



Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires  
Fuero Contencioso Administrativo y Tributario

**INFORME DEL EQUIPO DE INVESTIGACION  
SOBRE CONSUMO DE PACO  
EN CINTURON SUR DE LA  
CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.  
DIAGNOSTICO Y PROPUESTA LEGISLATIVA.**

RES. P.C.M. Nro 639/15

**Enero de 2016**

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.

**Ghandi.**

## **MIEMBROS DEL EQUIPO**

### **Dr. Roberto Andrés Gallardo, Director**

Juez en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Profesor Adjunto Regular de Teoría del Estado de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

Máster en Abogacía del Estado de la Procuración del Tesoro de la Nación.

### **Dra. Beatriz Campos.**

Abogada.

Secretaria Judicial del Fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Docente de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

### **Dr. Ernesto Facundo Taboada.**

Abogado.

Secretario Judicial del Fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Docente de Teoría del Estado de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

### **Lic. Mariana Aguilar.**

Psicóloga.

Miembro del Equipo de Apoyo en Justicia Penal Juvenil del Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Dra. Norma Aspres**

Médica.

Jefa del Servicio de Pediatría de la Maternidad Sardá

### **Dr. Ana Clara Camarotti**

Socióloga - Doctor en Ciencias Sociales

Investigadora del CONICET

### **Dra. Alejandro Capriati**

Sociólogo - Doctor en Ciencias Sociales

Investigador del CONICET

# ÍNDICE

## 1. Introducción -

### 1.1. El paco en las villas.

#### 1.1.1. Origen del problema

#### 1.1.2. Búsqueda de soluciones

### 1.2. El Convenio suscripto entre el Consejo de la Magistratura de la CABA y la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco “Hogar de Cristo”

### 1.3. Delimitación del territorio de estudio y metodología de trabajo.

#### 1.3.1. Delimitación del territorio

#### 1.3.2. Metodología de trabajo

##### 1.3.2.1. Relevamiento del territorio

##### 1.3.2.2. Visitas a instituciones y efectores

##### 1.3.2.3. Entrevistas realizadas

##### 1.3.2.4. Requerimientos a organismos

### 1.4. ¿Qué es la noche de la justicia?

## 2. Descripción del problema

### 2.1. Adicción, dependencia y consumo problemático

#### 2.1.1. Definiciones normativas

#### 2.1.2. Enfoque de la problemática del consumo de drogas desde la medicina y la psiquiatría

##### 2.1.2.1. Clasificación y caracterización de las sustancias

##### 2.1.2.1.1. Marihuana

2.1.2.1.2. Cocaína

2.1.2.1.3. Paco - Pasta base de cocaína

2.1.2.2. Efectos del consumo de paco en el organismo

2.1.2.3. Factores que influyen en el desarrollo de las adicciones

2.1.2.4. Consecuencias del consumo de paco: la tuberculosis

2.1.2.5. Consecuencias de orden social

2.2. Distintos enfoques para el abordaje del problema del consumo de sustancias.

2.2.1. Modelos o paradigmas teóricos

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

2.3. Problemas que plantea la atención hospitalaria de usuarios de paco.

2.4. Problemas relacionados con la reinserción

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.

2.5.1.1. Datos poblacionales

2.5.1.2. Inequidades en las condiciones de vida

2.5.1.3. Principales problemáticas de salud

2.5.1.3.1. Cobertura de salud

2.5.1.3.2. Mortalidad en la adolescencia

2.5.1.3.3. Consumos problemáticos de drogas

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

2.5.2.1. Trabajo territorial aplicando la IAP hacia una Epidemiología comunitaria.

Punto de partida

2.5.2.2. Estrategia para el relevamiento de datos en el Núcleo Transicional Zavaleta

3. Abordaje del problema del consumo del paco en las villas por el Estado y los actores no estatales.

3.1. Encuadre legal.

3.1.1. Normativa internacional.

3.1.2. Normas internas

3.2. Operadores y dispositivos.

3.2.1. Dispositivos del Estado Nacional.

3.2.1.1. SEDRONAR

3.2.1.2. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

3.2.1.3. Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte

3.2.1.4. Plan AHÍ

3.2.1.5. Programa ATAJOS

3.2.1.6. Centros de Acceso a la Justicia (CAJ)

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

3.2.2.1. La Dirección de Políticas Sociales en Adicciones

3.2.2.2. El Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia.

3.2.3. Operadores y dispositivos no estatales

3.2.3.1 El Hogar de Cristo

3.2.3.1.1. Historia y características de programa Hogar de Cristo

3.2.3.1.2. Dispositivos que integran el Hogar de Cristo

3.2.3.2. Otros operadores no estatales. Madres del Paco.

3.3. Intervención jurisdiccional

3.4. Actuación de las fuerzas de seguridad

4. Análisis crítico del funcionamiento de los institutos descritos en los apartados precedentes a partir de relevamiento efectuado y de los testimonios de los afectados

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

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

4.1.3. Problemas relativos a la atención sanitaria de los afectados

4.1.4. Paco y tuberculosis

4.1.5. Problemas en la reinserción

4.2. Necesidad de facilitar el acceso a la justicia

4.3. Corolario

5. Propuesta de creación de una instancia jurisdiccional especializada

5.1. Fundamentos de la propuesta de creación del Tribunal Territorial de Alta Complejidad (TTAC)

5.2. Texto del proyecto de ley de creación del Tribunal Territorial de Alta Complejidad

## **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 final 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 y 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 elevado de los casos relevados permite descubrir que el paco nace ahí donde la pobreza se instala, 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 la mayoría 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, reaccione con temor, huyendo, evitando el contacto físico y el diálogo. Basta para ello ver la reacción de los automovilistas cuando ven desde lejos

una persona en estado de adicción y camino errante. Lisa y llanamente aceleran para evitar cualquier posibilidad de contacto. Para ello obviamente contribuyen los medios masivos de comunicación, que han perforado a 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 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, 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 en 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 de auxilio psicológico, médico y social conjugado, articulado y coordinado. El abordaje jurídico exitoso sólo es posible en un juego paralelo y sostenido con los demás abordajes.

El cuarto elemento que colapsó en el transcurso de la investigación es el relacionado con la despenalización de la tenencia y consumo de drogas. El trabajo se desarrolló en un momento en el que se debatía en la opinión pública el tema, y en donde 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 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) para 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, por suicidio, aunque nadie pudo explicar cómo pudo dispararse dos veces en su cabeza <sup>1</sup>. 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?. Nuestro **Papa Francisco** en ocasión de recibir en audiencia a los participantes en la XXXI Conferencia Internacional contra el Narcotráfico que tuvo lugar en Roma del 17 al 19 de junio del 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"*, recordando que 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 <sup>2</sup>. Para ello se tuvieron en cuenta diversos argumentos que van

---

<sup>1</sup> Gary Webb fue un periodista estadounidense que reveló documentalmetne la relación de la CIA con el tráfico de cocaína, la Contra nicaragüense y la inundación de “crack” en los barrios afroamericanos de EEUU en medio de una operación destinada a abastecer de dinero y armas a la CIA. El 10 de diciembre del 2004, fue encontrado muerto en su domicilio con dos proyectiles de revólver del calibre 38 en la cabeza. A pesar de que los dos tiros fatales que habían entrado a través de la parte posterior de su cabeza era inusual, la policía determinó que fue suicidio.

<sup>2</sup> 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.

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 <sup>3</sup> financiada por el magnate George Soros, a su vez accionista primario de la firma Monsanto <sup>4</sup> que está vinculada con 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 <sup>5</sup>.

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

---

<sup>3</sup> Las Open Society Foundations (OSF) es una fundación 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.

<sup>4</sup> Monsanto Company es una multinacional estadounidense productora de agroquímicos y biotecnología destinados a la agricultura. La compañía 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 y uniforme que le 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 ha criticado los posibles y graves perjuicios a la salud e 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, los productos biotecnológicos y 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.

<sup>5</sup> Existe una cantidad considerable de evidencia científica basada en investigaciones en animales y estudios en personas que indican que estar expuesto al 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, empezando en la adolescencia, tenía una relación con una pérdida de un promedio de 8 puntos de coeficiente intelectual, medido durante la edad adulta (Meier MH, 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 periodos 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..

“exitoso” al vendedor de droga y a sus “auxiliares”, que juntan un 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 de 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, comenzando desde las cabezas de los negocios, hacia abajo, destruyendo el mito del “emprendedor exitoso” y falsa creencia de la libre elección de los consumidores. Estamos convencidos que los chicos adictos con los que hemos compartido mucho tiempo de nuestra investigación, no han podido elegir. Fueron 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.

Resumiendo, la tarea desarrollada, nos permitirá una caracterización socio-económica 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 dosis 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 ello 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 corona este trabajo y que pretende ser nuestra mayor y mejor contribución.

## **1.1. El paco en las villas.**

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 en oportunidad de la “*Commemoración del Día Internacional de lucha contra la droga... “EL DESAFÍO DEL PACO”*” pone en evidencia cuál 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 pero 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 de trabajo les resulta esquivo, cuando la justicia es solo 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 que 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 el año 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, HIV, sífilis y hepatitis, entre otras.

Esta grave problemática, que comenzó regionalmente a principio de los años 80, que se introdujo en el país a principios 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 habitan allí, aparecieron distintas respuestas, tanto desde el sector estatal, como desde instituciones y organismos no estatales.

Así, tanto desde el Estado Nacional como 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 aparecieron a partir del año 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 del año 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 de la persona y el trabajo comunitario, y 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 éste, 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) <sup>6</sup>.*

---

<sup>6</sup> Di Paola, José, *“Cuerpo a Cuerpo – Hogar de cristo en las Villas de Buenos Aires”*, Editorial Santa María, Buenos Aires 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**<sup>7</sup>. 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 <sup>8</sup>.

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 a la relación de colaboración entablada al respecto, la tarea diagnóstica antes referida fue encomendada al Dr. Roberto Andrés Gallardo <sup>9</sup>, junto con un equipo de colaboradores integrado por profesionales de distintas disciplinas (en adelante el EQUIPO) <sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Resolución Presidencia CM 635/2015.

<sup>8</sup> Conforme lo establecido en la cláusula segunda del Convenio.

<sup>9</sup> Juez titular del Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario nro. 2 de la CABA.

<sup>10</sup> 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 <sup>11</sup>, “...*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 (Mazzeo y Lago, 2009)*”. 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 a 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 acerca de la subestimación de esa población, que podría incluso duplicar la registrada por las estadísticas censales. Se desprende en consecuencia 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, que 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 la población de la Ciudad de Buenos Aires: mientras que en el año 1991 solo el 2% de los residentes de la Ciudad habitaban en estos territorios, en el año 2010 ese porcentaje se había triplicado hasta alcanzar el 5,7%.

Si se analiza la distribución territorial de su población se advierte que su localización no es dispersa en el espacio urbano, sino que se halla predominantemente concentrada en los barrios del sur de la Ciudad. Así, de acuerdo a los resultados del último censo

---

<sup>11</sup> Suárez, Ana Lourdes ; Mitchell, Ann ; Lépoire, Eduardo (eds.) “Las villas de la Ciudad de Buenos Aires : territorios frágiles de inclusión social Programa interdisciplinario sobre desarrollo humano e inclusión social”, U.C.A, Buenos Aires, 2014.

nacional de población realizado en el año 2010, el 82% de la población residente en villas y asentamientos habita en el sur de la Ciudad, siendo especialmente concentrada la localización en la Comuna 8 –barrios de Villa Lugano, Villa Soldati y Villa Riachuelo–, en donde vive más de la tercera parte de la población en villas y asentamientos censada. Este patrón de asentamiento territorial en los barrios del sur no es tampoco reciente, sino que en todo caso da continuidad a un rasgo histórico del proceso de surgimiento y consolidación de estos territorios.

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 Comisarías de la Policía Federal Nros 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 zonas de Constitución, Retiro, La Boca y otros).

Las tareas del equipo, desarrolladas en Villa 21-24, Barrio Zavaleta, Villa 31, Villa 1-11-14 y 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 TTAC, se deberán realizar todos y cada uno de los ajustes que las particularidades de cada zona presenten, pero estamos convencidos 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



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

## ASENTAMIENTOS

- 1 Barrio Obrero
- 2 Barrio Saldías
- 3 Bermejo
- 4 Biarritz y Espinosa
- 5 Bosh
- 6 Charlone
- 7 Fraga
- 8 El Pueblito
- 9 El Triángulo

## 10 Ent. Paraguay

- 11 Hubac
- 12 La Carbonilla
- 13 Lamadrid
- 14 Los Pinos
- 15 Magaldi
- 16 Mar Dulce
- 17 María Auxiliadora
- 18 Pdon. Lacroze
- 19 Portela

## NHT

- 25 Zavaleta
- 26 Del Trabajo

## 20 R. Bueno

- 21 San Pablo
- 22 Scapino
- 23 Warnes
- 24 Yerbal

## VILLAS

- 27 Villa Calacita
- 28 Villa Piletones
- 29 Villa 1 11 14
- 30 Villa 3
- 31 Villa 6
- 32 Villa 13 bis
- 33 Villa 15
- 34 Villa 16
- 35 Villa 17
- 36 Villa 19

## 37 Villa 20

- 38 Villa 21 24
- 39 Villa 26
- 40 Villa 31
- 41 Villa 31 bis

## VILLAS URBANIZADAS

- 42 Sector Bonorino (ex Villa 1-11-14)
- 43 Sector Polideportivo (ex Villa 1-11-14)





### **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.

No obstante es importante dejar en claro que siempre consideramos además 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*” consistente en recorrer a partir de las 21 hs. las avenidas y los pasillos de la villa 21-24 y del barrio Zabaleta, 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 para los niños, adolescentes y adultos en situación de calle o pasillo con adicción a esta clase de sustancias. Esta actividad iba a repetirse durante las semanas siguientes.

Visitamos también 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 también visitó el complejo penitenciario de Ezeiza, junto con voluntarios del “Hogar de Cristo”, para conocer a algunos internos que los voluntarios visitan cotidianamente.

También el equipo incursionó en las granjas “Madre Teres”a y “San Miguel Arcángel” ubicadas en la localidad de General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires. Allí también visitamos las “viviendas amigables” habitadas por adictos recuperados junto a otros que

están en recuperación.

Finalmente el equipo asistió a los pabellones del Hospital Muñiz en los que se encuentran internados, por padecer tuberculosis, adictos, y 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, elaborándose 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 del mismo. 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, o grupos, o entidades que aún 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 la finalidad de obtener datos en torno a 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 organismos del Poder Judicial en particular.

Del mismo modo, se efectuaron requerimientos judiciales a las autoridades nacionales y locales, a efectos de solicitar informes respecto de su actuación en la materia y de la información obrante en su poder al respecto. 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. Se intentó también conocer la tarea desplegada por los hospitales

neuropsiquiátricos.

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

El método instrumentado para efectuar el diagnóstico encomendado también incluyó el estudio y análisis del encuadramiento legal, es decir, de la normativa aplicable a la diversidad de casos existente. La normativa vigente se analizó a fin de detectar la existencia de 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 la utilización eficaz de la normativa vigente.

Asimismo, sociólogos con reconocida trayectoria en el trabajo con este sujeto social fueron instruidos para desarrollar un método que permita 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 del EQUIPO con importante trayectoria en el abordaje de esta clase de cuestiones en hospitales públicos locales, fueron requeridos 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:

a) relevamiento directo del territorio;

b) visita 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;

c) entrevistas con los actores involucrados, a saber: afectados, profesionales, funcionarios, voluntarios, etc.;

d) 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<sup>12</sup>.

### **1.3.2.1. 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

---

<sup>12</sup> “**Jornada de Actualización en TBC**” llevada a cabo en el Instituto Prof. Dr. R. Vaccarezza de la Facultad de Medicina de la UBA, realizada 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.

### **1.3.2.2. Visitas a instituciones y efectores**

Durante la realización de la tarea diagnóstica se visitaron 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, tanto estatales como 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

- Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).
- Hospital Nacional en Red Licencia Laura Bonaparte (ex CENARESO).
- 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 (CESACs) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Centros de Integración y Acción Comunitaria (CIACs) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Centro de Salud Mental nro. 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).

### **1.3.2.3. 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 CONICET
- **Gustavo Barreiro**, Presidente de la Cooperativa AUPA (Acompañantes de Usuarios de Paco).
- **Débora Bello**, operadora en adicciones, se desempeña en 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 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.
- **Rita Díaz**, Presidenta de Asociación Civil “Hay otra Esperanza” (Madres del Paco)

- **Vanesa Escobar**, operadora en adicciones, se desempeña en 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 Asociación Civil Hay Otra Esperanza de Madres del Paco en Villa 1-11-14.
- **Paula Hume**, coordinadora del Hogar Madre Teresa de la Villa 31.
- Lic. **Sara Kezerov**, psicóloga, coordinadora del Área de Toxicomanías del Centro de Salud Mental nro. 3 Dr. Arturo Ameghino.
- **Clara López Seco**, operadora en adicciones integrante del Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) que funciona en el CESAC 6.
- Lic. **Mariana López**, Sub Directora del Centro Barrial Padre Mugica (Villa 31)
- Lic. **Eduardo Lavorato**, psicólogo y operador en adicciones, integrante del SEDECOR descentralizado (SEDRONAR).
- **Débora Moncadas**, Coordinadora Hogar San Francisco Villa 1-11-14
- Lic. **Gonzalo Mora**, psicólogo, integrante de los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) que funcionan en el CESAC 6 y en el CESAC 24.
- Lic. **Juan Mouriño**, 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 24
- Dra. **Silvina Peluso**, psiquiatra infanto-juvenil del Programa Hogar de Cristo
- **Susana Peñaloza**, trabajadora social, se desempeña en el CESAC 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 Hogar Madre Teresa de la Villa 31.
- Dr. **Román Saviotti**, abogado, se desempeña en el CAJ Villa 31 bis.
- **Florencia Serú**, Coordinadora de Grupo de Familia (Madres) en Casa Social Madre Teresa

- **Héctor Trimarchi**, se desempeña en la Dirección del Hospital Alvear.
- Lic. **Catalina Sala**, psicóloga, integrante de los Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC) que funcionan en el CESAC 6 y en el CESAC 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 que se enumeran a continuación, en todos los casos identificándolos únicamente por el nombre de pila:

- **Agustín**, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- **Analía**, se aloja en la Granja madre Teresa.
- **Brenda**, entrevistada en Hogar Niños de Belén.
- **Brian**, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- **Brisa**, alojada en Casa amigable Villa Luro
- **Carmen**, alojada en Casa amigable Flores.
- **Cristian**, alojado en Casa amigable Flores.
- **Cristina**, alojada en Casa amigable Flores.
- **Daniel**, entrevistado en Granja San Miguel.
- **Daniel**, detenido en el Complejo Penitenciario de Ezeiza.
- **Daniela**, alojada en Casa amigable Flores.
- **Emilse**, internada en 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 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 Casa amigable Villa Luro.
- **Soledad (La Pepo)**, entrevistado en el Centro Barrial San Alberto Hurtado.
- **Tatiana**, asiste al Centro Barrial San Alberto Hurtado.

#### **1.3.2.4. 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 a 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, Sr. 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 Sra. Asesora General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires, Dra. Yael Bendel; al Sr. 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 Tagliaferry; 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 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 Alvarez; 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; 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 Gollan; a la Sra. Ministra de Desarrollo Social de la Nación Lic. Alicia Kirchner; Al Sr. 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 Sra. 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 Señora 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 “CINTURON SUR” de la Gendarmería Nacional Argentina y al Señor Jefe de la Policía Metropolitana C.M.: Horacio Giménez para citarlos para 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 transcurridos meses de remitidos 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, solo lo hicieron el Sr. Defensor General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dr. Horacio Corti, y algunos hospitales requeridos (el Hospital Pedro 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 remitir la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal instrumentada por el Ministerio para abordar la problemática de las adicciones en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente relacionadas con adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína, o sustancias de similares características. También la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder a este 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. Y se le solicitó que indicase los alcances del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la ciudad de Buenos Aires en relación a las enfermedades relacionadas con las adicciones referidas. Especialmente, si dentro de dicho 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 al respecto. 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 envió 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?*  
Tomo 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 NACION, cuyo objeto es la cooperación y complementación entre las partes.*

4. *Convenio con la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, cuyo objeto consiste en implementar estrategias y política 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° 26.657 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 solo 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 status 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 disciplinas 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.*

*(...)*

#### *LINEAS DE INVESTIGACIÓN*

*(...) se observa aun 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 tiene 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.*

(...)

#### LINEA 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 remitirnos la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal instrumentada por el Ministerio para abordar la problemática de las adicciones en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente relacionadas con adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína, o sustancias de similares características. También la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder a este 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. Finalmente que nos permita 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 GESTION 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 remitirnos la nómina de programas y/o cualquier otro tipo de acción estatal instrumentada por el Ministerio para abordar la problemática de las adicciones en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, especialmente relacionadas con adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína, o sustancias de similares características. También la totalidad de datos estadísticos obrantes en su poder a este 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 a 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 permita 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 del Ministerio 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 el año 2013. Se obtuvieron alrededor de mil doscientas (1200) encuestas. De los resultados obtenidos solo en ocho (8) 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 nº 23.737 (estupefacientes) desde el año 2009 hasta el 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 instruya al personal a su cargo a fin de que prestaran toda la colaboración que un funcionario judicial del equipo de investigación designado a tal fin les requiriera a los fines 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 efectuar las entrevistas que sean 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 24.660 “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 respecto al conocimiento del abordaje llevado a cabo en nuestra institución como 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 de Buenos Aires se le solicitó que quiera tener 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 inferiores, 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 permita 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 de Buenos Aires, se les solicitaron datos e información similares. Ello, exceptuando a la Maternidad Sardá, por 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 a problemas de adicciones. También que informaran las personas fallecidas en el transcurso del presente año como consecuencia de haber padecido cualquier enfermedad asociada a 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 problemáticas. Y finalmente que nos permitan 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 acompañe 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 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 hs., 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, 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, 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 y 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° 26.657.*

*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 cumplir con las mismas.*

*2- 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.*

*3- 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:

*4- Ninguna persona ha fallecido en el transcurso de este y los años anteriores.*

*5- 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 de los mismos, como así también su situación social, los mismos 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, la Dra. Laura Godoy Di Pace informó que “*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 paciente menores con HIV no asociado al consumo de drogas sino heredadas de sus progenitores.*

*Seis pacientes con consumo de alcohol. Un paciente con HIV asociado a drogadicción. Cuatro con HIV 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. Desconociendo 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 la reinserción social del mismo.*

*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 como 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 lo 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, el 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, como 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 dependientes 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 que dejaron de venir o fueron derivados), y además se agregan los que consultan por adicciones y portan el virus del HIV que fueron 64, abandonaron 23, en atención 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 en 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 la abstinencia se utiliza. Trabajamos en esta óptica desde el caso por caso.*

*Finalmente informamos que respecto a si existen protocolos de actuación conjunta con 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 mismos no se puede especificar cuantos son usuarios de droga activos. Por otro lado la ley nacional de Sida n° 23.798 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, dependiente del CESAC 10 y del **Hospital Penna**, la Lic. Alicia Agra, informó que *“el total de admisiones de enero a 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 registra 24 en situación de calle, Hotel, Hogares.*

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

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

*Sifilis: 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 de la misma. 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”.*

### **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 a problemas de adicciones. También que informe las personas fallecidas en el transcurso del presente año como consecuencia de haber padecido su madre cualquier enfermedad asociada a las adicciones a drogas tales como pasta base de cocaína, o sustancias de similares características. Asimismo que indique 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. Finalmente, que se nos permita conocer si existe algún abordaje específico para los casos de madres en situación de consumo de drogas, y en caso afirmativo, que remita la totalidad de documentación obrante en su poder al respecto, 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 abordaje a la problemática traída a conocimiento que es llevado a la práctica por los Servicios Social y de Salud Mental.

Fue así que el Dr. Luchtenberg *“dejo constancia 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 respecto del abordaje de la problemática por parte del equipo interdisciplinario, sostuvo 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 éste 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 cual es la mejor opción para madre y niño a futuro, abordando todas las formas posibles de familia presente 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, los cuales se producen 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 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 trabajando juntos, compartiendo 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 Tribunal.*

*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 otivos 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 solo 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 solo 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 colectivo 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 la organizan 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, un auxilio médico, son las formas más frecuentes. Se llamaba noche de la caridad, 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 solo 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 así la comprensión de un fenómeno sumamente complejo y contribuye a su correcto abordaje.

Así, la **ley 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**<sup>13</sup>, brinda las siguientes definiciones de los conceptos en cuestión:

*“Sustancias psicoactivas: cualquier sustancia con efectos sobre el sistema*

---

<sup>13</sup> Sancionada el 3/5/2007 y publicada en BOCBA nro. 2702.

*nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.*

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

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

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

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

A su vez la **ley nacional 26.934 de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos** <sup>14</sup> define a dichos consumos como aquéllos “*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.*

---

<sup>14</sup> Sancionada el 20 de abril de 2014 y publicada en el BO nro. 32.894.

### **2.1.2. El enfoque de la problemática del consumo de drogas desde la medicina y la psiquiatría**

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 funciones de éste y cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los diferentes conjuntos sociales que las utilizan.

A su vez la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define a las drogas 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 a 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 procesan cuestiones tan diversas como los procesos estructurales en los que están inmersos, las relaciones sociales que derivan de los mismos, las expectativas culturales que poseen, los procesos de identificación y construcción del yo que llevan adelante, 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 el mismo 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 droga-dependencia 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 del mismo. Las sustancias dejan de proporcionar placer (aunque el consumidor lo busca infructuosamente) y pasan a estar al servicio de evitar el displacer <sup>15</sup>.

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.

---

<sup>15</sup> Ana Clara Camarotti y Alejandro Capriati “Informe de diagnóstico de situación de adolescentes y jóvenes en Argentina”.

En otro orden de cosas, y agregando el enfoque sociológico, 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 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.
- 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 al 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.

#### **2.1.2.1. 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 S.N.C.) en:

- ***Estimulantes:*** Estimulan el S.N.C., 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 S.N.C., 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. marihuana, Hashish, L.S.D , hongos alucinógenos ,etc.

Sin perjuicio de que el presente estudio diagnóstico tiene por objeto del 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”.

#### **2.1.2.1.1. 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 TCH 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 actualmente sigue siendo de aplicación médica, aunque en forma muy limitada.

La marihuana habitualmente se fuma, pero también se puede ingerir por vía oral, junto con las comidas o las bebidas.

Su consumo afecta principalmente al cerebro, a los pulmones y al 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:

**a) En el cerebro:** Su químico activo, el THC (delta-9-tetrahidrocanibinol) viaja por el cuerpo incluyendo al cerebro, para producir sus efectos adversos, entorpeciendo la coordinación y el equilibrio al adherirse a los receptores en el cerebelo y 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, 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 lleva 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.

A 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 un 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.

**b) 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 ya que las sustancias del humo pueden hacer que las paredes de los delicados alvéolos se rompan, dificultando así la respiración. Finalmente el humo puede dañar las células sanas tanto que podrían desaparecer y ser éstas 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) 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.

**c) 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 haciendo 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 cardiaco y reduce la capacidad de la sangre de transportar oxígeno, y en algunos casos también eleva la presión arterial.

#### **2.1.2.1.2. 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, ésta 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 S.N.C. 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 se le debe agregar 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, pudiendo 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 cardíacas, 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.

### **2.1.2.1.3. 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, existiendo diversas interpretaciones al respecto.

Estas dificultades se originan, por un lado en la multiplicidad de sustancias mezcladas a los 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 en cuando es fumada, o 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 de 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 contiene sulfato de cocaína, a los 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 no, ya que tendría cocaína alcaloide pura<sup>16</sup>.

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, quedando la nominación de paco como nombre genérico y sin diferenciar los aspectos químicos de una y otra sustancia.

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 en 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*”<sup>17</sup>.

También se destaca que en el caso de los menores se afirma que “*son chiquitos con todo lo que indica estar en situación de calle, con abandonos escolares ... con ningún nivel*

---

<sup>16</sup> Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, “*Aspectos Cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco*”, Buenos Aires, Septiembre de 2007.

<sup>17</sup> Observatorio Argentino de Drogas, op. cit. en nota 16.

*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 <sup>18</sup>.*

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 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.

#### **2.1.2.2. 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) A nivel cerebral:** confusión, excitación psicomotriz, delirio, paranoia, convulsiones, y hasta derrame cerebral.

---

<sup>18</sup> Observatorio Argentino de Drogas 2007, op. cit. en nota 11.

**b) A nivel del sistema respiratorio:** lesiones en la boca, garganta, irritación de las mucosas de los pulmones, infecciones, neumonías y hasta posible enfisema pulmonar.

**c) A nivel del sistema circulatorio:** hipertensión arterial, arritmia e infarto.

**d) 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, 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 <sup>19</sup>.

### **2.1.2.3. 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.

También 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 <sup>20</sup>.

Las investigaciones actuales sobre las bases neuroquímicas de la conducta

---

<sup>19</sup> 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 1997, CEPAL.

<sup>20</sup> Kalina, E. “*Adolescencia, Drogadicción y su Tratamiento*”, Ed . Nueva Visión, Buenos Aires, 1988, disponible en [http://iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lectura\\_6\\_UT\\_1.pdf](http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura_6_UT_1.pdf)

demuestran que el feto responde a situaciones de estrés de la madre con alteraciones del ritmo cardiaco, 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 por él mismo 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 de un “yo” maduro, generando 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 excluyente<sup>21</sup>.

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 naturalización de la **corrupción**;
- la disponibilidad a bajo precio de **precursores químicos**;

#### 2.1.2.4. Consecuencias del consumo de paco: la tuberculosis.

---

<sup>21</sup> Kalina, op. cit. en nota 15.

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 <sup>22</sup>.

Actualmente, la tuberculosis es “[...] una enfermedad paradigmática de la pobreza, si bien cualquiera puede tener tuberculosis, en general no la tiene cualquiera; lo más vulnerables son las poblaciones que están en peor condición socioeconómica” <sup>23</sup>

En efecto, determinadas condiciones ambientales, tales como el hacinamiento, la falta de higiene, 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, en atención a 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

---

<sup>22</sup> En un estudio realizado en el GBA y culminado en el año 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 coinfectado con uno o más de los agentes estudiados.

<sup>23</sup> Dr. Jorge Poliak, neumonólogo, miembro del Programa de “Tuberculosis del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”.

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 2 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 el mismo y la comunidad.

Una vez generada la multirresistencia, la bacteria es transmitida de persona a persona con esa misma característica. El tratamiento es, en estos casos, más complicado, más extenso –demanda aproximadamente 6 meses- y más caro.

#### **2.1.2.5. Consecuencias de orden social**

En general se habla de los usuarios de paco como personas “*doblemente excluidas*” . Esto por cuanto provienen de un grupo social que se encuentra aislado por las condiciones de pobreza estructural que soporta y, luego el propio consumo de paco “*tiende a aislar al sujeto en la dinámica de uso de la sustancia*”<sup>24</sup>.

### **2.2. Distintos enfoques para el abordaje del problema del consumo de sustancias.**

---

<sup>24</sup> Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, “*Estudio de consumo de Pasta Base en una Villa de emergencia del conurbano Bonaerense*”, Agosto de 2006,

### **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 psico-social y el socio-cultural. 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 70, se produce un salto hacia un paradigma basado en la salud, y aparece lo que se ha 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 1980 surge el **modelo psico-social**, el cual 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 1990 surge el **modelo socio-cultural**, el cual 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, estigmatizando 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:

- a) **de la salud**, como la transmisión de enfermedades;
- b) **sociales**, como la estigmatización, a vulnerabilidad social;
- c) **legales**, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Edith Benedetti, *“Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático”*, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, Serie Papeles de Trabajo, Buenos Aires 2015.

### **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 permanezcan en el tratamiento. Es que si bien existen diversas instituciones estatales de tratamiento, estos no llegan al paciente, por la burocracia existente en la mayoría de estos, son muy pocas las personas que buscan ayuda en los centros médicos, porque el adicto no va, 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 el que el conflicto social se expresa por 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. En general los que lo logran es porque encuentran enfermeras, médicos y especialistas que se abocan a la tarea de atenderlos sin discriminar, formando redes de contención.

Por otra parte no existe desde el estado ninguna normativa de cómo atender a estos pacientes ni como contenerlos en el hospital público. Cabe destacar que muchos de estos pacientes presentan “*pérdida 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, constituyendo 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 con relación a la reinserción social una vez alcanzada la recuperación.

En el caso de la población perteneciente a sectores medios, el problema fundamental se relaciona con 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 estrategia”.*<sup>26</sup>

En general se señala 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 encontrar dispositivos que hagan posible romper el círculo vicioso de marginalidad, droga y exclusión”.*<sup>27</sup>

## **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.**

---

<sup>26</sup> Observatorio Argentino de Drogas, op. cit. en nota 16.

<sup>27</sup> Observatorio Argentino de Drogas, op. cit. en nota 16.

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 Argentina (con énfasis, en los casos en que se dispone de datos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Esa información consiste en datos poblacionales, inequidades en las condiciones de vida, y principales problemáticas de salud.

### **2.5.1.1. Datos poblacionales**

En Argentina casi una de cada cuatro personas es adolescente, es decir, tiene entre 10 y 19 años de edad. Casi 9 de cada 10 adolescentes vive en zonas urbanas. En la Ciudad de Buenos Aires residen casi tres millones de personas, de las cuales el 11% es adolescente, representando 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 a los datos oficiales como un piso, es decir, 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, en el año 2010 era de 163.587 personas, representando una variación relativa del 52.3% con respecto a 2001 (INDEC 2010). En el año 2015, independiente del subregistro, es lícito situar el piso poblacional en 200 mil personas, un 22% de la registrada oficialmente en 2010, en función de la tasa de crecimiento interanual medida entre 2001 y 2010 (Lépore 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 (Lépore 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 de 25, 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 de edad.
- 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 personas en 2015. De acuerdo a 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.

#### **2.5.1.2. 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, una de los distritos con menor nivel de pobreza en términos comparativos, las VyA son enclaves de pobreza, es decir, hay 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 inadecuadas, 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 norte-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 extra curriculares en la argentina urbana, se repiten desigualdades negativas para los niños/as residentes en VyA: en el 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, constituyendo las VyA el espacio social más relegado y postergado de la CABA.

### **2.5.1.3. Principales problemáticas de salud**

#### **2.5.1.3.1. 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 solo al 7.5%. Esta brecha de 9 veces, era significativamente superior en el año 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 los espacios de villas y asentamientos informales (EDSA, 2014).

#### **2.5.1.3.2. Mortalidad en la adolescencia**

En el año 2013 fallecieron en la Argentina 3866 adolescentes entre 10 y 19 años de edad (DEIS/MSAL, publicados junio 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 en varones y 489 en mujeres.
- Casi 8 de cada 10 muertes por violencias en adolescentes ocurre en varones.

### **2.5.1.3.3. 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, presentan 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 declaró el 18% tener un consumo problemático/dependiente, especialmente entre los varones y 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 encuentra en los 14 años y la 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 la sustancia de la que son usuarios, siendo pasta base – paco y marihuana las que mayor proporción de usuarios frecuentes tienen, y éxtasis, la que menos (SEDRONAR/OAD, 2012).

Los datos presentados en los dos apartados precedentes son fotos de la situación a nivel nacional y en el ámbito escolar, las 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, 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 al 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). El objetivo de este tipo de investigación es:

- 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 auto-organización 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 permiten reconocer el saber local y comunitario y especialmente posibilita generar propuestas innovadoras a necesidades específicas.

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

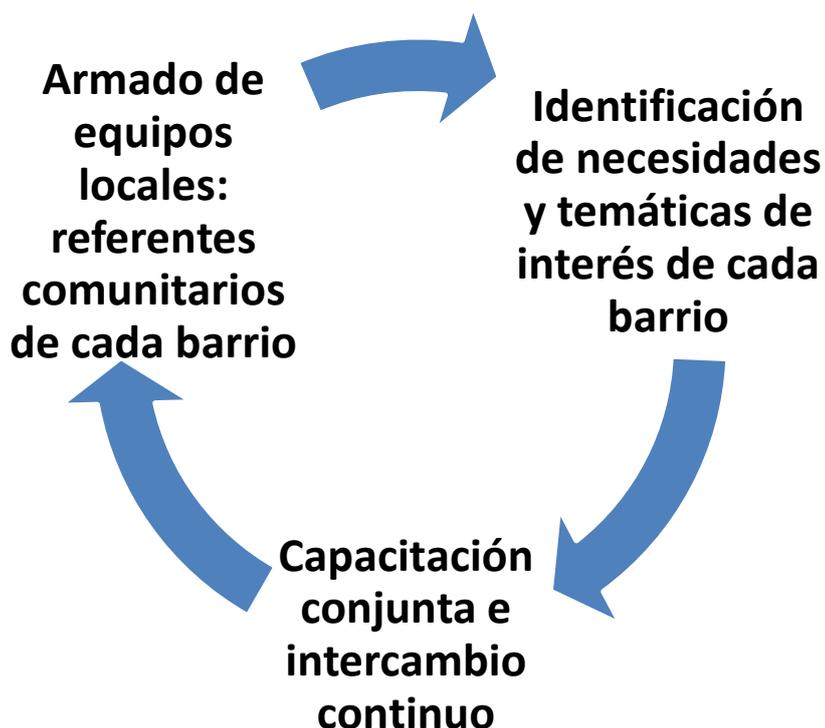
- Promover la producción colectiva del conocimiento rompiendo el monopolio del saber y la información, permitiendo que éstos se transformen en patrimonio de los grupos postergados.
- Promover el análisis colectivo en el ordenamiento de la información y en la utilización de que de ella puede hacerse.
- 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 para los mismos.
- Establecer relaciones entre los problemas individuales y colectivos, y los estructurales, como parte de la búsqueda de soluciones colectivas a los problemas enfrentados.

#### **2.5.2.1. 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 ex consumidores de pasta base para que sean ellos los que 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 para 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.



#### **2.5.2.2. 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 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
  - a. Problemas de salud; con su integridad física; con la familia; con la pareja; en el trabajo; con la policía; con la justicia;...

#### **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 equipo local y técnico
2. Capacitación del equipo local y 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.

#### **Cuestionario preliminar propuesto**

### **B. Segundo momento: Intercambio y análisis de resultados con los diversos equipos**

### **C. Tercer momento: ¿Qué hacemos con los 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 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 el año 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 infecto contagiosas, y los hechos delictivos.

Frente a este hecho, también se verificó un aumento considerable de los 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 general, y con las que a esa problemática suman 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 <sup>28</sup>.

### **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 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, dejando de lado la normativa penal, dado que excede notoriamente el objeto de análisis.

#### **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

---

<sup>28</sup> En el apartado 4. del presente informe se efectúa un análisis crítico del funcionamiento de los institutos descriptos en los apartados precedentes a partir de relevamiento efectuado y de los testimonios de los afectados.

organismos internacionales que funcionan en el marco de las **Organización de las Naciones Unidas** y de la **Organización de Estados Americanos**, que periódicamente emiten documentos y recomendaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias, y que en atención a la doctrina sentada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos y por la Corte Suprema de Justicia de la Nación <sup>29</sup> 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 el año 2009, los **Principios Básicos del Tratamiento y Rehabilitación del Abuso y Dependencia de Drogas en el Hemisferio** <sup>30</sup>. 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*” <sup>31</sup>, 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*” <sup>32</sup>.

La CICAD también aprobó, en mayo de 2011, el “**Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011-2015**” <sup>33</sup>, en el que se exhorta a los Estados Miembros a que lleven a cabo acciones de reducción de demanda de 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**

---

<sup>29</sup> CSJN, “Carranza Latrubesse, Gustavo c/ Estado Nacional”, 6/8/13.

<sup>30</sup> Aprobados por la CICAD en su cuadragésimo sexto período ordinario de sesiones, México D.F., 29 de Septiembre al 1 de octubre de 2009.

<sup>31</sup> Principio nro. 3.

<sup>32</sup> Principio nro. 10.

<sup>33</sup> Aprobado por la CICAD en su cuadragésimo noveno período ordinario de sesiones, Paramaibo, Suriname, 4 al 6 de mayo de 2011.

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

En efecto, la ley nacional **26.657 de Salud Mental** <sup>34</sup> prescribe que *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”* y que *“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”* (art. 4). A su vez, el **decreto 603/13 reglamentario de la ley de Salud Mental** <sup>35</sup> define a 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”* (art. 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 recuperación y preservación de su salud”* (art. 7, inc. 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 socio laboral, emprendimientos sociales, entre otros mecanismos de reinserción (art. 11).

Por otra parte establece un mecanismo especial para las internaciones no voluntarias, las que 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 (arts. 20 y 21). El ya citado decreto reglamentario 603/13 define al 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 el año 2014, fue sancionada la **ley 26.934 de Plan**

---

<sup>34</sup> Sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el B.O. nro. 32.041.

<sup>35</sup> De fecha 28/5/2014.

**Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos** <sup>36</sup> cuyos objetivos son la prevención de los consumos problemáticos, la asistencia sanitaria a las personas afectadas y su integración social (art. 3). A tal fin dispone la creación de los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, los que “*serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social*” (art. 5) y que tienen como funciones 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 (art. 7).

Por otra parte la ley establece la incorporación al Programa Médico Obligatorio “*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 (art. 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 éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración*” (art. 15). Los dispositivos de integración deben incluir tanto el aspecto educativo como el laboral (arts. 16 a 23).

La **ley 26.934** fue reglamentada mediante la **Resolución 266/2014 de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico** <sup>37</sup>. 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 153 Básica de Salud** <sup>38</sup>, 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*”

---

<sup>36</sup> Citada en nota 14.

<sup>37</sup> Arrobada el 26 de junio de 2014 y publicada en el B.O. el 19 de agosto de 2014.

<sup>38</sup> Sancionada el 25/2/1999 y publicada en el BOCBA nro. 703.

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 448 de Salud Mental**<sup>39</sup> 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”* y 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 condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”* (art. 2, inc. b). Asimismo propicia un enfoque de la problemática del consumo a través de redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, 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, debiendo tender 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;

También se ocupa la ley de la rehabilitación y reinserción al prescribir que las

---

<sup>39</sup> Sancionada el 27/7/2000 y publicada en el BOCBA nro. 1022.

personas que no cuenten con lazos familiares continentales, deben ser albergados 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 2318 de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo**<sup>40</sup>. 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 sociosanitario.*

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

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

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

---

<sup>40</sup> Citada en nota 13.

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.

- 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 a 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 integrada 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, en tanto que otros están destinados a la población en general.

Entre los dispositivos no estatales se destacan los pertenecientes al Programa Hogar de Cristo. Éstos coprenden 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 cuyo 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**.

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. Tan 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<sup>41</sup>.

### **3.2.1.1. 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<sup>42</sup>.

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.

### **3.2.1.2. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.**

---

<sup>41</sup> El CAJ Villa 31 bis funciona en el predio del Centro Barrial Padre Migica, perteneciente al programa Hogar de Cristo.

<sup>42</sup> <http://www.sedronar.gob.ar/a/263/15065/que-es-la-sedronar.html>

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.

Los ejes de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones son, según la información oficial<sup>43</sup>, 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.

### **3.2.1.3. 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 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.

Desde la perspectiva político-institucional del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), resulta necesario construir un

---

<sup>43</sup> <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/institucional/ique-es-la-dnsmya>

abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado éste último en los principios de la atención primaria de la salud (APS) que promuevan y conduzcan al fortalecimiento, restitución y/ o promoción de los lazos sociales<sup>44</sup>.

En este marco, una de las principales líneas de acción de este hospital nacional 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<sup>45</sup>:

- **Consultorios Móviles**

- **Casa amigable**, ubicado 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 hs. (tel. 4912-3673). A su vez cuenta con un Dispositivo clínico de Atención a la Demanda Espontánea destinado a recibir los motivos de consulta de niñas, niños y adolescentes hasta 16 años de edad que se dirigen a la institución. Integrado por un equipo interdisciplinario (un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social) quienes brindarán 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 cuenta con Consultorios Externos. Y funciona allí un Hospital de Día, de lunes a viernes de 9 a 18 horas, en donde se organizan talleres y espacios de trabajo por edades.

- **Dispositivo para mujeres con niños niñas**. Funciona con convenio con Hogar de Cristo y trabaja con un equipo interdisciplinario.

- **Internaciones**. En el Hospital se realizan tanto las internaciones breves como aquellas que requieren de 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 una intoxicación leve o moderada. Posibilita la observación

---

<sup>44</sup> <http://cenareso.gob.ar/institucional/>

<sup>45</sup> <http://cenareso.gob.ar/asistencia-sm/>

diagnóstica para luego definir el plan terapéutico más apropiado. La internación para tratamiento, para los casos en que el cuadro del paciente lo requiere, se establece desde un abordaje es 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; Arte-terapia; 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 teniendo la condición de alta 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 vulneración 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 posibilitan un mayor grado de autonomía e integración social.

#### **3.2.1.4. Plan AHÍ**

Creado por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, integrado por distintos ministerio nacionales, y que 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 <sup>46</sup>.

#### **3.2.1.5. Programa ATAJO**

---

<sup>46</sup> <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/1.-Plan-Ah---folleto.pdf>

Es un programa del Ministerio Público Fiscal de la Nación. 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<sup>47</sup>.

### **3.2.1.6. 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, cuya 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”*<sup>48</sup>.

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.

---

<sup>47</sup><https://www.mpf.gob.ar/atajo/un-atajo-hacia-la-justicia-como-funcionan-las-oficinas-del-ministerio-publico-fiscal-en-las-villas/>

<sup>48</sup> <http://www.jus.gob.ar/accesoalajusticia/institucional.aspx>.

Entre las prestaciones que brindan se encuentran:

- Trámite para obtener el DNI,
- Trámites de radicación de extranjeros
- 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) <sup>49</sup>

### **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 Drogadependencia**, que depende del **Ministerio de Salud**.

#### **3.2.2.1. La Dirección de Políticas Sociales en Adicciones**

La **Dirección de Políticas Sociales en Adicciones**, que depende del **Ministerio**

---

<sup>49</sup> Los Centros de Acceso a la Justicia existentes en las villas son 10: 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, CAJ Villa 15.

**de Desarrollo Social**, que 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*”<sup>50</sup>, funcionan dos gerencias operativas:

- La **Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones**, cuyo objetivo es “*informar, sensibilizar y concientizar a todos los vecinos de la Ciudad sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas*”<sup>51</sup>

- 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*”<sup>52</sup>.

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<sup>53</sup>

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 12 CIAC y “*cada uno de ellos tiene un equipo de trabajo conformado por psicólogos y operadores socio terapéuticos*”<sup>54</sup>.

c) Tres centros de día que ofrecen distintas modalidades terapéuticas: **Casa Flores**<sup>55</sup>, **Casa Lucero**<sup>56</sup> y **Casa Fátima**<sup>57</sup>.

---

<sup>50</sup> <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones>

<sup>51</sup> <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones/asistencia>

<sup>52</sup> <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/politicassocialesenadicciones/centros-de-prevencion-social-en-adicciones>

<sup>53</sup> Ubicado en Piedras 1281 PB Oficina 102, de lunes a viernes de 9 a 18hs. Tel. 4124-5895

<sup>54</sup> Los doce CIACs 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. San Cristóbal

<sup>55</sup> Centro de día mixto que funciona de lunes a viernes de 8 a 19 horas en Bonorino 884.

<sup>56</sup> Centro de día para niños y adolescentes 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 horas.

d) Un dispositivo de gestión asociada, *Casa Faro*, que brinda asistencia a niños y jóvenes de ambos sexos de hasta 21 años de edad, 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*.<sup>58</sup>

### **3.2.2.2. 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**<sup>59</sup>. Este programa incluye una *Red Metropolitana de Servicios en Adicciones*, destinada a brindar las siguientes prestaciones tales como:

- *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 nro. 1 Dr. Hugo Rosarios*<sup>60</sup>, el *Centro de Salud Mental nro. 3 Dr. Arturo Ameghino*<sup>61</sup>, el *Centro de Día Carlos Gardel*<sup>62</sup>, el *Centro de Día para el Tratamiento de Adicciones*<sup>63</sup>; los Hospitales Tornú, Rivadavia, Fernández, Argerich, Álvarez, Piñero, Muñiz, Moyano, Borda, Tobar García y

---

<sup>57</sup> Centro de día ubicado en la Manzana 5 del Barrio Fátima y que atiende de lunes a viernes, inclusive feriados, de 9.00 a 17 hs.

<sup>58</sup> Casa Faro está ubicada en Juez Magnaud 1434, tel. 4911-6388/9412

<sup>59</sup> <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/programayredesdesaludmental>.

<sup>60</sup> Ubicado en Manuela Pedraza 1555.

<sup>61</sup> Ubicado en Av. Córdoba 3120.

<sup>62</sup> Ubicado en San Luis 3237.

<sup>63</sup> Ubicado en Presidente Torres y Tenorio 2101.

Elizalde; los Centros de Salud y Acción Comunitaria 9, 10 y 39<sup>64</sup>.

### **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.

#### **3.2.3.1. El Hogar de Cristo**

##### **3.2.3.1.1. Historia y características de 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 el año 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*”<sup>65</sup>.

El camino del Hogar de Cristo en la búsqueda de un abordaje que tuviera en cuenta las particularidades de las población que asisten es descrito por uno de sus integrantes del siguiente modo: “*Fue ir descubriendo que lo que teníamos que hacer no era tratar que los chicos*

---

<sup>64</sup> Ubicados en Irala 1254, Av. Amancio Alcorta 1402, y 24 de Noviembre 1679, respectivamente.

<sup>65</sup> Di Paola, José, op. cit. nota 1, pág. 15.

*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”<sup>66</sup>.*

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 y 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 tipo de asistencia. Cabe destacar que esa efectividad en lograr la recuperación va seguida de un acompañamiento posterior intenso en todos los ámbitos (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.

---

<sup>66</sup> Testimonio de Gustavo Barreiro, Presidente de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco.

### **3.2.3.1.2. 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”*<sup>67</sup>. Los centros barriales reciben subsidios mensuales de la SEDRONAR, en proporción a la cantidad de personas que se atienden en ellos.

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”*<sup>68</sup>. Su función es recibir y acompañar a los afectados y sus familias, y 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 horas. 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 destinadas 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 un lugar de encuentro, como un club barrial, en el que se realizan

---

<sup>67</sup> Di Paola, José, op. cit. nota 6

<sup>68</sup> Di Paola, José, op. cit. nota 6.

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. Se encuentra actualmente en obra, y será próximamente habilitado. Se destinará especialmente a la atención y alojamiento de las 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 unos 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<sup>69</sup>.

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.

---

<sup>69</sup> Di Paola, José, op. cit. nota 1, pág. 18.

Las granjas reciben subsidios de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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 Migue 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 <sup>70</sup>.

### **3.2.3.2. 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 hs. Reciben subsidio a través del sistema de becas del Gobierno de la Ciudad, y tiene una población estable de entre 9 y 12 chicos diarios, pero en total son unos 20 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;

---

<sup>70</sup> 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 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.

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 personas que están en consumo y que requieren ayuda para las tareas del colegio; también se les da el almuerzo y se los acompaña también 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 frente a situaciones críticas tanto de naturaleza civil, como penal.

En el ámbito penal –tanto nacional como local- la intervención jurisdiccional aparece frente a 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 <sup>71</sup>. Es muy frecuente la situación de mujeres jóvenes que tuvieron hijos en momentos críticos de consumo y que no pudieron hacerse cargo de los mismos, 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

---

<sup>71</sup> Es muy frecuente la situación de mujeres jóvenes que tuvieron hijos en momentos críticos de consumo y que no pudieron hacerse cargo de los mismos, 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 ejercitarlos debidamente.

conocer el alcance de sus derechos, y para obtener el asesoramiento que les permita ejercerlos debidamente.

Por otra parte, y ya en el ámbito de la justicia local, cabe señalar los juzgados que integran el fuero Contencioso Administrativo y Tributario tienen competencia específica para actuar en 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 con relación 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 debida por parte de los tribunales referidos en último término, situación que se origina en el desconocimiento de los derechos, en la falta de un asesoramiento y patrocinios adecuados, y en la distancia física existente entre el territorio y los juzgados.

La propuesta de creación del TTAC tiene por objetivo, precisamente, superar esas distancias y barreras que imposibilitan el acceso a la justicia, permitiendo que 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 dos fundamentales: la primera vinculada con el carácter de “socios” que habían adquirido algunos funcionarios policiales en relación a actores de la delincuencia y la segunda por el maltrato a 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.

Cuando esa realidad se hizo insostenible, el “*Plan Unidad Cinturón Sur*” fue puesto en marcha el 4 de julio de 2011 y consistió en la sustitución de las fuerzas de la PFA y de sus comisarías, por el despliegue de 3000 efectivos de la Gendarmería Nacional y 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.

El “Plan Unidad Cinturón Sur” se puso en marcha a través del decreto presidencial 864/2011.

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, en tanto, 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 al 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 lo protagoniza 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 <sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Como anexo se acompañan los videos con audiencias judiciales a jerarquías de Gendarmería Nacional y Policía Metropolitana.

#### **4. Análisis crítico del funcionamiento de los institutos descriptos en los apartados precedentes a partir de 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 para 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, incluyendo 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<sup>73</sup>. Este fenómeno, que muchas veces se manifiesta en la vulneración sistemática de derechos respecto 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, entendiendo por ello que sea capaz de garantizar la dignidad humana a todos sus habitantes.**

En la reciente Carta Encíclica “*Laudato Si*” del Santo Padre Francisco *sobre el Cuidado de la Casa Común*, el Sumo Pontífice nos enseña que “*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*”

74

Que muchos de los organismos estatales a los que se les solicitó colaboración para acceder a 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 en un 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

---

<sup>73</sup>Oxfam, una organización internacional que analiza el proceso de concentración de riqueza, publicó en enero del año 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 solo 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*”<sup>73</sup>. Que además, como es sabido, 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](http://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).

<sup>74</sup> Carta Encíclica *Laudato Si* del Santo Padre FRANCISCO sobre el cuidado de la casa común. Publicada por el Vaticano, disponible en <https://www.aciprensa.com/Docum/LaudatoSi.pdf> página 35/36, apartado 46.

informaron sobre la existencia de mecanismos que ya 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, tanto a nivel nacional, como 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 trabaja separados o que haya seis programas de adicciones en un mismo lugar donde 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?”* <sup>75</sup>

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, 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**

---

<sup>75</sup> Testimonio de Pablo Vidal, Subdirector del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

**que permitan optimizar los recursos estatales, redireccionarlos y diseñar nuevos mecanismos para arribar a soluciones concretas.**

En otro pasaje de la encíclica, nuestro 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. Sostuvo allí al respecto que *“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”*<sup>76</sup>.

Ya no es útil un Estado que le traslada la problemática al ciudadano eludiendo su responsabilidad. Ese es un Estado que no asume que los derechos 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

---

<sup>76</sup> Encíclica *Laudato Si* ya citada, páginas 38 y 39, apartado 49.

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, y siguiendo una línea de acción previamente definida mediante la participación de todos los actores, y que contemple todos los aspectos del problema que enfrentan los usuarios de paco que se encuentran en situación de calle o de pasillo. Esos aspectos, como quedó expuesto a lo largo del presente informe, van mucho más allá de la situación de consumo o de adicción, abarcando 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 ubicados en Villa Zavaleta:

*“Aunque lo 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”<sup>77</sup>.*

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

---

<sup>77</sup> Testimonio de Carlos Olivero, Director del Centro Barrial San Alberto Hurtado.

Así, por ejemplo, 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<sup>78</sup>, ni tampoco con los programas implementados desde el Ministerio de Justicia o desde la Procuración General<sup>79</sup>

Lo mismo sucede a nivel del Gobierno local, en donde se evidencia que los programas implementados por el Ministerio de Desarrollo Social y por el Ministerio de Salud funcionan como compartimentos estancos, sin ningún tipo de integración.

Así por ejemplo los operadores destacan las situaciones generadas por la dispersión antes señalada.

*“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”<sup>80</sup>*

*“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 acá, que acá en Luján también está, acá viene una vez por semana y le mandamos gente. ... Los de “Acceso a la Justicia” son en general mucho más piolas.”<sup>81</sup>*

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 Drogadependencia**.

---

<sup>78</sup> Esta evidencia fue confirmada durante las entrevistas mantenidas con la Lic. Edith Benedetti del Hospital nacional en Red, y con el Licenciado Ignacio Puente Olivera, de la SEDRONAR.

<sup>79</sup> Centros de Acceso a la Justicia y Programa ATAJO.

<sup>80</sup> Testimonio de Carlos Olivera, referenciado en nota 77.

<sup>81</sup> Testimonio de Pablo Vidal, reerenciado en nota 75.

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 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 Drogadependencia 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 (CIACs), 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 (CESACs) que dependen del Ministerio de Salud. Esto genera un primer problema, ya que los CIACs funcionan “de prestado”, y dependen de la buena voluntad de los profesionales de los CESACs 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 dispositivo del GCBA de Salud, y por peleas internas los chicos atienden en un banquito en la plaza, o atienden en el*

---

<sup>82</sup> 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 hs.-** 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

- **Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación Piedras 1281 PB Oficina 102, de lunes a viernes de 9 a 18hs. 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.

*consultorio del odontólogo”*<sup>83</sup>.

Esa situación anómala también implica que los profesionales que se desempeñan en los CIACs carecen de los recursos materiales necesarios para llevar a cabo su labor. Así, no tienen computadora, ni teléfono, ni facsímil –a pesar de que las derivaciones de internación deben hacerla 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 CIACs, a pesar de estar emplazados en el territorio de las villas, difícilmente llegan a atender casos de gente en situación de calle, limitándose a la asistencia a 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 a 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.

Aquí se puede evidenciar como 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 lo 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 abordar 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 hasta recursos económicos para la atención de sus pacientes, cuando la infraestructura y la estructura del dispositivo los desborda.

---

<sup>83</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75

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

Como se viene señalando 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”*<sup>84</sup>

*“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”*<sup>85</sup>

Así, 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<sup>86</sup>, lo cual requiere de un abordaje especial.

---

<sup>84</sup> Testimonio de Brenda , entrevistada en Hogar Niños de Belén.

<sup>85</sup> Testimonio de Melisa, alojada en la Granja Madre Teresa.

*“Ante todo, más que un problema de drogas este es un problema de exclusión, lo que se necesita son herramientas clásicas, o sea, atender 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”*<sup>87</sup>.

*“Aun en los que están en la calle cuando nos acercamos saben que tienen una familia, les preguntamos como están, saben mi nombre, yo se el nombre de todos se genera un vínculo afectivo salen del anonimato”*.<sup>88</sup>

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 donde 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, si 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 acelere del consumo hasta que pueda lograr una estabilidad”*<sup>89</sup>  
(Nicolás Angelotti)

*“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”*<sup>90</sup>..

También destacaron los entrevistados las dificultades que tienen las personas afectadas para sostener los tratamientos terapéuticos de rehabilitación, los 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.

---

<sup>86</sup> 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.

<sup>87</sup> Testimonio de Gustavo Barreiro, Presidente de la Cooperativa AUPA (Acompañantes de Usuarios de paco)

<sup>88</sup> Testimonio del Padre Nicolás Angelotti, Coordinador del Hogar Santa María de la Villa 1-11-14.

<sup>89</sup> Testimonio de Nicolás Angelotti, referenciado en nota 88

<sup>90</sup> Testimonio de Carlos Olivero, referenciado en nota 77.

*“Los centros de atención de adicciones no están preparados para tratar a las personas marginales con problemas de adicciones”* .<sup>91</sup>

*“La posibilidad de una chica que está hace 10 años en consumo y que no quiera 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 sino la única posibilidad que tenemos es una internación para tratar el problema de las drogas pero el problema no es exclusivamente la droga”* <sup>92</sup> ( *“Lo peor de todo es que te medican el cuerpo pero tu cabeza sigue normal, es impresionante como quedas inmovilizado por la dosis, que casi no puedes hablar, balbuceas, te sentís muy denso, muy pesado pero tu cabeza va al ritmo de la vida que vos llevás”* <sup>93</sup> .

*“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”* <sup>94</sup>

Un problema especial también lo constituyen los requisitos burocráticos para lograr una internación, cuando ésta 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 en estos de 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”* <sup>95</sup>

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

---

<sup>91</sup> Testimonio de Gustavo Barreiro, reerenciado en nota 87.

<sup>92</sup> Testimonio de Patricia Figueroa, Coordinadora del Equipo de Acompañamiento Externo del Hogar de Cristo.

<sup>93</sup> Testimonio de Melisa, referenciada en nota 85.

<sup>94</sup> Testimonio de Brenda, referenciada en nota 84.

<sup>95</sup> Testimonio de Luis Arellano, Operador del Centro barrial San Alberto Hurtado.

*nadie le trae ropa limpia, nadie le trae algo dulce cuando necesita....cosas que parecen no necesarias digamos, porque lo básico lo tienen, tiene 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”<sup>96</sup>.*

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”<sup>97</sup>*

#### **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 es, para las personas en situación de calle es muy difícil, y muchas veces imposible, dependiendo 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*

---

<sup>96</sup> Testimonio de Patricia Figueroa, referenciado en nota 92

<sup>97</sup> Testimonio de Melisa, referenciado en nota 85.

*con todos los vecinos mirándolos porque están todos sucios ... entonces no pueden esperar. Y algunos médicos lo entienden entonces nosotros cuando tenemos un pibe ahora lo llevamos directo al consultorio, sin esperar, terminaban de atender y los hacen pasar, y le consiguen la medicación todo, porque a la farmacia los pibes no pueden ir”<sup>98</sup>.*

*“ 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 cuando 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 un prioridad, yo siento que en este momento para nuestro de 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 ”<sup>99</sup>*

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 que 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 ”<sup>100</sup>*

#### **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

---

<sup>98</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75.

<sup>99</sup> Testimonio de Patricia Figueroa, referenciado en nota 92.

<sup>100</sup> Testimonio de Romina, responsable de Casa Amigalbe Villa Luro de Hogar de Cristo.

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

*“El problema es que ésta 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”* <sup>101</sup>.

Las particularidades que adquiere esta enfermedad en los grupos de consumo también requieren de un abordaje especial por parte los efectores sanitarios, resultando 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, 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, 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”* <sup>102</sup>

#### **4.1.5. Problemas en la reinserción**

---

<sup>101</sup> Testimonio del Dr. Jorge Poliak, médico Jefe del Servicio de Neumonología del Hospital Penna.

<sup>102</sup> Testimonio del Dr. Jorge Poliak, referenciado en nota 101.

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.

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 el 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 general lazos sociales <sup>103</sup>.

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 señalar 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- <sup>104</sup>, para conseguir una cama, algo que no siempre ocurre, tienen que hacer cola desde las 3 de la tarde y entrar a las 4 o a las 6, lo que dificulta la posibilidad de hacer tratamiento en el centro <sup>105</sup>

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*” <sup>106</sup>.

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

---

<sup>103</sup> Observatorio Argentino de Drogas, op. cit. en nota 16.

<sup>104</sup> Ubicado en Herminio Masantonio 2970, en Villa Zavaleta.

<sup>105</sup> Testimonio de Rita Díaz, Presidenta de Asociación Civil Hay Otra Esperanza (Madres del Paco).

<sup>106</sup> Testimonio de Gustavo Barreiro, referenciado en nota 87.

*“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 para volver a tu casa. Son situaciones que empujamos a la gente afuera, la excluimos, no nos hacemos cargo del problema”<sup>107</sup>*

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”<sup>108</sup>*

#### **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 en su casi 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

---

<sup>107</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75.

<sup>108</sup> Testimonio de Nicolás Angelotti, referenciado en nota 88.

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

*“Y rápidamente 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 de Salud Mental”, la Defensora “hagamos un amparo colectivo”, pero lo médicos que tienen culpa 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”* <sup>109</sup>

*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* <sup>110</sup>

También 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”* <sup>111</sup>

*“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 20 veces para pedirle papeles diferentes”* <sup>112</sup>

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.

---

<sup>109</sup> Testimonio de Gustavo Barreiro, referenciado en nota 87.

<sup>110</sup> Testimonio del Dr. Jorge Poliak, referenciado en nota 101, con relación a las personas en situación de calle que presentan tuberculosis multirresistente y son bacilíferos.

<sup>111</sup> Testimonio de Brenda, referenciado en nota 94.

<sup>112</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75.

*“Como que estos pibes no es nada más que asesorarlos, sos el médico y es cómo decirles que tenés que tomar esta medicación y reposo por 48 horas, vos tenés que acompañarlos, ir hasta la farmacia y 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 podes 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”*<sup>113</sup>

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”*<sup>114</sup>

*“... 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 solo saben el nombre de pila, hay varios .. y a nosotros hoy por hoy nos está acompañando en eso los de acceso a la justicia, lo que pasa es que conseguir asesoramiento para eso es difícil porque además pasas 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”*<sup>115</sup>

*“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 condiciones de vida*

---

<sup>113</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75.

<sup>114</sup> Testimonio de Nicolás Angelotti, referenciado en nota 88.

<sup>115</sup> Testimonio de Pablo Vidal, referenciado en nota 75.

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

### **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 se deriva en ineficacia y muchas veces en inoperancia impotente. 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, 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.

---

<sup>116</sup> Testimonio de Melisa, referenciado en nota 85.

Y frente a esto, el Poder Judicial, con honrosas excepciones, se comportó como lo hizo tradicionalmente con problemas complejos, 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 éste estado de situación sea 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 éste 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 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 dudas, la empresa presenta dificultades importantes de índole jurídica, sanitaria, social y económica. Pero solo 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.

Es que, todos los especialistas e incluso 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 adicionar que la propia dinámica de la adicción, viviéndose 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 solo así se logrará la reinserción social (art. 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 al fondo. La justicia, la salud, y la recuperación de los adictos, entendida no solo como su desintoxicación sino también como el proceso para que puedan salir definitivamente de la marginalidad, deben constituirse en 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 a tener una amplitud de criterio. Esto no es un problema de droga, sino de marginalidad”<sup>117</sup>.*

---

<sup>117</sup> Testimonio de Luis Arellano, referenciado en nota 95.



## **5. Propuesta de creación de una instancia jurisdiccional especializada**

La problemática descrita en los apartados precedentes, relacionada con la dificultad o imposibilidad que enfrentan las personas afectadas por el consumo de paco o de otras sustancias y que viven en situación de calle o de pasillo en las villas urbanas, para atender a sus necesidades básicas vitales y esenciales y para el efectivo goce de sus derechos, plantea diversos desafíos.

Uno de ellos es el que constituye el objeto de este informe y del estudio diagnóstico que lo precedió, y consiste en la creación de una instancia jurisdiccional especializada, que permita a los afectados y a sus familiares o allegados acceder a la justicia cuando el efectivo goce del derecho a la asistencia y protección de su persona por parte del Estado sólo puede concretarse a través de una orden judicial.

Esa instancia jurisdiccional debe estar en manos de un órgano con competencia especial, integrados por profesionales de diversas disciplinas y con especialización en la materia, al que las personas involucradas puedan acceder de manera inmediata y en el mismo lugar en donde se encuentran, es decir en el territorio.

Así, la propuesta que se formula consiste en la creación de un **Tribunal Territorial de Alta Complejidad** (en adelante **TTAC**), con las misiones y características que se delinean en los párrafos siguientes.

El organismo propuesto se diferencia de los **Tribunales de Tratamientos de Drogas** que desde hace varios años se vienen implementando en otros países y en muchas provincias de nuestro país.

Estos Tribunales, cuya creación es propiciada por organismos internacionales, en particular por **la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas**<sup>118</sup>, tienen competencia en materia penal, pero no así en materia asistencial o de garantía de derechos sociales.

En efecto, si bien no existe un único modelo de Tribunales de Tratamiento de

---

<sup>118</sup> En el “Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011-2015” citado en nota 24.

Drogas, se los puede definir como tribunales o jueces especializados que son parte de los juzgados tradicionales en los que tramitan las causas penales que involucran a infractores que abusan de las drogas, mediante un procedimiento alternativo. Se sostiene que “[...] Bajo este programa el imputado acepta someterse a un tratamiento para superar el problema de adicción, hacerse chequeos periódicos de detección y comparecer regularmente ante el tribunal. En dichas audiencias el juez evalúa el nivel de cumplimiento del programa [...] Es un sistema de intervención, no un tribunal especial, ni jueces de dedicación exclusiva. Está dirigido a infractores cuyos delitos están relacionados con un consumo problemático de drogas, es decir delitos que fueron cometidos bajo la influencia de éstas, o con la finalidad de obtener dinero para financiar su consumo”<sup>119</sup>.

En definitiva, lo que proponen los Tribunales de Tratamiento de Drogas es la instauración de un modelo de tribunal penal diferente, “orientado a mejorar el bienestar emocional de los afectados y para que la justicia se oriente de un mejor modo en la solución de fondo de los problemas que se le presenten. En lugar del enfoque tradicional de la justicia penal, los tribunales de tratamiento de drogas enfatizan la rehabilitación del infractor, y explícitamente hacen que el juez sea parte de un tratamiento”<sup>120</sup>

### **5.1. Fundamentos de la propuesta de creación del Tribunal Territorial de Alta Complejidad (TTAC)**

El TTAC es un tribunal especial contencioso descentralizado, que se emplaza físicamente en el territorio del cinturón sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que es la porción de la ciudad que registra mayor número de personas adictas en situación de calle. Su emplazamiento físico no implica que frente a un caso detectado en otra área de la Ciudad el tribunal carecería de competencia, sino que por una cuestión de concentración cuantitativa se propone su ubicación dentro del área de mayor relevancia.

Es decir que el TTAC tiene competencia, para actuar, en todos aquellos casos en

---

<sup>119</sup> “Estudio de viabilidad del modelo de Tribunales de Tratamiento de drogas en la República Argentina. Observatorio Argentino de Drogas. Área de investigaciones. SEDRONAR 2011.

<sup>120</sup> Observatorio Argentino de Drogas, op. cit. nota 66.

que se verifiquen los extremos de adicción y situación de calle en el ámbito de la Ciudad, y que sean sometidos a su consideración.

La toma de conocimiento por parte del tribunal de la existencia de un caso implicará la automática apertura de un legajo de asistencia que registrará todos y cada uno de los pasos e intervenciones del tribunal en relación con la persona en cuestión. El legajo de asistencia tendrá las formalidades propias de un expediente judicial.

A los fines de establecer la procedencia del caso, la situación de vulnerabilidad social y/o de calle, se podrá acreditar de forma directa y de oficio por el TTAC, por la exposición de una autoridad pública en sentido amplio (administrativa, judicial, policial, etc) o bien por la información sumaria recabada de dos testigos hábiles.

Por su parte, la acreditación de la situación de consumo problemático de drogas se constatará por la declaración personal del afectado, por medio de un informe médico o psicológico emitido por un profesional matriculado o por gabinete de hospital público o bien por el propio equipo multidisciplinario del TTAC.

Reunidos ambos extremos y debidamente acreditados, comenzará formalmente la actividad del tribunal en relación a la persona involucrada. La persona que origina el legajo se denominará a todos los efectos “asistida” o “asistido”.

En tanto el legajo finaliza cuando el TTAC cumple los objetivos que seguidamente se explicitarán, la única posibilidad de cierre es o bien la acreditación de dicho cumplimiento o bien el fallecimiento del asistido. En caso en que se verifiquen situaciones de pérdida de contacto con el asistido o su mudanza de jurisdicción o cualquier otra causa que produzca intervalos en la actuación del TTAC, dicho evento sólo implicará un archivo temporario del legajo pero no su cierre.

Por su parte un tratamiento especial merece la detención o prisión del asistido. Ello por cuanto la modificación de su situación jurídica no implica la superación de las problemáticas que acompañan el desarrollo de su adicción, sino en general todo lo contrario. En ese contexto el TTAC tendrá facultades para efectuar un seguimiento pormenorizado de la evolución del asistido en donde se encuentre alojado y también la posibilidad de impartir a las autoridades penitenciarias las instrucciones propias de su competencia, ello en forma individual o coordinadamente con el tribunal de ejecución penal.

Sin perjuicio de lo señalado al comienzo en relación al emplazamiento físico del TTAC, el Consejo de la Magistratura, podrá de considerarlo necesario, erigir otros emplazamientos de sub sedes del TTAC que reportarán al TTAC central ubicado en el Cinturón Sur de la Ciudad.

Una vez sancionada la presente Ley, el Consejo de la Magistratura deberá designar de entre los jueces contencioso-administrativos de la Ciudad que se postulen para ello, al que se hará cargo de dicho tribunal. A tales efectos se prestará particular atención y preferencia a quienes reúnan antecedentes, experiencia y compromiso acreditado para la realización de la tarea encomendada. El magistrado a cargo conformará su equipo de labor seleccionando de entre el personal del fuero contencioso administrativo que se postule a aquellos que reúnan las condiciones de idoneidad requeridas y que presenten afinidad y compatibilidad con el puesto a ocupar dadas sus especiales características. Asimismo, el Consejo deberá emitir el conjunto de disposiciones y actos administrativos necesarios para activar el funcionamiento integral del TTAC en cuanto a su personal, recursos, régimen de trabajo especial, medios técnicos, movilidad y comunicaciones necesarios para la consecución de su finalidad.

Las secretarías judiciales del TTAC serán dos en orden a las temáticas a abordar y las modalidades procesales que adopten. Además se conformará un gabinete interdisciplinario permanente integrado por diversas profesiones afines (médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales entre otros) que reportarán en forma directa al juez a cargo del TTAC.

Los objetivos de la actuación del TTAC son entre otros el de la recuperación integral del asistido, es decir la revinculación con su familia de origen si es que existe, la reinserción social con su grupo de contexto y la viabilidad laboral como objetivo superior. El TTAC debe asimismo adoptar todas y cada una de las acciones tendientes a la protección de la integridad física y psíquica de los asistidos y de sus familias en su caso. La salud se entiende en términos integrales conforme lo dictan los preceptos constitucionales local y nacional, tratados y convenciones internacionales.

Por cierto en cada legajo el tribunal actuará no sólo para reparar sino fundamentalmente para prevenir el daño a la persona asistida o terceros y evitar el agravamiento de las condiciones psico-físicas de los asistidos.

Otro aspecto central de la actividad del tribunal, que deberá abordarse no bien se produce la apertura del legajo, es el vinculado con la identidad de los asistidos. El TTAC deberá

en forma inmediata procurar todas las acciones tendientes a consolidar y acreditar la identidad del asistido a fin de permitir luego el acceso genuino a todos y cada uno de los recursos estatales disponibles.

Los casos deben ser monitoreados en forma permanente y regular, a fin de poder alcanzar los objetivos de recuperación del asistido. Por supuesto esa tarea se debe realizar desde una óptica integral y multidisciplinaria.

El TTAC podrá de oficio o a pedido de parte controlar el desempeño de los efectores públicos y privados ubicados en la Ciudad de Buenos Aires que actúen en el marco de las competencias del mismo. Ese control judicial se practicará a los fines de optimizar las prestaciones estatales, evitar dispendios innecesarios, garantizar la calidad y cantidad de los servicios y evitar abusos y/o corrupciones diversas.

Las acciones del TTAC permitirán la confección de material estadístico de evolución que deberá ser sistematizado y producido en forma regular a fin de ilustrar al Consejo de la Magistratura y a la Legislatura de la ciudad sobre los avances de la gestión judicial y en su caso, requerir los auxilios o correcciones a los poderes públicos involucrados.

Por último el TTAC deberá actuar de oficio o a pedido de parte para investigar y neutralizar, individualmente o en forma coordinada con otros tribunales, las causas que facilitan las prácticas adictivas y promueven la marginalidad de los asistidos. Las acciones urgentes que el TTAC pueda adoptar sin perjuicio de su incompetencia tendrán el mismo trámite que las medidas cautelares, es decir el desprendimiento de las causas puntuales una vez resuelta la cuestión urgente y su remisión al tribunal con competencia específica.

En cuanto al funcionamiento interno del TTAC, las secretarías judiciales actuarán conforme se trate de supuestos de simple asistencia de una persona o bien de causas en las cuales el propio asistido o su representante legal en su caso, demanden al Gobierno de la Ciudad por alguna o algunas vulneraciones de derechos sobre las personas en cuestión. En el primer caso, es decir el de la simple asistencia, se promoverá el impulso de oficio de las acciones y la informalidad procesal. El asistido podrá actuar con o sin asistencia letrada y el trámite es totalmente gratuito y exento de costas causídicas.

En cuanto a las causas de índole contenciosa, regirá a todo evento el Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad. Los legajos tramitan por ante la Secretaría

de trámite simple (STS) y las causas judiciales contra el GCBA por ante la Secretaría Contenciosa. Los expedientes de la Secretaría contenciosa son incidentes de los legajos de asistencia. Las resoluciones que se dicten en los incidentes deberán constar en su parte resolutive en los legajos, a través del agregado de copias certificadas.

Dadas las especiales características de la temática a desarrollar por parte del TTAC y conforme las experiencias relevadas, la actividad del TTAC se debe regir por principios especiales a veces diferentes a los que gobiernan la actividad judicial ortodoxa. Es fundamental la rapidez en la resolución y en la ejecución de temas muchas de las veces, por ende un principio rector de este tribunal es la urgencia. La impulsión de oficio es también otro dato saliente. Si los letrados actuantes no comprenden las premuras de los casos o bien no existen letrados actuantes, el tribunal no puede ni debe dejar las cuestiones libradas al mejor designio. Se debe actuar de cualquier manera frente a la necesidad y la urgencia. Por ello el impulso de oficio es un dato relevante a la hora de definir la actividad del tribunal. La integralidad como principio del procedimiento del TTAC apunta a que los abordajes previos a cada resolución sean de naturaleza interdisciplinaria, evitándose de esta forma que alguna decisión que pudiere resultar formalmente correcta termine resultando disvaliosa por haber considerado sólo un aspecto de la realidad-objeto.

El procedimiento por ante el TTAC es de naturaleza informal en su mayor parte. El tribunal encauzará situaciones que no admiten demora y que muchas de las veces no pueden estar regidas por un protocolo dada su naturaleza o su novedad. Obviamente, el principio de informalidad será de un uso mayor para las causas no contenciosas y se restringirá a las medidas cautelares o amparos en las de naturaleza contenciosa, conforme en estos casos a la inveterada jurisprudencia foral.

El principio de atipicidad resolutive indica que aún en situaciones que pudieran parecer homólogas el tribunal puede decidir de forma contradictoria si del proceso resultan factores ponderativos de naturaleza subjetiva obtenidos muchas veces de prácticas de entrevista judicial o de gabinete psicológico o multidisciplinario.

Por último otro de los aspectos que regirá el procedimiento del TTAC es la oralidad. Se privilegia por su rapidez, inmediatez y potencial perceptivo, la forma oral de procedimiento. En su caso, el procedimiento oral puede registrarse mediante adecuado equipamiento digital a fin de preservar a todo evento los fundamentos probatorios o evidencias

útiles.

El TTAC es un tribunal que funciona todo el año calendario a toda hora. Para ello estructura un sistema de turnos y guardias apropiado y eficiente. Los días y horas hábiles están sólo reservados para aquellos procedimientos contenciosos que así lo ameritan, pero para el resto de los supuestos en que los horarios no resultan oponibles, regirá plena amplitud temporal.

A los fines de facilitar la labor de recuperación y reinserción, reduciendo además la carga económica que ella pudiera ocasionar a las arcas estatales, el TTAC tendrá amplias facultades a los fines de determinar la existencia de parientes obligados legalmente hacia el asistido y asimismo tendrá potestad para imponer y ejecutar las cargas económicas o de otra naturaleza que pudieren corresponderles. Ello obviamente en la medida en que los citados obligados legales tuvieren patrimonio suficiente para hacer frente a las erogaciones que pudieran resultar necesarias.

Una vez conformados los legajos de asistencia y a efectos de permitir un seguimiento integral de los asistidos, el TTAC practicará comunicaciones diversas a sede judicial y policial y dichas sedes quedarán obligadas a su vez a informar al TTAC de cualquier situación que se suscite en relación a los asistidos desde ese momento y hasta la baja del legajo, que también será comunicada a las mismas sedes.

De esta forma, el TTAC tendrá inmediato conocimiento de cualquier causa, proceso o denuncia en la que el asistido pudiera ser parte a los efectos que pudieran corresponder. En los casos de actuación de la justicia de la Ciudad de Buenos Aires, corresponderá a los tribunales intervinientes en procesos en que los asistidos fueren parte, dar una vista previa al TTAC para que emita un dictamen no vinculante, antes de las resoluciones que pudieran recaer en esos procesos y que directa o indirectamente pudieran afectar el proceso de recuperación de los asistidos.

La ley prevé que para el caso de jurisdicción nacional o federal, o para provincias del interior, se gestionen los diversos convenios que permitan intervenciones del TTAC conforme lo que ut supra se esbozó.

Por la naturaleza de las causas y por el estado psicofísico del asistido, los tribunales podrán declinar su competencia a requerimiento del TTAC o de oficio y el TTAC, de aceptar, continuará con el trámite judicial en cuestión hasta su finalización. Esta previsión de la

ley se efectúa a fin de dotar al TTAC de la versatilidad necesaria para el cumplimiento de sus fines básicos y permitir que otros tribunales, puedan a la luz de la especial situación de los asistidos, contribuir voluntariamente a la concentración de las causas en el TTAC. Se trataría de una suerte de fuero de atracción consensuado entre dos o más tribunales.

Es fundamental el dispositivo legal que impone a las fuerzas de seguridad comunicar en sus bases de datos el carácter de asistido de una persona y asimismo la obligación legal de informar en forma inmediata al TTAC de cualquier situación que se presente en relación con los asistidos (detención, demora o arresto, por ejemplo).

Asimismo y en cuanto a la actividad policial, la norma prevé la conformación de un grupo permanente y especial de la Policía Metropolitana que reportará a las órdenes directas y exclusivas del TTAC y que será su fuerza de apoyo, en todos los casos que lo ameriten.

La ley prevé asimismo que los ministerios públicos de la ciudad designen magistrados ad hoc para intervenir en forma exclusiva por ante el TTAC y de esa forma dotarlo de dinamismo y efectividad, sin por ello entorpecer el debido proceso y la necesaria intervención de las diversas expresiones del ministerio público.

Especial interés ha de ponerse en relación a la existencia de enfermedades infectocontagiosas en los asistidos, dado el peligro que entrañan para ellos y para terceros, por lo que se dotará al TTAC de las facultades necesarias para proceder de oficio o a pedido de parte a adoptar todas aquellas medidas que resulten conducentes a la determinación diagnóstica y a la viabilidad del tratamiento, tratándose aún de medidas de naturaleza compulsiva.

A los fines de racionalizar el costo de reinserción y su correcta administración y disposición, el TTAC será única autoridad habilitada para la determinación, administración y seguimiento de los subsidios especiales que debieran ser necesarios conforme a la evolución del asistido.

El TTAC contará además con un predio especialmente adecuado para las prácticas de laborterapia y fórmulas productivas básicas, para servir de eficaz transición en la tarea de recuperación de los asistidos. Dicho predio funcionará bajo la exclusiva conducción del TTAC y dispondrá a esos efectos de la partida presupuestaria necesaria para garantizar su pleno funcionamiento.



## **5.2. Texto del proyecto de ley de creación del Tribunal Territorial de Alta Complejidad**

A continuación se transcribe el proyecto de ley propuesto para la creación del Tribunal Territorial de Alta Complejidad.

### ***TTAC - Tribunal Territorial de Alta Complejidad.***

#### ***1. Creación.***

*Créase en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el Tribunal Territorial de Alta Complejidad, con competencia para actuar en todos los casos de personas afectadas por adicción a las drogas o consumo problemático de sustancias que se encuentren en situación de calle o presenten cuadro de vulnerabilidad social crítico en el territorio de la CABA.*

#### ***2. Formación de legajo y acreditación de extremos***

*Al tomar conocimiento de la existencia de personas que reúnan los extremos referidos en el artículo uno, y una vez acreditada dicha situación por los procedimientos establecidos en la presente, el TTAC dispondrá la formación de un legajo de asistencia, con el fin de desarrollar las acciones y concretar los objetivos que se enumeran en los artículos 5 y 6 respectivamente.*

##### ***2.1.***

*La situación de calle o de vulnerabilidad social se tendrá por acreditada por cualquiera de los siguientes medios:*

- a) De oficio por intervención del TTAC.*
- b) Exposición de autoridad pública.*
- c) Información sumaria, con la declaración de dos testigos.*

##### ***2.2.***

*La situación de consumo problemático de drogas se tendrá por constatada por cualquiera de los siguientes medios:*

- i) La declaración de la persona afectada.*
- ii) Informe médico o psicológico de profesional matriculado.*
- iii) Dictamen del gabinete multidisciplinario del TTAC.*

### **3. Cierre del legajo.**

*El cierre del legajo de asistencia se producirá por resolución judicial, previa dictamen del equipo interdisciplinario, o por el fallecimiento del asistido.*

*La prisión del asistido, ya sea preventiva o por condena firme, aún cuando se cumpla fuera de la jurisdicción local, no será causa del cierre del legajo. En estos casos, el TTAC podrá verificar las condiciones de detención del asistido, en cuanto a los aspectos de su competencia, e impartir a las autoridades penitenciarias las instrucciones que pudieren corresponder.*

### **4. Jurisdicción e integración**

*El TTAC tendrá su ámbito de actuación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su establecimiento físico en el Cinturón Sur de la misma. El Consejo de la Magistratura local podrá erigir otros emplazamientos dependientes del TTAC en atención a las necesidades de la población.*

### **5. Conformación**

*El TTAC estará a cargo de un Juez Contencioso Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de uno suplente o subrogante.*

*Estará integrado por dos Secretarías, una de trámite simple no contenciosa, y otra contenciosa.*

*Contará con un gabinete multidisciplinario compuesto por profesionales médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.*

## **6. Objetivos**

*Son objetivos del TTAC:*

*6.1. Propender a la recuperación de los asistidos, a su reintegración familiar, social y laboral.*

*6.2. Proteger la salud y la integridad física y psíquica de las personas asistidas y de sus familias.*

*6.3. Desarrollar acciones preventivas y reparadoras a fin de cumplir con los objetivos definidos en los párrafos anteriores.*

*6.4. Consolidar y documentar la identidad de las personas asistidas*

*6.5. Efectuar un seguimiento de la evolución de los casos hasta su completa recuperación, desde una perspectiva integral y multidisciplinaria.*

*6.6. Controlar el desempeño de los efectores públicos locales vinculados a la problemática de su competencia.*

*6.7. Analizar la evolución cuali-cuantitativa de casos de su competencia, e informar dicha situación anualmente a la legislatura.*

*6.8. Determinar y neutralizar las causas que promueven y facilitan las prácticas adictivas y la marginalidad.*

## **7. Causas y Procedimiento.**

*Tramitarán por ante el TTAC causas no contenciosas o de trámite simple y causas contenciosas.*

*Las primeras ser iniciarán de oficio cuando se den los supuestos previstos en el artículo 1 de la presente. El trámite también será de oficio, sin perjuicio del derecho de las partes asistidas de efectuar las peticiones que estimen pertinentes.*

*Las causas contenciosas tendrán lugar cuando se encuentre demandadas las autoridades locales, y se regirán en todo lo pertinente, por el Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

*El procedimiento ante el TTAC se regirá por los principios de urgencia, oficiosidad, integralidad, informalidad, atipicidad resolutive y oralidad.*

*A los fines procesales, regirán los días y horarios judiciales hábiles establecidos por el Consejo de la Magistratura. No obstante el TTAC contará con guardias permanentes y rotativas las 24 horas todos los días de año.*

*El TTAC contará con facultades plenas para indagar la existencia de familiares con obligación alimentaria, e imponerles, en su caso, la carga económica de los procesos de recuperación y reinserción.*

#### **8. Formación del legajo de asistencia. Comunicación a otros Tribunales**

*La formación del legajo judicial de asistencia a que se refiere el artículo 2 de la presente será comunicada en el día:*

- a) A todos los Juzgados del fuero, los que deberán comunicar al TTAC la existencia de causas en trámite en la que sea parte actora o demandada el asistido.*
- b) A la Cámara de Apelaciones en lo Penal, Contravencional y de Faltas de la CABA, y por su intermedio a los Juzgados y dependencias del fuero.*
- c) A la Fiscalía General de la CABA, y por su intermedio, a todas las dependencias del Ministerio Público Fiscal.*

*Todas las oficinas y dependencias antes mencionadas deberán poner en conocimiento del TTAC, dentro de las 24 horas de recibida la comunicación referida, la existencia de cualquier causa, proceso o denuncia en que sea parte el asistido.*

*En todos los casos los tribunales de los fueros penal y contencioso administrativo y tributario deberán, antes de dictar pronunciamiento provisional o definitivo, requerir*

*al TTAC la elaboración de un dictamen para que especifique y contextualice detalladamente la incidencia del eventual resolutorio en la recuperación del asistido.*

*Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, el TTAC podrá oficiar a los tribunales y fiscalías de propia o ajena jurisdicción, a efectos de poner en conocimiento de los magistrados respectivos, los antecedentes del caso y su diagnóstico así como de efectuar las recomendaciones no vinculantes que pudieren corresponder.*

### **9. Convenios con otras jurisdicciones**

*Para el caso de tribunales no pertenecientes a la justicia local se gestionarán por medio del Poder Ejecutivo, convenios especiales con el fin de dar operatividad al dispositivo regulado en el artículo precedente.*

### **10. Competencia especial**

*El TTAC podrá recibir, por competencia declinada de los tribunales locales y de los tribunales civiles o penales de extraña jurisdicción, las causas que involucren a personas con legajo judicial de asistencia.*

*En estos casos el TTAC asumirá las competencias propias de los tribunales originarios y tendrá a su cargo el seguimiento y finalización de las causas en cuestión.*

### **11. Actuación de las fuerzas de seguridad**

*La formación del legajo judicial de asistencia también será comunicada en el día a las totalidad de las fuerzas de seguridad operativas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes deberán poner en conocimiento de dicha situación a todas sus estructuras.*

*La detención, demora o arresto de una persona que revista el carácter de asistido por el TTAC, deberá ser comunicada de inmediato al TTAC por la fuerza de seguridad interviniente.*

*A los fines de asistir y colaborar con la actuación del TTAC, se conformará en dependencias de la Policía Metropolitana de la CABA un equipo especial, especialmente entrenado para la problemática específica, y con reporte directo al TTAC.*

## **12. Ministerio Público.**

*A los fines del cumplimiento de los objetivos de la presente ley, en Ministerio Público de la CABA, en sus tres ramas, designará Magistrados especializados para que actúen en forma exclusiva por ante el TTAC, y que contarán con gabinetes especializados para atender la problemática específica.*

## **13. Existencia de enfermedades infecto contagiosas**

*En caso de sospecha o indicio fundado de que alguna persona con legajo judicial de asistencia fuere portadora de una enfermedad infecto contagiosa que pudiere implicar un riesgo cierto para su salud o integridad física o la de terceros, o un potencial daño epidemiológico colectivo, el TTAC podrá ordenar las medidas compulsivas para la confirmación o descarte del diagnóstico, así como las medidas que pudieren corresponder para el acabado cumplimiento de los protocolos de salud aplicables al caso.*

*A tales fines, el TTAC contará en dependencias de ..... , de una unidad especial destinada al cumplimiento del punto anterior, debidamente acondicionada y gestionada por personal médico y paramédico debidamente capacitado para la implementación de las prácticas específicas.*

## **14. Subsidios especiales**

*El TTAC será autoridad de aplicación para la determinación, la administración y el seguimiento de subsidios especiales de reinserción que se otorguen a los asistidos, cualquiera fuere su origen y denominación.*

*A tal fin podrá designar gestores especiales ad hoc que deberán rendir cuentas de sus gestiones al TTAC, en las condiciones que éste determine.*

#### **15. Predio piloto y presupuesto anual.**

*El TTAC contará con un predio especialmente acondicionado en .... a los fines de poner en práctica experiencias piloto de laborterapia destinadas a la reinserción de los asistidos (huerta, cooperativa, etc.).*

*También dispondrá de una partida presupuestaria anual a tal fin.*

#### **16. Derogación parcial.**

*Derógase parcialmente el art. 41 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que quedará redactado de la siguiente forma:*

*“Art. 41. Composición y Competencia de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo y Tributario. La justicia en lo contencioso administrativo y tributaria está integrada por veinticuatro (24) juzgados que entienden en todas las cuestiones en que la Ciudad sea parte, cualquiera fuera su fundamento u origen, tanto en el ámbito del derecho público como del derecho privado y por un (1) Juzgado denominado “Tribunal Territorial de Alta Complejidad” que entenderá en los casos que, contenciosos o no, involucren específicamente a personas adictas en situación de vulnerabilidad”.*