberculosis para internarlo... Sobre todo en los hospitales que están situados en el sur de la ciudad no hay salas de aislamiento, si yo llego con un paciente con esta comorbilidad –adicción más tuberculosis–, poder aislarlo en una sala, poder abordarlo con especialistas en adicciones y con especialistas en el tratamiento de estas enfermedades. Entonces necesito equipos interdisciplinarios, necesito salas de aislamiento y estas son las cosas que todavía no están resueltas, necesito subsidios para tratar ambulatoriamente y estimular el cumplimiento por parte de los pacientes, esas son cuestiones a resolver.¹⁰²

4.1.5. Problemas en la reinserción

Todos los testimonios dan cuenta de que ni la sociedad ni los sistemas laboral, educativo y sanitario generales están preparados para tratar a las personas marginadas que se recuperan de problemas de adicciones.

101. Testimonio del Dr. Jorge Poliak, médico jefe del Servicio de Neumonología del Hospital Penna.

102. Ídem.

Frente a escenarios de vulnerabilidad social, los especialistas ponen el acento en la constitución de dispositivos de socialización que compensen el déficit estructural, en términos de inserción social, que los afectados arrastran al iniciar la recuperación. En cuanto al “después” del tratamiento en estos sectores sociales, se evidencian dos cuestiones a resolver: por un lado, la que se refiere a crear espacios de sociabilidad que permitan una integración efectiva, y por otro lado, la necesidad de un seguimiento que acompañe el proceso de reinserción, habida cuenta de la fragilidad de los vínculos y la situación de vulnerabilidad social que debe enfrentarse al volver a generar lazos sociales.¹⁰³

Uno de los problemas principales para las personas que intentan dejar el consumo de paco y recuperarse de sus efectos es el acceso a una vivienda. Los operadores coinciden en que los paradores y lugares para dormir son insuficientes y que además tienen mecanismos inadecuados, que dificultan que quienes empiezan el camino de la recuperación puedan salir de la calle y encontrar un lugar para dormir.

Algunos destacan que, por ejemplo, para dormir en el Parador Bepo Ghesi –uno de los dos paradores de que dispone la ciudad para personas en situación de calle–,¹⁰⁴ para conseguir una cama, algo que no siempre ocurre, tienen que hacer cola desde las tres de la tarde y entrar a las cuatro o a las seis, lo que dificulta la posibilidad de hacer tratamiento en el centro.¹⁰⁵

Otro de los problemas fundamentales es el relativo a la posibilidad de reinserción laboral, ya que como destacan los actores: “El sistema laboral normal no sirve para los usuarios de paco”.¹⁰⁶

Esta situación es mucho más grave aún para quienes deben enfrentar la salida de la cárcel:

A los pibes los largan en Ezeiza, les dicen te felicito, tenés la libertad, y los dejan en la puerta del penal. Al pibe lo estás empujando, le estás diciendo colate en el tren o pedí monedas ahí, o volvé a robarle a alguien

103. Observatorio Argentino de Drogas, *op. cit.* en nota 18.

104. Ubicado en Herminio Masantonio 2970, en Villa Zavaleta.

105. Testimonio de Rita Díaz, presidenta de Asociación Civil Hay Otra Esperanza (Madres del Paco).

106. Testimonio de Gustavo Barreiro, referenciado en nota 88.

para volver a tu casa. Son situaciones en que empujamos a la gente afuera, la excluimos, no nos hacemos cargo del problema.¹⁰⁷

Quienes trabajan en el Hogar de Cristo consideran que brindar a los afectados las condiciones para una adecuada reinserción social, educacional y laboral es fundamental para su recuperación:

En los centros barriales de la 1-11-14 hay primaria, secundaria y oficios... La reinserción es fundamental. Una cosa es una recaída en un pibe que tuvo la posibilidad de estar en el hogar, que picó lo que es tener una familia, que generó un vínculo, que pudo terminar la primaria, que pudo tener su DNI, que pudo resolver su caso judicial... Otra cosa es una recaída cuando el pibe no pudo resolver nada de eso, se queda colgado y vuelve a la calle... Los pibes nos dicen que el Hogar de Cristo no es un lugar de recuperación, o un lugar de inclusión, sino en primer lugar una familia donde vivir, esa es la base, después resolvemos todo lo demás, nos dejamos de drogar, terminamos la primaria, terminamos un oficio, construimos la casa, pero el sustrato de todo eso es que tengan una familia donde vivir.¹⁰⁸

4.2. NECESIDAD DE FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA

Las personas afectadas por el consumo de drogas que viven en situación de calle tienen, casi en su totalidad, una relación conflictiva con la justicia, que se manifiesta en:

- carencia de patrocinio letrado y de asesoramiento legal adecuado;
- desconocimiento de los derechos que los asisten;
- desconocimiento de la situación procesal;
- falta de contacto con defensores, fiscales y jueces;
- imposibilidad de reclamar frente a la violación de derechos fundamentales.

De los testimonios recogidos se deduce que un problema importante es la falta de una respuesta rápida por parte de las instituciones judiciales.

Y el Poder Judicial qué hace, por ejemplo, cuando interviene un Juzgado Civil, la defensora por un lado, el juez por el otro: “no puedo por la Ley

107. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

108. Testimonio de Nicolás Angelotti, referenciado en nota 89.

de Salud Mental”, la defensora: “hagamos un amparo colectivo”, pero los médicos qué culpa tienen en todo esto, o sea, como que desde el Poder Judicial se dice lo que se tiene que hacer pero sin saber los recursos que hay realmente, a veces hay una ignorancia muy grande. A veces se ordenan cosas que van a ser incumplibles.¹⁰⁹

Tendría que haber un recurso legal para casos muy extremos, en que hay que llegar a una internación compulsiva, la tuberculosis es un riesgo para el paciente en sí mismo pero también para la comunidad... El problema es lograr que el paciente permanezca en internación y ahí hay que pensar, sin llegar al extremo de una internación compulsiva, pero sí judicialmente tendríamos que pensar cómo, en casos extremos, lograr una custodia para lograr que el paciente quede en internación.¹¹⁰

Además, las trabas para efectuar denuncias y la demora de los procesos judiciales son problemas destacados por los actores.

Me dice (el policía) “bueno, vayan a hacer la denuncia. ¿Está golpeada?, bueno, si está golpeada vayan a hacer la denuncia en la oficina de violencia a la mujer”... Como que son un montón de requisitos, para mí tiene que haber algo que sea en el momento, después hacemos todas las denuncias que quieras, pero tiene que haber algo que actúe en el momento.¹¹¹

El proceso judicial es larguísimo y el Hogar cumple esa función de acompañar a los chicos en ese proceso, pero es la Justicia la que tiene que amigar esos diálogos, esos canales, hacer procesos más cortos, no citar a la persona veinte veces para pedirle papeles diferentes.¹¹²

Un aspecto importante también es la necesidad de un asesoramiento especial, que contemple la particular situación de las personas en consumo y en situación de calle.

Como que estos pibes no es nada más que asesorarlos, sos el médico y es cómo decirles que tienen que tomar esta medicación y reposo por 48 horas, vos tenés que acompañarlos, ir hasta la farmacia y

109. Testimonio de Gustavo Barreiro, referenciado en nota 88.

110. Testimonio del Dr. Jorge Poliak, referenciado en nota 102, en relación con las personas en situación de calle que presentan tuberculosis multirresistente y son bacilíferos.

111. Testimonio de Brenda, referenciado en nota 85.

112. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

comprarles la medicación, preguntarles al otro día: che, ¿la tomaste?, ¿la estás tomando en horario?, ¿no te colgaste? Lo mismo con las causas judiciales. Vos no le podés dar nada más un papel y decirle: vos tenés la causa prescripta, tenés que ir a Talcahuano... Lo perdés... Vos lo tenés que acompañar, lo tenés que asesorar, ir a ver el juicio con él, convencerlo... Hay que inventar dispositivos que estén más cerca de la gente.¹¹³

Esa necesidad de un asesoramiento especializado se relaciona con una serie de problemas específicos que padece la población objeto del relevamiento para el acceso a la justicia:

Una de las cosas que se tendrían que poder canalizar por la vía judicial es la cuestión de las casas de primer umbral, el parador no responde al paradigma de la reducción de daños... Yo tengo 500 pibes en situación de calle y no tengo ni un parador del Gobierno de la Ciudad, ni una casa de primer umbral, ni nada para sacarlos de la calle. Los tengo que mandar al Bepo en Zavaleta, o a Retiro, donde hay droga y un montón de pibes que viven en la calle... Es fundamental que haya un lugar donde los pibes puedan ir a vivir.¹¹⁴

...los casos NN son muy comunes, siempre es una deuda, hay lugares que somos poquitos y no da el tiempo. NN hay y es difícil conseguir asesoramiento gratuito... Concretamente, son chicos que nunca tuvieron documento, chicos que eran de la calle y no hay rastros porque se prendió fuego la casa o la mamá le perdió los documentos y no sabe quién es... gente que no sabe cuál es el número de documento, por ahí sólo saben el nombre de pila, hay varios... Y a nosotros, hoy por hoy, nos están acompañando en eso los de acceso a la justicia, lo que pasa es que conseguir asesoramiento para eso es difícil porque además pasa que, por ahí, conseguiste el asesoramiento y el pibe fue una o dos veces, y después no fue más... Es que los tiempos son otros... Muchas veces los recursos están todos, pero el pibe el trámite que puede hacerse en un mes tarda dos años en hacerse el documento, porque viene de la calle, va, se hace el papel, la denuncia de extravío y no lo sigue.¹¹⁵

Yo le entregué mi hija a sus abuelos a los 5 meses, después le dije que busque un abogado y que yo le iba a dar la guarda provisoria porque no eran

113. Ídem.

114. Testimonio de Nicolás Angelotti, referenciado en nota 89.

115. Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 77.

condiciones de vida buenas, con mi pareja vivíamos a las piñas. Después de eso, yo le hago una petición al juez para pedir un tratamiento para mí, yo me presenté pero después que me separé y como me fui a situación de calle a consumir, todo quedó en el aire.¹¹⁶

4.3. COROLARIO

De la información recabada en la presente investigación, fundamentalmente de los testimonios obtenidos, surge claramente que estamos en presencia de un problema estructural que requiere de profundas transformaciones.

Compartimentación de la actividad estatal, lo que deriva en ineficacia y muchas veces en inoperancia. Escasez de recursos humanos y materiales en comparación con la magnitud de la demanda. Severas dificultades de complementación. Y, fundamentalmente, inexistencia de un diseño estratégico unificado de abordaje, lo que torna directamente imposible que haya respuestas eficaces a un fenómeno tan complejo.

Es que el entorno de quienes atraviesan situaciones de pobreza extrema es tan diferente al del resto de los integrantes de la sociedad, que muchas veces se construye una cultura diferente sobre la base de condiciones de vida completamente distintas y caracterizada por una estructura de valores también diferente. Pretender responder a este fenómeno con los parámetros culturales de la sociedad de los incluidos es, en el mejor de los casos, una pretensión ingenua condenada al fracaso de antemano.

Ya no es posible quedarse esperando que sean “los interesados” quienes se acerquen y que sostengan un tratamiento o un procedimiento judicial seriamente, atravesando además innumerables dificultades burocráticas.

La situación es grave, porque además de expresar una gigantesca vulneración de derechos de miles de personas, implica un severo riesgo para la comunidad toda en materia epidemiológica.

Y frente a esto, el Poder Judicial, con honrosas excepciones, se comportó como lo hizo tradicionalmente con problemas complejos,

116. Testimonio de Melisa, referenciado en nota 86.

intentando eludir las grandes decisiones que exige la magnitud del problema, amparándose en tradiciones procedimentales o en la rigidez formal.

Sin embargo, no sería justo sostener que el único responsable de este estado de situación es el Poder Judicial. Lo que ocurre con las personas con adicciones a la pasta base de cocaína o sustancias similares en situación de calle o pasillo configura un problema estructural que lo excede, pero que exige de él un rol de vanguardia.

En efecto, todos los indicadores señalan la necesidad imperiosa de la creación de una instancia centralizada, que pueda efectuar un diagnóstico de la cantidad de personas involucradas, recabando la mayor información posible sobre su identidad y datos filiatorios para desarrollar luego los lineamientos estratégicos de abordaje integral y coordinado.

Sin lugar a dudas, la empresa presenta dificultades importantes de índole jurídica, sanitaria, social y económica. Pero sólo es posible encarar su abordaje partiendo de la certeza de la especificidad y complejidad de la cuestión y de la necesidad de planteos novedosos para resolver nuevos problemas.

Es el Poder Judicial el que puede estructurar y organizar a las fuerzas de seguridad al servicio de la cobertura sanitaria específica que se requiere en estos casos, en una práctica respetuosa de los derechos individuales y las garantías constitucionales.

Todos los especialistas, inclusive quienes han padecido situaciones de adicciones, sostienen que la recuperación no es un proceso lineal ni existen recetas mágicas que funcionen en todos los casos. De la vasta experiencia del Hogar de Cristo, por ejemplo, pudimos aprender que la recuperación de adictos es mucho más un proceso de acompañamiento afectivo de personas irremediamente solas (que buscan un lugar en una sociedad que no tiene espacio para ellos), que un tratamiento químico o médico de desintoxicación. Y mucho menos un procedimiento legal represivo, que en modo alguno puede contribuir a la recuperación, ni tampoco al alejamiento de esa clase de comportamientos ilegales o delictivos cuando existen.

Este acompañamiento requiere además, cuando se trata de personas en situación de calle o pasillo, de un sostenimiento económico, una cobertura de vivienda y la posibilidad de inserción económica. Y también lleva tiempo, bastante tiempo. Atraviesa idas y vueltas,

transita recaídas y nuevos intentos de recuperación, y al final arriba a una instancia de equilibrio y recuperación.

Como puede verse, un abordaje estratégico del problema requiere planificar la actuación conjunta y coordinada de diferentes poderes del Estado, distintas áreas de actuación, en paralelo con organizaciones de la sociedad civil, que muchas veces realizan la tarea más difícil junto a las personas.

A ello debemos agregar que la propia dinámica de la adicción, vivida en el ámbito violento de las calles, deriva en situaciones jurídicas complejas.

En síntesis, entendemos que en los casos de adicciones toda la actuación estatal debe estar dirigida a la recuperación antes que a la sanción, porque sólo así se logrará la reinserción social (artículo 18 CN). El rol de vanguardia del Poder Judicial surge claramente como el apropiado para encabezar el proceso, estructurando y coordinando a los diferentes actores cuya intervención resulta necesaria para obtener resultados eficaces.

Habrá que abstraerse de los preconceptos y animarse a pensar formatos nuevos de actuación coordinada.

Habrá que animarse a privilegiar el fondo sobre la forma, para que la forma no termine destruyendo el fondo. La justicia, la salud y la recuperación de los adictos, entendida no sólo como su desintoxicación, sino también como el proceso para que puedan salir definitivamente de la marginalidad, deben constituirse como el pilar principal sobre el que habrá de erigirse este nuevo comportamiento estatal.

Como sostiene alguien que trabaja día a día y codo a codo con los afectados:

La Justicia debiera empezar a entender lo que pasa con las adicciones y tener una amplitud de criterio. Esto no es un problema de droga, sino de marginalidad.¹¹⁷

117. Testimonio de Luis Arellano, referenciado en nota 96.

Edición impresa en los talleres gráficos Primera Clase Impresores, California
1231, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. En el mes de julio de 2016.
Tirada 500 ejemplares.