

Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz “prohibicionista-abstencionista”.

R. Alejandro Corda, Araceli Galante, Diana Rossi.

Resumen ejecutivo.

La política sobre drogas en Argentina se basó en una matriz conformada por distintos discursos hegemónicos que se sucedieron a lo largo del siglo XX. En ella, sus usuarios quedaron definidos en la ubicua condición de “delincuentes-enfermos”, y se generaban representaciones (contagiosos, viciosos, peligrosos, autodestructivos, inestables, incapaces de cuidar de sí o de otros) que condicionaban respuestas estatales coercitivas. Sus consecuencias impactaron de diversas formas sobre sus usuarios, sobre quienes recayó en gran medida su principal expresión: la respuesta penal. Pero además, esa matriz también modeló otro tipo de respuestas (prevención y asistencia) que también tuvo distintas consecuencias sobre los usuarios. En especial sobre los usuarios de drogas inyectables en la década del noventa, entre quienes no se desarrollaron programas de reducción de daños y se propagó el VIH con fatales consecuencias. Incluso frente a distintos intentos de reforma ocurridos en los últimos años los principios de dicha matriz parecen seguir operando para impedirlos o demorarlos.

Introducción.

Este trabajo intentará mostrar que las respuestas estatales en Argentina vinculadas a los “estupefacientes”¹ se basan en una matriz conformada a partir de la superposición de distintos discursos hegemónicos que se sucedieron a lo largo del siglo XX. Sus consecuencias impactaron de diversas formas sobre sus usuarios, sobre quienes recayó en gran medida su principal expresión: la respuesta penal. Incluso, también modeló otro tipo de respuestas (prevención, asistencia); y ante distintas iniciativas o reformas algunos de sus componentes parecen seguir operando de diversas formas.

¹ Es el término utilizado por la ley argentina para definir las sustancias cuyas conductas relacionadas son alcanzadas por el derecho penal. Al igual que en los instrumentos de derecho internacional la ley se remite a un listado que contiene el Decreto 299/10. Brevemente se puede indicar que en ella se incluyen todos los estupefacientes de la Convención Única de 1961 y los psicotrópicos de las listas I y II del Convenio de 1971; la última reforma incorporó la ketamina, el GHB, y el flunitrazepam, entre otras sustancias. En este trabajo también se utilizarán los términos “sustancias psicoactivas” o “drogas” para referirse a los estupefacientes y/o otras sustancias cuyas conductas relacionadas no están alcanzadas, o lo están en una medida menor, por la ley penal (Ej: alcohol, tabaco, ciertos medicamentos, inhalantes, etc).

1. La construcción de la matriz “prohibicionista-abstencionista”.

El inicio de las respuestas estatales sobre estupefacientes en Argentina se remonta a principios del siglo XX. Primero se desarrolló legislación administrativa que regulaba el expendio e importación de estas sustancias y sancionaba con multa a las farmacias y droguerías -principalmente- que lo hicieran fuera de los canales lícitos.

En un principio se aplicó la ley 4.687 de 1905 que regulaba el ejercicio de la farmacia y sancionaba con multa de 100 a 1000 pesos la infracción a sus reglamentos. Luego, con el dictado del decreto del 17 de mayo de 1919 se percibe una mayor actividad represivo-administrativa respecto de esos desvíos. Este decreto resulta la primera norma específica sobre determinadas sustancias (“opio y sus preparaciones, cáñamo indiano, morfina y sus sales, cocaína y sus sales”) y no solo limitaba su importación a la previa intervención de la autoridad sanitaria (el Departamento Nacional de Higiene), sino que establecía un sistema de registro donde se debían volcar las existencias y expendios². En caso de venta al público se requería prescripción médica, que debía reservarse. Las violaciones se reprimían con las multas mencionadas de la ley 4.685.

Una nota del Departamento Nacional de Higiene de 1923 mostraba que las principales afectadas por estas normas eran farmacias y droguerías, aunque también aparecían alguna peluquería, consultorio de dentista o casa de comercio. Sin embargo, distintos artículos periodísticos daban cuenta que el expendio también se hacía en paralelo a otras actividades lícitas (cafés, agencias de lotería, cines, almacenes) o incluso por quienes se dedicaban únicamente a vender estas sustancias (Bard, 1923).

El consumo de drogas de uso ilícito se encontraba restringido a determinadas clases sociales acomodadas y a ciertos personajes de la noche. Pese a existir casos problemáticos no constituían un problema de envergadura. La visión de las personas que las usaban en este período se puede identificar con los términos “vicioso-contagioso”, situado dentro del discurso de la defensa social³. Un informe de médicos forenses respecto de una mujer con -aparentemente- problemas en el uso de la cocaína y morfina acusada por delitos de estafa, publicado en un artículo del Diario La Razón del

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

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

año 1922 hacia la siguiente definición: “El toxicómano es un caído ilevante, que a la vez que un inválido intelectual es un elemento socialmente perturbador, que tiende a difundir su vicio, en el que busca la sensualidad, la perversión o la misma amnesia para su propia degradación; y su organismo se degenera y su aberración se hereda, engendrando enfermos que serán la población de la posteridad” (Bard, 1923: 175).

A principios de la década del '20 existió un importante movimiento que incluía la policía, cierto sector de la medicina y de la prensa que pugnaban por un agravamiento de las sanciones; todos ellos influenciados por distintas expresiones del discurso positivista que imperaba en esos tiempos (higienismo⁴, medicina legal, defensa social). Si bien ya se apreciaba la influencia de la legislación y actores internacionales ella no aparece con tanta intensidad como sí lo hará en la segunda mitad del siglo.

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

El jefe de policía sostenía que la redacción impedía actuar sobre los que “sin dedicarse legalmente a esas actividades comerciales, tienen en su poder cantidades de drogas comprendidas en el régimen de la ley”⁶. Por ello un nuevo proyecto de Bard modificó otra vez el Código Penal, mediante la ley 11.331 de 1926. Esta reforma instauró la posibilidad de sancionar la posesión o tenencia ilegítima de esas sustancias con pena de 6 meses a 2 años de prisión, sin discriminar entre traficantes y consumidores.

⁴ El higienismo surgió como una forma de controlar la propagación de las epidemias en las ciudades. Luego se ocuparon de las llamadas plagas sociales (sífilis, tuberculosis y alcoholismo). A partir de los éxitos de la microbiología en el tratamiento de las epidemias, los higienistas concibieron a la sociedad como un organismo y a los problemas sociales como patologías. Recalde (1997) relata que la moralidad pública recomendaba suprimir las incitaciones al vicio, lo que se tradujo en el aislamiento de prostitutas, tísicos y borrachos en prostíbulos, hospitales suburbanos y asilos para alcohólicos. El enclaustramiento tenía una función profiláctica; la policía se constituía en auxiliar de la higiene, ya que, como agente de la segregación, cortaba la exhibición del vicio.

⁵ Estos fueron los términos que se utilizaron en un principio, los cuales no delimitaban las sustancias de modo preciso; de hecho la noción “alcaloide” se refiere a la estructura de determinados compuestos químicos como por ejemplo la cafeína o la nicotina con distinto tratamiento legal.

⁶ Carta del Jefe de Policía Jacinto Fernández del 18 de abril de 1925 dirigida al Diputado Bard, leída en la sesión de la Cámara de Diputados de la Nación del 3 de junio de 1925 (Diario de Sesiones, 1925).

Si bien de los debates legislativos el principal objetivo eran los expendedores, no quedaba claro si también se pretendía alcanzar a los usuarios con la ley penal. La interpretación que hicieron los jueces terminó de confirmar este último alcance. Dos fallos plenarios de la Cámara del Crimen de la Ciudad de Buenos Aires en los que primó la interpretación que reprimía las tenencias de los usuarios, ilustran este punto.

En 1930 el fallo “González” cita la siguiente afirmación de Bard que parece querer extender la última reforma a los “toxicómanos”: “Es con el fin de evitar la posibilidad, de que en muchos casos los toxicómanos, y sobre todo los expendedores de alcaloides puedan eludir la acción de la policía y de la justicia, que presento... este simple agregado a la ley 11.309”. Décadas más tarde el fallo “Teherán de Ibarra” de 1966, no solo ratificó esa interpretación, sino que en además -en uno de sus votos- se aprecia la siguiente cita del reconocido médico legista Nerio Rojas donde se funden los proveedores y usuarios en un *binomio malvado*: “La toxicomanía sobre todo en lo relativo al uso de estupefacientes implica un binomio cuyos términos son el toxicómano y el traficante. Toda legislación debe ir contra ambos, pues se complementan y viven en la simbiosis lamentable del hábito vicioso y el negocio clandestino”.

Pese a lo señalado, el fenómeno de aplicación de la ley parece haber tenido poca amplitud. El segundo de los fallos citados menciona que en el año 1965 “65 personas fueron sometidas a proceso en relación con drogas”. Sin embargo algunos señalan que en la segunda mitad de esta década se constituyó el “problema droga” (Touzé, 2006), apreciándose a partir de allí una mayor influencia de la legislación internacional sobre la local y nuevos dispositivos de atención para los usuarios.

La Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas de 1961 fue aprobada por Argentina en el año 1963⁷. La ley 17.567 de 1968 produjo una nueva modificación al Código Penal que no sólo aumentó las penas para los delitos vinculados a estas sustancias, ahora con prisión de 1 a 6 años, sino que multiplicó las conductas incriminadas siguiendo el modelo de la legislación internacional. Si bien continuaba castigando la tenencia ilegítima lo hacía siempre “que excedan las correspondientes a un uso personal”, excluyendo por única vez en la legislación penal la punición de la tenencia para uso personal⁸. Otro reflejo de la legislación internacional se puede

⁷ Decreto- Ley N° 7672/63, ratificado por Ley N° 16.478 de 1964.

⁸ Esta norma solo duró hasta el año 1973, cuando se la derogó por haber sido dictada por un gobierno de facto, retornando a la redacción de 1926.

encontrar en la ley 17.818 de 1968 que reguló las cuestiones administrativas vinculadas a los estupefacientes, en consonancia con la Convención Única.

También en ese mismo año se reformó el código civil mediante la ley 17.711 incorporando la posibilidad de internar compulsivamente a los “toxicómanos” y limitar su capacidad legal⁹. De esta manera, la “toxicomanía” se asoció a la “demencia” y con ello, se afianzó la concepción sobre las personas que usan drogas de uso ilícito como “incapaces” que podían volverse peligrosas y cuyo tratamiento podía requerir la utilización de dispositivos de encierro.

En cuanto a los dispositivos de atención a usuarios, dos años antes, en 1966, se creó el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), primera institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de usuarios con usos problemáticos. En 1971 se creó el Servicio de Toxicomanía en el Hospital Borda y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOXI) de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA. En 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias. Asimismo, surgieron las primeras comunidades de vida (comunidades formadas por usuarios, frecuentemente ligadas a Iglesias Evangélicas) que ofrecían tratamiento residencial en forma alternativa a la internación.

En 1972 se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) dentro del Ministerio de Desarrollo Social, integrada por distintos ministerios, organismos de seguridad y por la universidad¹⁰. Este habría sido el primer órgano estatal encargado de diseñar políticas respecto de estas sustancias. Si bien el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas de 1971 fue aprobado en 1977, ya en 1973 se sancionó la ley 19.303 que reguló las cuestiones administrativas vinculadas a las sustancias psicotrópicas siguiendo aquel acuerdo internacional.

Avanzada esta década se aprecia la aparición de una nueva línea discursiva: “la seguridad nacional”¹¹, montada sobre similares argumentos del discurso de la defensa

⁹ El Art. 482 del C.C. dispuso que “Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial”.

¹⁰ Decreto 452/73.

¹¹ Esta fue una estrategia post-bélica en el contexto de la “Guerra Fría” que respondió a la división geopolítica mundial en dos bloques: el occidente, cristiano y capitalista y el oriente, comunista y ateo. Involucraba aspectos económicos, militares, políticos, científicos, culturales y tecnológicos. Consideraba que América Latina tenía una mayor vulnerabilidad frente a la “amenaza comunista” y sostenía que las

social, pero ahora justificados como ataques a la nación. En el proyecto de elevación de la primera ley especial de estupefacientes se aprecia con claridad este discurso¹². Allí se identifica al usuario (“toxicómano”) como una persona que al entregarse a su “vicio” “no sólo se destruye a sí mismo sino que... causa perjuicio a quienes lo rodean”. Además se lo equiparaba con el traficante al sostenerse que “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes; por ello es necesario que aparte de su individualización se implemente su internación forzosa para su cura”. En definitiva ambas conductas, tanto la de los traficantes como las de los usuarios, resultaban “atentatorias de la seguridad nacional”.

En 1974 se sancionó la Ley 20.771 que amplió las penas y las conductas incriminadas. Los delitos de tráfico, cuyos verbos y objetos materiales se ampliaron, pasaron a reprimirse con prisión de 3 a 12 años, y la tenencia de estupefacientes -aún la destinada a uso personal- pasó a reprimirse con 1 a 6 años de prisión. También se incluyó la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes. Así el uso de estupefacientes -a través de la tenencia- quedó comprendido al mismo tiempo como delito y enfermedad.

Un reflejo de este discurso también quedó plasmado en el fallo (“Colavini”, 1978) de la Corte suprema de Justicia de la Nación (CSJN) que afirmó la constitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal. A partir de la posesión de dos cigarrillos de marihuana, se asoció a la “toxicomanía” con la “delincuencia común y subversiva”, entre otros males, y como causa de “la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización”. Allí también se equiparó al usuario con el traficante al afirmar: “...si no existieran usuarios o consumidores, no habría interés económico en producir, elaborar y traficar con el producto... Lo cual conduce a que si no hubiera interesados en drogarse, no habría tráfico ilegítimo de drogas” (para luego concluir) “el tenedor de la droga prohibida constituye un elemento indispensable para el tráfico”.

En la década del ‘80, con el retorno de la democracia parece haber una tensión entre recuperar las garantías perdidas durante el gobierno de facto y la aparición de una nueva corriente discursiva: la seguridad ciudadana (urbana). Zaffaroni afirma: “Desde 1985 se viene perfilando un embate bajo el signo de la *ideología de la seguridad ciudadana*,

Fuerzas Armadas debían asumir la conducción del Estado en la defensa de los valores nacionales. Esta concepción se tradujo en el apoyo a la intervención militar en la región (Velásquez Rivera, 2002).

¹² La ley se proyectó desde el Ministerio de Bienestar Social a cargo de José López Rega –fundador de la Alianza Anticomunista Argentina (Triple A)–, quien compartía la visión de Richard Nixon, sobre la utilización de la “guerra contra las drogas” como una forma de combatir las organizaciones guerrilleras (Larraquy, 2007: 285).

apoyado por campañas publicitarias emprendidas por comunicadores mercenarios y operadores políticos clientelistas... En lo legislativo la ideología de la seguridad urbana o ciudadana se tradujo en la ley 23.737 de 1989 en materia de estupefacientes” (Zaffaroni y otros, 2011: 186).

En 1985 se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, integrada por distintos ministerios y donde participaban fuerzas de seguridad, la academia y personas y organizaciones reconocidas.

En 1986 la CSJN dictó el fallo “Bazterrica” declarando la inconstitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal prevista en la ley 20.771. El mismo año se presentó un proyecto de ley que tenía aspectos progresistas como la no punición de la tenencia para consumo personal o menos penas para los actores menores del tráfico, pero que hacia fines de la década cambiaría de rumbo hasta convertirse en la ley actual.

En 1982 se creó el centro de tratamiento “Viaje de vuelta” ligado a la Iglesia Católica; la cual, como más adelante se podrá apreciar, resulta un actor relevante en la definición de la cuestión.

Es también durante esta década cuando irrumpe la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que afectó particularmente a los usuarios de drogas inyectables (UDIs)¹³. Esta circunstancia reforzó los criterios de peligrosidad atribuidos a las personas que usaban estupefacientes, al sumarles la condición de posibles transmisores de una pandemia que fue asociada con la muerte.

Pero es hacia fines de esa década y principios de la siguiente que se termina de conformar la matriz que marcará -y aún lo hace- las siguientes dos décadas.

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

¹³ El primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) atribuido al uso inyectable de drogas se diagnosticó en la Argentina en 1985. Hasta 1996, la mitad de los diagnósticos de SIDA entre los varones mayores de 12 años fueron atribuidos al uso compartido de material para el uso de drogas inyectables, según los boletines publicados por el Ministerio de Salud de la Nación.

A mediados de 1989 se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)¹⁴. Esta secretaría de la Presidencia de la Nación, que irá ganando atribuciones a lo largo de los años, será la principal defensora de dicha matriz.

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

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

Así, durante el siglo XX se fueron acumulando, superponiendo, reforzando en torno a la cuestión “drogas” los discursos de la defensa social, la seguridad nacional y ciudadana, mezclados con la definición internacional, hasta conformar, hacia fines de la década del ‘80 y principios de la década del ‘90, una matriz “prohibicionista-abstencionista” cuya principal expresión fue la respuesta penal y sus principales destinatarios los usuarios de estupefacientes. Basándose en la idea de que toda conducta vinculada a estas sustancias que no tuviera “fines médicos o científicos” debía ser considerada ilícita, no sólo se hizo mayor esfuerzo en desarrollar respuestas destinadas al control de la producción y tráfico, sino que se incluyó en ellas al usuario de estupefacientes como parte integrante de ello. Así, quedaban definidos en la ubicua condición de “delincuentes-enfermos”, y se generaban representaciones (contagiosos, viciosos, peligrosos, autodestructivos, inestables, incapaces de cuidar de sí o de otros) que condicionaban respuestas estatales coercitivas como la ley penal o la internación o tratamientos obligatorios.

¹⁴ Decreto 271.

Pero, como se verá, esa matriz, al mismo tiempo, trastocó –cuando no impidió– el desarrollo de otras respuestas estatales no compulsivas respecto de los usuarios. Incluso, frente a distintas iniciativas de reforma de esos principios, esa matriz no solo parece resistir sino reinventarse.

2. Condicionamientos y contradicciones en la aplicación de la matriz.

La matriz antes descrita delineó una determinada política en relación a los estupefacientes que impactó de diversas formas sobre sus usuarios. En este apartado se analizarán datos que reflejan el condicionamiento de esa matriz y también las interpelaciones que ellos generan a esa construcción del discurso hegemónico.

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

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

Ello perduró hasta varios años después de configurada la matriz señalada. Si bien en 1989 se sancionó la Ley 23.737 y se creó la SEDRONAR, la primera encuesta nacional sobre consumo en población general se realizó en 1999 (SEDRONAR, s/f)¹⁵ y las que se realizaron luego no todas resultan comparables entre sí¹⁶. Recién en el año 2005 se creó el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), en el ámbito de la SEDRONAR, y comenzaron a realizarse encuestas periódicas que pudieran compararse con sus anteriores; la mayoría, relativa al uso de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas.

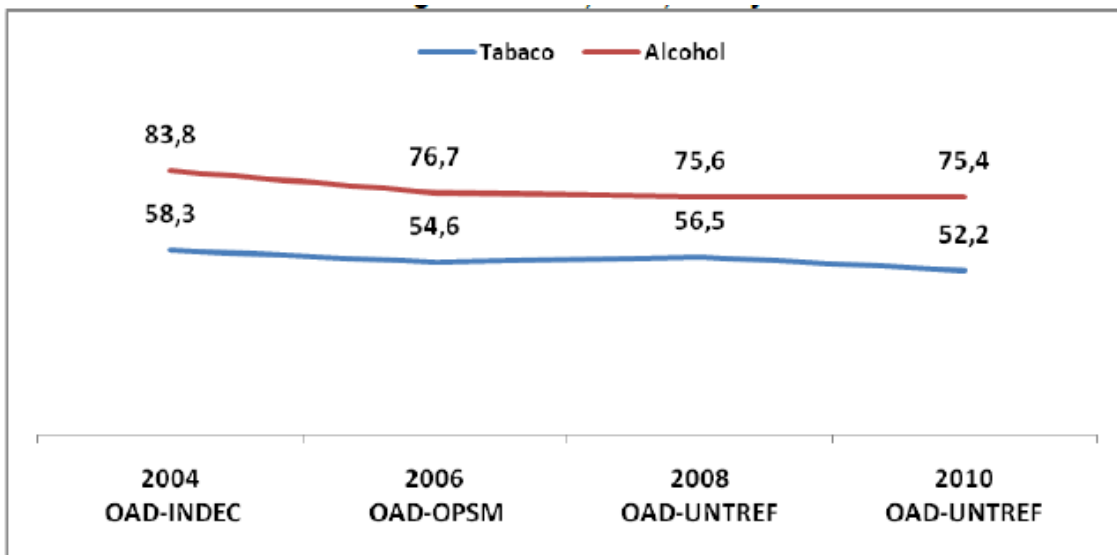
De esas encuestas se puede apreciar que los principales consumos son de alcohol y tabaco, muy distanciados de los estupefacientes. Y si bien se ha incrementado el uso de estupefacientes, algunos de éstos se ven superados por el consumo de medicamentos

¹⁵ Según la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina, 1 de cada 10 personas había consumido drogas ilegales en su vida, y 3 de cada 100 lo habían hecho en los últimos 30 días. También se calculó en 600.000 las personas que consumen drogas ilegales, siendo 200.000 de ellas usuarios frecuentes. La prevalencia de vida de las principales sustancias era la siguiente: alcohol 91,4%, tabaco 67%, marihuana 8,5%, clorhidrato de cocaína 3,6%, pasta base 0,8%, sedantes 6% y estimulantes 2,8%.

¹⁶ El Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas no es comparable con el de 1999 “por razones de dominios muestrales, de ponderaciones de la muestra y de metodología de abordaje” (SEDRONAR, 2004: 4).

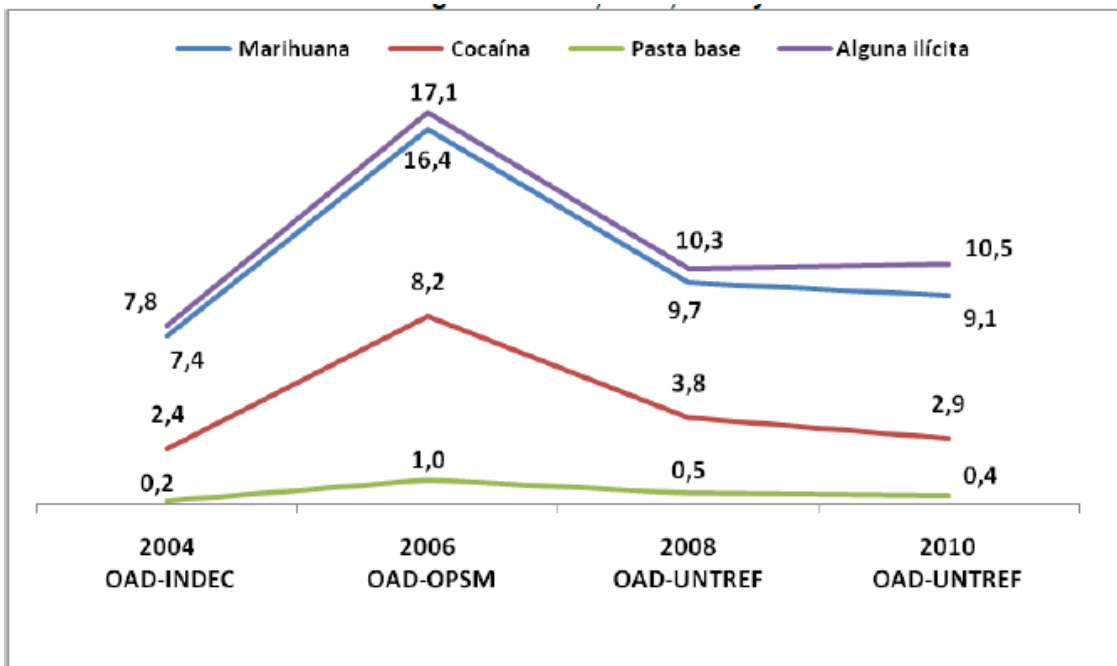
(estimulantes y tranquilizantes) sin prescripción médica. Los siguientes cuadros elaborados por el OAD lo muestran (SEDRONAR, 2011).

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



Fuente: SEDRONAR-OAD, “Tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010. Población de 15 a 65 años”, junio de 2011.

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



Fuente: SEDRONAR-OAD, “Tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010. Población de 15 a 65 años”, junio de 2011.

Esta información permite dimensionar el consumo de estupefacientes, en especial en comparación con otras sustancias psicoactivas cuyas conductas relacionadas no se encuentran alcanzadas por la ley penal. O dicho en otros términos, que el consumo de drogas con un estatus legal menos riguroso supera muchas veces el de estupefacientes. El mismo estudio también estima de forma aproximada el nivel de dependencia¹⁷ que generan los dos principales estupefacientes consumidos en el país. Según la información allí volcada alrededor de un 20% de quienes consumen cannabis presentan signos de dependencia y en el caso de la cocaína el valor ronda el 50%. Asimismo señala el consumo problemático de alcohol en un 13%¹⁸.

En otros estudios del OAD se afirma que el consumo de “drogas ilegales” (estupefacientes) se encuentra asociado en mucha menor medida a las muertes atribuidas al consumo de sustancias psicoactivas que el consumo de tabaco y alcohol. Uno de ellos afirma que en 2008 de “las 47.615 muertes atribuibles al consumo de drogas, corresponden un 83,12% (39.579) al tabaco, un 16,72% (7.959) al alcohol y un 0,16% (77) a las drogas ilegales” (SEDRONAR, 2010: 10)¹⁹.

En este punto merece recordarse que las conductas relacionadas con el alcohol y el tabaco se encuentran reguladas mediante legislación de carácter administrativo, principalmente, la cual tuvo desarrollo en años recientes. La Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (Nº 24.788) fue sancionada en 1997 su reglamentación se terminó de concretar en el año 2009²⁰. En 2011 se sancionó la Ley 26.687 sobre regulación del tabaco y en 2013 su decreto reglamentario²¹.

¹⁷ Siguiendo los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima versión (CIE-10).

¹⁸ En este caso se utiliza el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) de la Organización Mundial de la Salud.

¹⁹ Otro estudio específico sobre mortalidad asociada al consumo de drogas en los años 2004, 2005 y 2006 muestra que aquellas asociadas a las “drogas ilegales”, si bien con valores superiores, lo estaban por debajo del 1%, detrás de las muertes asociadas al tabaco y al alcohol (SEDRONAR, 2008).

²⁰ Esta legislación prohíbe el expendio a menores de 18 años y el consumo en lugares públicos, sancionando su infracción con multa o clausura del local. También prohíbe los concursos de ingesta de alcohol pero con prisión de 6 meses a 2 años -además de la clausura del local-; con agravantes en caso de lesión o muerte. Asimismo, contiene disposiciones sobre publicidad, tránsito e impone al sistema de salud desarrollar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación. También crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que se implementó en el año 2010.

²¹ Allí se prohíbe -con algunas excepciones- la “publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación”. También regula el empaquetado y composición de los productos, así como la venta -prohibida a menores de 18 años-, y aquellos lugares públicos donde se prohíbe fumar. Las infracciones a esta ley se sancionan con multa, decomiso y destrucción de los productos, o clausura del local.

2.2. La aplicación de la ley penal. Los usuarios como principales destinatarios.

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

Tanto de la información del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) de la Dirección Nacional de Política Criminal (DNPC) del Ministerio de Justicia de la Nación²² como de aquella que surgía de la oficina de estadística del Ministerio Público Fiscal de la Nación (MPF)²³ se aprecia un incremento de la causas por infracción a la ley 23.737 a partir de 1999. Estas fuentes también permiten apreciar que el fenómeno de aplicación de la ley se desarrolló principalmente en dos distritos: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (PBA); y que esta última pasó a ser el principal distrito donde se aplica esta ley, a partir de la asunción de sus agencias penales de la persecución de algunos delitos de la ley 23.737 conocida como “defederalización”²⁴.

La información del MPF permite una primera aproximación al tipo de delito por infracción a la ley 23.737. Tomando los datos de todo el país, descartando aquellos no especificados, se puede afirmar que **los delitos de tenencia de estupefacientes (simple y para consumo personal) en conjunto resultan entre dos tercios y tres cuartos de las causas por infracción a esta ley**. El valor más bajo se registra en el año 2002 (66,1%) y el más alto en el año 2008 (77,46%). En este último año las tenencias para consumo eran el 43,35% y las tenencias simples el 34,11%. El porcentaje restante

²² Los datos correspondientes al año 2008 tanto sobre “hechos delictuosos” (SNIC) como de personas privadas de la libertad (SNEEP) pueden consultarse en: <http://www.jus.gov.ar/areas-tematicas/estadisticas-en-materia-de-criminalidad.aspx>; última consulta agosto de 2013. La información de años anteriores fue extraída para uno de los trabajos citados (Corda y Frisch, 2008) y con posterioridad, cuando se encontraba disponible en la página web de dicho ministerio.

²³ La información utilizada en el trabajo “Sistemas Desproporcionados” (Corda, 2012), correspondiente a los años 2000-2009, se extrajo de la página del MPF (www.mpf.gov.ar) del apartado “estadísticas”, en 2011. Luego la información dejó de estar disponible en la página web.

²⁴ La ley 26.052 (2005) permitió que la justicia de cada una de la Provincias y la CABA asuma la investigación de determinados delitos de la ley 23.737 (tenencia simple y para consumo, y venta en menor escala, principalmente), originalmente atribuida a la justicia federal. La Provincia de Buenos Aires, quien tuvo un rol activo en su sanción, fue el primer distrito en concretar la reforma a fines de 2005.

corresponde a distintos delitos de tráfico de estupefacientes. Información de prensa indicaba que en 2011 si bien las causas por ambas tenencias seguían siendo la mayoría (61,19%) había mejorado en relación con las causas por tráfico, respecto a años anteriores (Clarín, 2012a).

A esta primera aproximación general a nivel país, que muestran cómo la aplicación de la ley penal tuvo su mayor expresión en la persecución de las tenencias (de usuarios en su mayoría), los datos disponibles sobre lo ocurrido en la CABA y PBA permiten ampliar y precisar algunos aspectos del fenómeno.

La información estadística producida por el Poder Judicial de la Nación permite confirmar las tendencias del SNIC en la CABA²⁵. Y junto a otros estudios o relevamientos puntuales (Bruzzone, 1994: 1.773-1.783; DNPCa: 121-128 y b: 120-137), que brindan información de principios de los '90 se puede advertir que, al menos en esta jurisdicción, el fenómeno de aplicación de la ley creció principalmente durante esa década.

De los últimos trabajos mencionados, además, se puede extraer información de los expedientes judiciales que permite afirmar que **la mayoría de ellos fueron iniciados por conductas de consumidores que se encontraban en espacios públicos de forma no conflictiva**. De 292 causas analizadas por la DNPC en 1996 se concluyó que el 70,1% de las imputaciones se consideraron tenencia de estupefacientes para consumo personal (Art. 14, 2º párrafo de la ley 23.737), el 23,9% se tipificó como tenencia simple de estupefacientes (Art. 14, 1º párrafo de la ley 23.737), y sólo un 4,7% se entendió como delitos de tráfico de estupefacientes (con o sin agravantes). También a partir de ellas se puede construir el siguiente perfil de imputado: varón, joven, argentino, soltero, sin antecedentes penales ni encarcelamientos, detenido en la vía pública, con menos de 5 grs. de cocaína o marihuana, que no estaba cometiendo otro delito, ni tenía armas.

De esas investigaciones también surge que casi la totalidad de las causas iniciadas por infracción a la ley de estupefacientes lo eran por las fuerzas de seguridad. Una serie de relevamientos realizados en años recientes por la Fiscalía Penal Federal N° 6 de la CABA, permiten confirmar el protagonismo de las fuerzas de seguridad en estos delitos y en particular con las tenencias para consumo personal. **En los dos turnos policiales**

²⁵ La información del Poder Judicial de la Nación correspondiente a los años 2002 a 2011 se encuentra disponible en: <http://www.pjn.gov.ar/> (Interés General/Estadísticas); última consulta, julio de 2013. La anterior se extrajo de las publicaciones realizadas por la Oficina de Estadísticas ese Poder.

del año 2011 se relevó que alrededor del 73-74% de las causas por infracción a la ley 23.737 iniciadas por las fuerzas de seguridad eran por el delito de tenencia de estupefacientes para consumo personal, aunque en el primer turno del año siguiente ese porcentaje se redujo al 57% (Fiscalía Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 6, s/f)²⁶.

En la PBA, a partir de la reforma conocida como “desfederalización”, se produjo un incremento de la actividad de aplicación de la ley 23.737. Este incremento también se ve reflejado en la cantidad de causas (investigaciones penales preparatorias -IPP-) iniciadas por los fiscales de la PBA. Mientras en el año 2006 no alcanzaban a 14.000, desde el año 2009 superaban las 30.000, habiendo alcanzado su pico en 2011 con 40.482 (Comité contra la Tortura, 2010; Procuración General de la Provincia de Buenos Aires –PGPBA-, s/f)²⁷.

También en este caso los principales destinatarios, en principio, fueron los usuarios de estupefacientes. Así lo informaba desde su inicio la PGPBA, al señalar que de las 1724 causas judiciales iniciadas luego de la reforma, entre el 11 de diciembre de 2005 y el 29 de enero de 2006, el 84% correspondía a casos de tenencia para consumo o tenencia simple, en tanto que solo el 16% restante estaba vinculado a actividades de comercio (Diario Pagina 12, 2006). Información estadística posterior muestra que en el primer año de vigencia de la “desfederalización” (2006), las IPP iniciadas por delitos de tenencia representaban más del 60% de las causas por infracción a la ley 23.737 (50% por tenencia para consumo y 10% por tenencia simple), mientras el 40% restante correspondían a tenencia con fines de comercialización.

En los años siguientes, a partir del trabajo realizado por la PGPBA se habría cambiado esa tendencia. En 2008 los delitos de tenencia con fines de comercialización pasaron a representar el más de 56% de las IPP iniciadas por infracción a la ley 23.737 mientras

²⁶ En el turno policial de la primera quincena de abril de 2011 se iniciaron 566 causas, de las cuales 430 (75,9%) fueron por infracción a la ley 23.737 y dentro de estas 313 (72,7%) fueron por tenencia de estupefacientes para consumo personal. En el siguiente turno policial (primera quincena de octubre de 2011) se iniciaron 430 causas, de las cuales 311 (72,3%) fueron por infracción a la ley 23.737 y dentro de estas 232 (74,6%) fueron por tenencia de estupefacientes para consumo personal, 5 (1,6%) tenencia simple, 60 (19,2%) por delitos de tráfico (Art. 5° “c”) y 14 (4,5%) en otras categorías no especificadas. Al año siguiente, en el turno de la segunda quincena de febrero, de las 253 causas iniciadas, 174 (68,7%) fueron por infracción a la ley de estupefacientes; y dentro de estas 99 (56,8%) fueron por tenencia para consumo personal, 7 (4%) tenencia simple, 66 (37,9%) por delitos de tráfico (Art. 5° “c”) y 2 (1,1%) en otras categorías no especificadas. Algunos de los valores nominales consignados figuran en los relevamientos, otros fueron extraídos a través de sus porcentajes.

²⁷ Los datos correspondientes a los años 2006-2008 fueron extraídos del *Informe Anual 2010* del Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria (pp. 226,) y los de 2009 en adelante de la página web de la Procuración General de la Provincia de Buenos Aires.

que los delitos de tenencia bajaron a menos del 43%, aunque la relación entre ellos no varió demasiado (36% tenencias para consumo y 7% tenencia simple).

Incluso en la Provincia de Córdoba, donde también se implementó la “desfederalización” a fines del año 2012, parece producirse un fenómeno similar. En los primeros seis meses de aplicación de la reforma se fichó la cantidad de 1245 personas, sin embargo se informó que los detenidos por delitos de venta (minorista) fueron 69 (La voz del Interior, 2013a y 2013b). De esa información se puede estimar que en los 1176 casos restantes (94%), si no todos, gran parte de ellos, serían fichajes de tenencias para consumo personal²⁸.

Pese a la información señalada, la mayoría de los usuarios de estupefacientes no terminan en las cárceles. Es cierto que algunos casos por distintas circunstancias terminan en prisión, o incluso también pueden pasar por la cárcel aquellos que cultivan cannabis para su propio consumo (sobre los que nos detendremos más adelante), pero no puede decirse que sea la mayoría. Incluso de las fuentes correspondientes a la CABA, citadas en párrafos anteriores, se puede advertir que la mayoría de causas por infracción a la ley 23.737 se terminan cerrando por distintos criterios. El relevamiento realizado en 2012 por la Fiscalía Federal N° 6 señalaba que el 87% de las causas por tenencia para consumo personal terminaron en sobreseimiento, aunque un 13% continuaba por considerarse que la tenencia había trascendido a terceras personas.

Pero, sin perjuicio del resultado judicial que tengan los expedientes iniciados a los usuarios de estupefacientes, el entrar en contacto con las agencias del sistema penal ya sea durante el tiempo breve de detención en sede policial, o por el hecho de tener un proceso penal abierto, impacta sobre ellos de múltiples formas. En otro estudio hemos reflejado cómo los usuarios suelen ser objeto de abusos por partes de las fuerzas de seguridad o sufren distintas consecuencias durante el más o menos breve tiempo de su detención. Por otra parte, el hecho de tener un proceso penal abierto, más allá de cómo termine, implica un estigma que suele entorpecer o impedir el ejercicio de otros derechos, como el obtener un trabajo o documentación (Corda, 2012: 39-42).

En este sentido hemos sostenido que existe una tensión entre las prácticas de las agencias policiales y de las agencias de justicia. Mientras las primeras parecen tener un

²⁸ Una de las fuentes periodísticas describe los fichajes de la siguiente forma: “entre los detenidos figuran aquellos que fueron sorprendidos con pocas cantidades de estupefacientes en controles previos a los allanamientos. Una vez fichados, las nuevas fiscalías antidrogas deben decidir si los procesan por supuesta venta de estupefacientes al menudeo o si los dejan en libertad al considerar que se trata de tenencia para consumo personal” (La voz del Interior, 2013b).

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

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

Otro aspecto que merece mencionarse en este apartado, aunque más adelante se volverá sobre él, es el relativo a la aplicación de las medidas de seguridad (curativa y educativa) previstas en la Ley 23.737. Si bien sus defensores suelen señalar que ellas resultan una forma de no castigar a los usuarios, el hecho de desarrollarse dentro del aparataje de las

agencias del sistema penal, no solo distorsiona el desarrollo del dispositivo (educativo o sanitario), sino que mantiene latente las consecuencias de tener un proceso penal abierto, incluida la posibilidad de imponer una pena de prisión.

Las fuentes señaladas en párrafos anteriores, de mediados de los noventa en la CABA, muestran que sólo alrededor del 3-4% de las causas terminaban con alguna de estas medidas, ya sea como forma de desviar el proceso o la pena, o junto con esta última. Otro relevamiento realizado por la SEDRONAR, que no fue hecho público, sobre causas del año 2007 y 2009 en la misma jurisdicción indica que se habría reducido al 1,3% (La Nación, 2009). Si bien estos valores parecen pequeños representan un significativo número de personas derivadas de manera compulsiva (o semi-compulsiva) hacia estas “medidas de seguridad”. En el último caso corresponden a 115 causas dentro de las cuales se habría derivado a tratamiento a una cantidad de personas no menor a esa²⁹. Para mediados de los noventa se podrían estimar en 140 causas, con al menos igual número de personas derivadas³⁰.

Pese a la escasa información sobre la aplicación de estas “medidas de seguridad”, un antecedente -al parecer excepcional- muestra que ese dispositivo permite, frente al fracaso del tratamiento, la posibilidad de imponer una condena de cumplimiento efectivo. Ese fue el caso de una mujer que había sido condenada en la Provincia de Mendoza a la pena de 6 meses de prisión, la cual se dejó supeditada a la realización de una medida de seguridad curativa. El tiempo pasó y la mujer no realizó el tratamiento. Ante esta situación los jueces consideraron que debía sancionarse con el cumplimiento efectivo de esa pena, aún cuando en esa región del país no existían organismos públicos para realizarlo -hecho que menciona el voto en disidencia- (La Ley, 1998: 667); y pese a que podía recibir una condena de prisión condicional (no efectiva)³¹.

Otro ejemplo de la primacía de la respuesta penal respecto de otro tipo de respuestas estatales, propia de la matriz señalada, y que repercute sobre los usuarios de estupefacientes, se puede encontrar en la diferencia de presupuestos que se destina a reducción de la oferta y reducción de la demanda. En un trabajo anterior, a partir de una investigación sobre costos realizada por la SEDRONAR, mostramos que mientras los

²⁹ En la nota se menciona que se habría derivado a 321 personas, pero una entrevista mantenida por uno de los autores de este trabajo con la persona que dirigió la investigación puso en duda que esa cifra corresponda a las personas derivadas a alguna de las medidas o si eran de todos los imputados en las 115 causas; información que no pudimos terminar de corroborar.

³⁰ En 1996 según las estadísticas del PJN las causas por infracción a la ley 23.737 en la CABA fueron 4645.

³¹ El mismo tribunal días después reiteró este criterio en otro caso, aunque luego fue revocado por un tribunal superior.

primeros representaban 82% los segundos sólo 18%. Incluso, en esa misma oportunidad, cruzando esa información con los datos disponibles sobre aplicación de la ley pudimos afirmar que el dinero que se destina a perseguir las tenencias para consumo personal equivale al costo del resto de esas otras respuestas (prevención, tratamiento, rehabilitación y costos de salud). A partir de esto sostuvimos que **dejar de perseguir consumidores mediante el sistema penal permitiría duplicar los costos de las respuestas estatales no represivas que se podrían desarrollar en torno a ellos, sin contar otros costos (institucionales, sociales y humanos) más difíciles de calcular** (Corda, 2012: 30-37).

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

2.3. El modelo “abstencionista”. El caso del uso inyectable de estupefacientes y el VIH en los '90.

La matriz “prohibicionista-abstencionista” dominante condicionó también la tardía respuesta estatal para disminuir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre personas que usaban drogas inyectables, quienes tuvieron que crear maneras auto-gestionadas para reducir el impacto de la morbilidad y la mortalidad que sufrió esta población entre los '80 y los '90.

En América del Sur, tanto en Brasil como en Uruguay y en la Argentina, el uso inyectable de cocaína estuvo más difundido que en otros países de la región. Sin embargo, en todos estos países se sabía muy poco del uso inyectable antes de la aparición del VIH a principios de la década de los '80 (Ralón y otros, 2012; Magis Rodríguez y otros, 2002). En la Argentina, el uso de drogas inyectables fue estudiado entre las personas que estaban en centros de tratamiento por uso de estupefacientes, aunque también se produjo información de usuarios encontrados en su contexto de vida y de uso de drogas. Ha sido descripto como una práctica fundamentalmente masculina, con una prevalencia similar en los diferentes estudios de alrededor del 80% de varones y el 20% de mujeres (Kornblit y otros, 1997)³².

³² La mayoría de los estudios con población de usuarios de sustancias psicoactivas se han realizado en las ciudades de Buenos Aires, Rosario y sus conurbanos, por lo que falta información de muchas ciudades de la Argentina (Touzé y otros, 2008).

Entre 1998 y 1999, Intercambios Asociación Civil realizó un estudio³³ que permitió conocer que el uso de cocaína se había incrementado en la ciudad de Buenos Aires y en el conurbano en la década del '90. Aunque en los '80 el uso de la cocaína era más frecuente en los sectores medios y altos, después del '86 empezó a llegar a los lugares más pobres. En el '89, la cocaína bajó su precio, se incrementó el número de puntos de venta y la calidad de la sustancia variaba mucho según el lugar de venta (Touzé y otros, 1999: 40). Tomando en consideración los resultados, se diseñó el primer programa argentino de distribución de jeringas, preservativos e información preventiva para usuarios de drogas inyectables (UDIs) (Touzé y otros, 1999).

Los entrevistados mayoritariamente coincidieron en que a principios de la década del '90, los usuarios de drogas comunicaban su práctica inyectable en los ámbitos sanitarios sin ocultarla. Este fue uno de los principales cambios de esa década ya que, **la asociación prejuiciosa que se difundió con la expansión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) sumaba a la caracterización de los usuarios de estupefacientes como “delincuentes-enfermos”, la atribución de “transmitir la muerte”, estigma que alcanzó también a las redes sociales de las personas que usaban estupefacientes.** Esta manera de percibir a los usuarios de drogas inyectables se reforzó con la matriz “prohibicionista-abstencionista” prevalente en las políticas públicas argentinas de la década. El diseño de las campañas preventivas de la época continuaba fundándose en el temor a la muerte, retrasando así la posibilidad de plantear una intervención de salud pública que alcanzara a estas personas particularmente afectadas por esa superposición de estigmas y por la falta de acceso oportuno a la asistencia.

Además, durante la década del '90, comenzaron a gestarse las primeras campañas publicitarias del Ministerio de Salud dedicadas a prevenir la transmisión del VIH. Ante el intento de difundir el uso y la distribución de preservativos para evitar la transmisión del VIH la Iglesia Católica mostró su oposición rechazando la iniciativa con argumentos tales como que fomentaría el “desorden sexual entre los adolescentes” o que parecía “una invitación a las relaciones homosexuales” (Pagina 12, 1991). Es decir, **la matriz “prohibicionista-abstencionista” también se expresaba en torno a las políticas referidas a la sexualidad humana, aún en el contexto de una pandemia como la del**

³³ Financiado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) fue una aproximación exploratoria que aportó al conocimiento de la historia del uso inyectable en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires y a la caracterización de las prácticas sexuales y de uso inyectable de sesenta personas que vivían en ese ámbito geográfico.

VII- SIDA que estaba diezmando a población joven y en la que se contaba con una herramienta como el preservativo para evitar la transmisión del virus.

Alberto Lestelle, responsable de la SEDRONAR e impulsor de la vigente Ley 23.737, propagó la campaña “Sol sin drogas”³⁴. Este funcionario, durante la década del mayor impacto de la epidemia de SIDA en personas que usaban drogas, opinaba que: “Hay países donde se entregan a los adictos jeringas descartables *‘para prevenir el contagio’*. Se han alzado voces en la Argentina reclamando de las autoridades idéntica actitud. Y esas mismas voces han protestado frente a nuestra negativa. Nosotros nos oponemos porque estamos convencidos de que entregarles jeringas a los jóvenes enfermos equivale lisa y llanamente a decirles: *‘mátense ustedes si quieren. No nos importa, mientras no maten a los demás’*” (citado en Touzé, 2006: 72).

Julio César Aráoz ocupó la SEDRONAR entre 1996 y 1998. Los personajes de caricatura Fleco y Male fueron un emblema de la campaña de prevención (abstencionista) de la SEDRONAR de 1997 titulada “Drogas, ¿para que?” (Revista La Nación, 2000). En uno de los videos, Fleco plantea a un grupo de adolescentes de los que uno de ellos propone compartir un cigarrillo de cannabis: “¿para que te fumas un porro?... ¿(para estar) de onda?, ¿con quién?, ¿conmigo o con los narcos? Así que yo me fumo un porro, menos neuronas para mi y más guita para ellos. ¡Salí!, ¿gil yo?”. En otro video aparece hablando el mismo Aráoz que recibe en su despacho a las caricaturas de Fleco y Male que le comentan que un compañero está consumiendo estupefacientes (cannabis y cocaína), a lo que Aráoz contesta “ese chico está enfermo” para luego agregar “desde el momento en que se droga ya perdió la voluntad y la libertad. Tenemos que plantearnos hacer entre todos una sociedad libre de drogas”.

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

Los profesionales de la salud entrevistados en 1998 en el estudio de Intercambios citado, mencionaban tres supuestos diferentes acerca de la menor afluencia de personas que se inyectaban drogas a los servicios de atención: a) Consideraban que los UDIs hablaban menos de su práctica que antes, porque se sentían discriminados; b) Inferían que había menor difusión de la práctica inyectable, a raíz del gran número de UDIs con

³⁴ Nombre que tomaba del “Operativo Sol” (de tránsito) que desarrolla la policía bonaerense durante el período de vacaciones de verano en la costa de la Provincia de Buenos Aires.

resultado positivo para el VIH y de los que ya habían muerto de SIDA; c) Pensaban que la confianza en la eficacia de los nuevos tratamientos para el VIH, que comienzan a difundirse en 1996, hacía que los UDIs no sintieran urgencia en acercarse a los servicios asistenciales, ya que percibían que la medicación iba a ser igual de efectiva aunque llegaran tardíamente.

En ese mismo estudio, las entrevistas a usuarios de drogas por vía inyectable entre diez y veinte años antes de fines de los '90, permitieron reconstruir una aproximación a la historia del uso inyectable constatando que antes de usar jeringas descartables, se usaban jeringas de vidrio y su uso podía ser compartido entre diez personas o más; que en el '85, el VIH no se conocía entre los UDIs y que recién en el '87 se sabía algo más en algunos sectores con mayor acceso a la información, pero continuó habiendo muy poca difusión referida a las enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis y el VIH en los ámbitos socialmente más excluidos (Touzé y otros, 1999: 42-43).

El uso compartido de materiales de inyección asociado con la transmisión del VIH caracterizó la epidemia argentina durante la década de los '90. A pesar de esta situación, la SEDRONAR no generó estudios específicos sobre vías de consumo que permitieran informar tanto la política pública respecto de estas sustancias como la referida a la prevención de infecciones de transmisión sexual y sanguínea.

Recién a fines de los noventa, el Ministerio de Salud fue el organismo que estimó el número de personas que usaban drogas inyectables y también el número de ellos que vivían con VIH/ SIDA. Basándose en un estudio de la SEDRONAR de 1999, aplicado a una muestra probabilística de 2.699 personas entre 16 y 64 años de todo el país, se recogió información sobre el tipo de sustancias consumidas y las vías de consumo de lo cual surgió que la prevalencia general del consumo de cocaína era mayor entre los varones. Respecto de la forma de consumo, el 9,6% de los usuarios de cocaína de ambos sexos la utilizaban de forma inyectable. A partir de estos datos y considerando la población de 15 a 49 años por sexo, se obtuvieron las siguientes estimaciones: 49.993 hombres y 14.565 mujeres usuario/as de cocaína inyectable en todo el país.

Por otro lado, en 1998 se estimó el número de usuarios de drogas inyectables viviendo con VIH/SIDA a partir de la información recogida por el Programa Lusida del Ministerio de Salud, procedente de la Vigilancia Centinela y de estudios realizados en los años '90 en la Argentina (Procupet, 2001). Como resultado de este procedimiento se obtuvo un número mínimo (12.137) y un número máximo (34.538) de UDIs viviendo con VIH, tanto en hombres como en mujeres. Esta fue la única estimación nacional que

se realizó hasta la fecha en uno de los países de la región latinoamericana más afectados por la transmisión del VIH en personas que usan drogas.

El análisis comparativo de veintidós estudios de seroprevalencia del VIH en UDIs realizados en Argentina entre 1987 y 1999, aunque en diferentes poblaciones y con metodologías distintas, mostró que más del 95% de los UDIs que participaron de esos estudios se inyectaba cocaína y que había una tasa de infección de VIH en esa población que osciló entre un 27% y un 80%. En el estudio aludido se encontró una mayor prevalencia de VIH entre los que habían realizado los exámenes por demanda en consultorios externos de hospitales, lo que se interpretó como un posible sesgo de autoselección del sujeto por previa exposición al riesgo. Las tasas de prevalencia de infección con el VIH y los virus de las hepatitis infecciosas fueron elevadas entre los UDIs, existiendo una alta proporción de coinfectados (Sosa Estani y otros, 2003).

En el año 2000 se realizó el primer estudio de seroprevalencia con UDIs no institucionalizados del Gran Buenos Aires (citado en Rossi y Rangugni, 2004: 62). Se hicieron exámenes de VIH y otros virus en 174 UDIs, 35 parejas sexuales y 21 hijos. Se indagaron además datos acerca de prácticas sexuales y de uso de sustancias psicoactivas en dicha población. Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron los siguientes: a) La cocaína fue la sustancia psicoactiva más elegida para el uso inyectable (94%); b) El 83% había intentado dejar de usar sustancias psicoactivas alguna vez en su vida; c) El 44,3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54,6% tuvo resultado positivo a la Hepatitis C, el 42,5% tuvo resultado positivo a la Hepatitis B. De la población estudiada sólo el 37% no tenía ninguna infección, pero el 63% tenía uno o más virus; d) Un 37% del total dijo que nunca usó preservativo; e) Hubo una relación estadísticamente significativa entre uso compartido de jeringas y resultado positivo al VIH; f) En esta población, el hábito de compartir jeringas entre quienes se inyectaban se encontraba en retroceso, siendo menos frecuente entre los usuarios más nuevos; g) El 82% tenía amigos o familiares muertos por SIDA, lo cual incidía también en la percepción de gravedad de la enfermedad que tenían los entrevistados.

Analizamos los datos de sucesivos estudios realizados por Intercambios con usuarios de cocaína por diferentes vías entre 1998 y 2004 (Ralón y otros, 2012: 229). En general, se trataba de un promedio de personas que habían desarrollado sus prácticas inyectables entre los '80 y los '90. **Encontramos una clara relación entre haber tenido experiencias de encarcelamiento y tener resultado positivo al VIH.** Un 40% de los

que habían hecho uso inyectable de drogas alguna vez (n=417) habían tenido experiencias de encarcelamiento.

Los datos antes consignados muestran indicios de la intensidad de la expansión de la epidemia del SIDA entre las personas que usaban drogas inyectables y también que las prácticas de cuidado llegaron principalmente por la información que circulaba en las redes de usuarios mucho antes que se acercaran los equipos de salud pública. Sin embargo, es también a fines de la década del '90 y acompañando el impacto de la mortalidad por SIDA entre las personas que usaban drogas inyectables, cuando se expanden otros enfoques que cuestionan la matriz dominante. Ejemplo de ello es el enfoque de la reducción de daños cuyo planteo fundamental es que “los servicios deben atender a las personas que usan drogas ‘donde estén’, en vez de requerir que cumplan con una cantidad de requisitos complicados, cambios de comportamiento o abandono del consumo antes de obtener la ayuda” (Rossi y Goltzman, 2012: 9).

Las políticas públicas dirigidas a los usuarios desarrolladas con el enfoque de reducción de daños comenzaron a lograr cierto consenso gubernamental recién desde el año 2000. Ese año, el Programa Nacional de SIDA y la SEDRONAR generaron documentos conjuntos que reconocían la necesidad de su implementación. La SEDRONAR dictó la Resolución 351 que recomendaba al Ministerio de Salud la adopción de programas y/o medidas en la perspectiva de reducción de daños. Asimismo, desde el año 2003 se presentaron diversos proyectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación que integraban esta perspectiva (Touzé, 2006: 74). Sin embargo, no se han desarrollado planes y programas sistematizados y abarcadores de la población que usa estupefacientes y otras sustancias psicoactivas a nivel nacional, quedando las acciones principalmente a cargo de organizaciones no gubernamentales, universidades y algunas acciones de nivel local -municipal- principalmente con financiamiento internacional (Rossi y Goltzman, 2012: 20).

Del camino recorrido se advierte que la matriz señalada produjo que las respuestas estatales de prevención se desarrollaran con el enfoque “prohibicionista-abstencionista”. Así los mensajes preventivos se concentraban en que aquellos que nunca habían consumido no empezaran a hacerlo y los que ya lo habían hecho o lo seguían haciendo, abandonaran esa práctica. Todo ello, incluso, bajo la amenaza de ser alcanzados por la ley penal. Esa misma orientación hacia la abstención primó hasta tal punto que impidió que se pensara en la posibilidad de desarrollar respuestas estatales que contemplaran la idea de trabajar sobre las consecuencias negativas de los usos. O dicho en otros

términos, que se pensara en desarrollar respuestas para aquellos usuarios que no querían o no podían dejar de usar estupefacientes en el marco de una pandemia que afectó principalmente a los usuarios de drogas inyectables y sus redes sociales. Esa falta de respuestas tuvo consecuencias fatales para muchos UDIs, sus familiares y amigos en los noventa. Así, la propia matriz “prohibicionista-abstencionista” quedó atrapada por sus postulados y contradijo su declarado objetivo de proteger la “salud de la humanidad”.

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

La matriz “prohibicionista-abstencionista” también condicionó las respuestas en materia de asistencia de los usuarios de estupefacientes para que se desarrollen en sintonía con la aplicación de las medidas de seguridad de la ley penal. Y lo hizo en dos planos: el de las estructuras (programas, instituciones y servicios sanitarios) y en el de la relación que se estableció entre los usuarios y los equipos de salud³⁵. Al respecto, la creación de la SEDRONAR representó la cristalización, en un organismo estatal, de la política nacional de atención por uso de estupefacientes³⁶.

En 1989 el presupuesto y personal de la CONCONAD se transfirió hacia la SEDRONAR, un organismo dependiente de la Presidencia de la Nación. Esta modificación significaba un cambio en la concepción de las políticas de asistencia: desde un enfoque sanitario y social hacia la consideración de que la asistencia sanitaria estaba inseparablemente ligada a la persecución del narcotráfico, concepción que era congruente con los lineamientos de la ley de estupefacientes 23.737.

Dos años después se definió su estructura organizativa, que se conformó por dos Subsecretarías³⁷. En los objetivos de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia se puede ver el vínculo entre el campo de la salud y la lucha contra el narcotráfico ya que

³⁵ El sector salud en Argentina está conformado por tres subsectores que mantienen múltiples relaciones entre sí: el privado (empresas de medicina prepaga) destinado a quienes tienen la capacidad de pago de las prestaciones; el de obras sociales (organizaciones de salud de y para los trabajadores según la rama de actividad); y el público, destinado a la atención de quienes no se incluyan en las categorías anteriores. El subsector público, asimismo, se organiza en distintos ámbitos: nacional, provincial y municipal. Como el sistema es federal, las políticas provinciales (y aún las municipales) tienen autonomía con respecto al nivel ejecutivo nacional. Dada la complejidad del sistema de salud pueden identificarse diferentes circuitos asistenciales, de acuerdo a la categoría ocupacional de los usuarios, su capacidad de pago y el lugar de residencia. Asimismo, existen muchas instituciones que ofrecen atención por uso de sustancias tanto en forma ambulatoria como residencial (por ejemplo, programas de Doce Pasos como Narcóticos Anónimos o casas o “granjas” ligadas a comunidades religiosas) que en general, tienen poca relación con el sistema sanitario.

³⁶ Dada las diferencias entre los sistemas de atención en las distintas provincias, el análisis se centra en las políticas implementadas por la SEDRONAR, teniendo en cuenta, además, su rol en la coordinación de las políticas de drogas provinciales.

³⁷ Las Subsecretarías de Planeamiento, Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia.

se establecía un área de especificidad en el asesoramiento de las autoridades nacionales, provinciales y municipales sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad previstas en la ley 23.737³⁸. Este objetivo orientó la actuación de la Secretaría en el campo de la atención por uso de esas sustancias.

En 1992, la SEDRONAR diseñó e implementó un programa de asistencia por uso de sustancias de alcance nacional: el Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales. El programa consistía en el subsidio a personas de bajos recursos económicos y sin cobertura de obra social para que efectuaran tratamiento en organizaciones no gubernamentales (ONGs). De esta forma ampliaba la oferta de servicios de internación, no sólo en términos cuantitativos sino también en relación al tipo de dispositivo que se implementaba, dado que muchas de las ONGs contratadas por la SEDRONAR trabajaban con el dispositivo de comunidad terapéutica. Pero por otra parte, el Programa de Subsidio representaba una estructura diseñada *por fuera* del sistema de salud, que introducía nuevos actores y lógicas de atención a un ya altamente fragmentado sistema sanitario.

En 1995, la Ley 24.455, estableció que las obras sociales debían incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura de los tratamientos por VIH-SIDA y “de la cobertura para tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”, así como de la “cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción” (Art. 1º)³⁹. Aunque esta disposición garantizó derechos para los que hasta entonces sólo podían encontrar asistencia en el sistema público de salud, no incluyó políticas de reducción de daños, y fomentó el alcance de la matriz “prohibicionista-abstencionista” cuando en el artículo 2º hace especial referencia a la aplicación de la medida de seguridad curativa de la ley 23.737⁴⁰. De este modo, se consolidaba la competencia de un actor externo al sistema de salud -la justicia penal- en la admisión, tratamiento y alta de los usuarios⁴¹.

³⁸ El Anexo II del Decreto 649/91 establecía como objetivos: “3) Asesorar a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal respecto de las acciones que corresponda emprender para efectuar un adecuado cumplimiento de la normativa vigente en lo referente a las medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas”.

³⁹ En 1997 la Ley 24.754 estableció la obligatoriedad de que las empresas de medicina prepaga cubrieran, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales.

⁴⁰ “Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento”.

⁴¹ La reglamentación de la ley 24.455 contempló la necesidad de la articulación del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de la SEDRONAR en el diseño de políticas sanitarias destinadas a la

La fiscalización de las obras sociales y prepagas en el cumplimiento de los programas asistenciales quedó a cargo del Ministerio de Salud; pero la SEDRONAR también se incluyó en la normatización de la atención por uso de sustancias psicoactivas. En 1995, en conjunto con el Ministerio de Salud y Acción Social, elaboraron las “Normas mínimas de habilitación de establecimientos preventivos asistenciales en drogadependencia”⁴². De los considerandos de la Resolución, surge que la normas se basaron en un documento elaborado “a iniciativa de la SEDRONAR” conjuntamente con autoridades sanitarias, con la intención de asegurar el cumplimiento de la medida de seguridad curativa: “en base a ese documento resulta necesario dictar normas mínimas de habilitación que hagan posible el adecuado funcionamiento de los establecimientos donde funcionen dichos servicios que pasarán a integrar la lista actualizable mensualmente prevista en el Art. 19 de la ley 23.737”⁴³.

En el Decreto 623 de 1996, en el cual se encomendó a la SEDRONAR “la elaboración del Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas” (Art. 2) se puede advertir cómo **el control de la oferta y demanda de estupefacientes formaban parte de una misma estrategia de acción fundada en la ley penal**. Allí la SEDRONAR debía coordinar un Consejo Federal que debía proponer “el tratamiento de medidas que posibiliten la coordinación inmediata de políticas nacionales y provinciales en prevención de la drogadicción, lucha contra el narcotráfico y cooperación internacional” (Art. 6). Además, se encomendaba a la SEDRONAR “conjuntamente con los Ministerios y Secretarías con competencia en el tema y con los gobiernos de provincia, los planes y programas que posibiliten aplicar las medidas de seguridad curativa y educativa y el tratamiento establecido en la ley 23.737” (Art. 13).

atención de los usuarios: “el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de las áreas que disponga, elaborará programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el Art. 1 de las ley 24.455 tomando en cuenta para el programa de drogadicción a la Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación” (Decreto reglamentario 580/95, Art. 3).

⁴² Resolución Conjunta 160/95 MSyAS y SEDRONAR 3/95

⁴³ Las normas reforzaban la atención de los usuarios de drogas en el campo de la salud mental, ya que se establecía que los establecimientos preventivo-asistenciales debían contar con un médico psiquiatra en carácter de Director Técnico (debía definir la “estrategia asistencial”) y un médico o psicólogo como Director del Programa psicológico asistencial (a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial) (Art. 2). Estas normas parecían estar especialmente dirigidas a la regulación de las comunidades terapéuticas que formaban parte del Programa de Subsidios de la SEDRONAR, ya que muchas de ellas estaban conformadas por operadores socioterapéuticos, con poca inclusión de profesionales “tradicionales” (psiquiatras, médicos o psicólogos) (Gregori, 2005).

A mediados de 1997 a través de una norma conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la SEDRONAR⁴⁴, se creó un subcomité de trabajo para actualizar las normas mínimas de habilitación de los establecimientos preventivo-asistenciales en drogadependencia “a fin de proyectar su actualización y adecuación a la demanda potencial de la población beneficiaria de las obras sociales a los fines previstos en el Art. 1 y 2 de la Ley 24.455. A ese efecto realizará la evaluación y seguimiento permanente de la aplicación de la Leyes 23.737 y 24.455” (Art. 2). El Subcomité “debía contemplar en sus propuestas las disposiciones del decreto 1339/96 que dispone que la SEDRONAR adoptará los principios y postulados programáticos de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio”⁴⁵.

La SEDRONAR y el Ministerio de Salud y Acción Social elaboraron las “Normas de Categorización para aquellos Establecimientos que brindan Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia” (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SEDRONAR) y el “Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción” (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. y SEDRONAR)⁴⁶. Si bien en las Resoluciones se tomaron muchas de las normas de atención del Programa sobre Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (1994) no fueron consideradas otras relativas a la accesibilidad a los servicios (cada institución podía definir si admitía a personas que presentaran co-morbilidad psiquiátrica y/o VIH-SIDA⁴⁷ y de quienes fueran derivados por orden judicial⁴⁸) o normas de calidad

⁴⁴ Resolución Conjunta 359-151/97.

⁴⁵ Un año antes, la “Estrategia Antidrogas en el Hemisferio”, elaborada por la CICAD/OEA en su 20° Período Ordinario de Sesiones (celebrado en Buenos Aires, con la organización de la SEDRONAR) reafirmó el enfoque que consideraba al uso de estupefacientes como una amenaza a la salud pública y al usuario de esas sustancias como base social del narcotráfico. En el punto 3 del documento se advirtió que las drogas ilícitas y las sustancias controladas “así como los delitos conexos (...) constituyen una seria amenaza para la salud e integridad de la persona humana y para el normal desarrollo de los pueblos, al tiempo que imponen enormes costos sociales, económicos y políticos a los Estados”. Se explicó, en el punto 12, que “la demanda sigue siendo una poderosa fuerza que impulsa la producción y el tráfico de drogas” (CICAD, 1996).

⁴⁶ Las Resoluciones se basaban en la necesidad de: “definir las normas relacionadas con los componentes esenciales de la atención en orden a lo establecido en el Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), así como las propuestas y pautas de la CICAD en los documentos *Algunos Puntos de Referencia para la puesta en Marcha de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio* y *Estrategia Antidrogas en el Hemisferio*” (Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y de la SEDRONAR 361/97-153/97).

⁴⁷ En los establecimientos con capacidad de internación se debían elaborar programas para la atención del VIH y respetar las normas de bioseguridad. Aunque la reducción de daños estaba contenida en las normas del Programa de la OMS, no se mencionó entre las prácticas terapéuticas aconsejables.

⁴⁸ En el Anexo II de la Resolución 361-153 se incluyó un formulario para el registro de las instituciones prestadoras, en la que la atención por VIH-sida y por derivación judicial aparecía como opcional.

relativas a los derechos de los usuarios⁴⁹. La omisión de normas relativas a este último tema, significó que no se reconoció como esencial o aconsejable, que los usuarios participaran en la gestión de los tratamientos o que tuvieran la posibilidad de denunciar tratos inadecuados. Puede deducirse que el grado de satisfacción de los usuarios con el tratamiento no parecía constituir un elemento fundamental de las auditorías.

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

Uno de los más conocidos llegó a los medios por la imputación de robo agravado que se les hizo a nueve jóvenes cuando se escaparon de una comunidad terapéutica ubicada en las afueras de Buenos Aires, en 2005. Cinco de ellos eran menores y fueron trasladados a institutos; los restantes –mayores- estuvieron dos meses detenidos con presos comunes. En distintos relatos detallaron los variados maltratos físicos y psicológicos que sufrieron durante su estadía en la comunidad terapéutica. Entre los primeros se pueden contar golpes, extenuantes ejercicios físicos –como correr y flexiones con los brazos y las piernas durante largo tiempo-, arrastrarse por una zanja con excremento o recibir baldazos de agua helada; entre los maltratos psicológicos mencionaron insultos y humillaciones, el anuncio constante de que de ahí no se salía pese a que la permanencia era voluntaria, la reprobación del resto del grupo ante una falta con insultos y escupitajos, la amenaza de represalias si contaban algo de lo que pasaba a las personas

⁴⁹ El Programa sobre Abuso de Sustancias de la OMS propuso como indicadores del respeto por los derechos de los usuarios en los servicios de atención por uso de drogas: la confidencialidad, la información sobre el contenido y riesgos del tratamiento, la posibilidad de mantener contacto con la familia, de decidir sobre la toma de exámenes de detección del VIH, la existencia de procedimientos de denuncia, y la definición del tipo de situaciones en las que se ejercía la coerción física para detener a pacientes con capacidad legal para decidir.

que los visitaban (Revista THC, 2008). Los cuatro mayores tuvieron que esperar hasta junio de 2011 para que se los considerara inocentes del robo. Respecto de las autoridades del establecimiento, existía una causa por lesiones, pero hasta donde se pudo conocer sin condenas (Página 12, 2011; Clarín, 2011).

La asociación entre uso de estupefacientes y delito parece haber formado parte de la construcción de representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de estupefacientes entre los especialistas que trabajaban en dispositivos de atención del problema. En un estudio desarrollado por Intercambios entre 2005 y 2008⁵⁰, muchos profesionales explicaron que la dependencia llevaba a los usuarios a obtener las sustancias de cualquier modo, aún prostituyéndose o delinquiendo y hacían referencia a la “carrera adictiva”⁵¹, como un padecimiento creciente que podía culminar con la muerte. Estas representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de estupefacientes contribuyeron a legitimar un sistema de atención centrado en la internación de los usuarios, que podía efectuarse en forma compulsiva. Asimismo, la representación social de los usuarios como personas incapaces limitó las posibilidades del desarrollo de programas asistenciales y preventivos que incluyeran a los usuarios como sujetos de derechos (Galante y otros, 2006; Pawlowicz y otros, 2006).

En algunos servicios de asistencia (especialmente aquellos que trabajaban con terapias psiconalíticas y en comunidades terapéuticas de “puertas abiertas”⁵²), la aplicación de la medida de seguridad curativa introdujo tensiones y contradicciones en su modelo de atención. Muchos especialistas señalaron que la imposición del tratamiento era contradictoria con el principio de iniciar el proceso terapéutico a partir de la demanda del paciente (Galante y otros, 2006). Mientras algunos de estos servicios lo resolvieron rechazando el ingreso de los usuarios que estuvieran cumpliendo medidas de seguridad

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

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

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

curativa, otros modificaron el proceso de admisión, introduciendo un período de construcción de la demanda y de aceptación del tratamiento (Gregori, 2005; Chiosso, 2010)⁵³.

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

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

Ante estas dificultades, familiares de usuarios de “paco”, (especialmente madres conocidas como “Madres del Paco”) se organizaron para solicitar al Estado mayor eficacia en el control de la oferta de estupefacientes en los barrios y adecuada asistencia por uso de esas sustancias (Epele, 2010a, 2010b). En congruencia con el modelo de atención dominante, muchos grupos centraron sus demandas en la expansión de los dispositivos de encierro, viendo a la justicia tanto penal como civil, como facilitador del acceso a atención socio-sanitaria (Galante, 2010). Otros grupos señalaron que la criminalización de los usuarios constituía una barrera en el acceso a la salud y demandaban que se diseñaran políticas integrales de desarrollo dirigidas hacia los niños, niñas y adolescentes (Pawlowicz y otros, 2013).

El problema de la atención del consumo de PBC entre niños, niñas y adolescentes (si bien está menos extendido que el uso de otras sustancias⁵⁴) visibilizó las limitaciones

⁵³ En este sentido, muchos profesionales explicaban que las personas con padecimientos mentales que consumían estupefacientes tenían mayores dificultades para acceder a los servicios de salud y terminaban siendo atendidas, por lo general en hospitales psiquiátricos (Pawlowicz y otros, 2011, Galante y otros, 2011).

de un sistema de atención en el que los dispositivos preventivos y asistenciales de base territorial, tenían escaso desarrollo.

3. Cambios, propuestas y resistencia de la matriz.

La matriz señalada no sólo ha delineado las respuestas estatales vinculadas a los estupefacientes, también ha operado ante distintas reformas o intentos que se han producido en los últimos años. A veces dificultándola, otras impidiéndolas, o incluso proponiendo alternativas que se presentan como novedosas pero que resultan más de lo mismo bajo otra vestimenta.

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

La Ley de Salud Mental (N° 26.657) amplió el reconocimiento de derechos de las personas usuarias de drogas en la atención sanitaria, e implicó un cambio de paradigma al pasar de un modelo eminentemente asistencial y curativo a otro, de tipo comunitario y preventivo (del hospitalocéntrico al comunitario) (Rosendo, 2013: 38). La atención de las adicciones fue incluida como parte de las políticas de salud mental⁵⁵ y se enumeraron distintos derechos para las personas con padecimiento mental⁵⁶. En cuanto a las diferentes modalidades de atención, se indica que la internación sólo pueda llevarse a cabo *“cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”* (artículo 14).

La implementación de la ley requiere desarrollar los sistemas de atención comunitaria y dispositivos de atención en crisis en hospitales generales, permitiendo alcanzar la meta del cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes en 2020⁵⁷. Alcanzar estos objetivos requiere desarrollar un importante nivel de consenso en torno a la

⁵⁴ Según los datos del Quinto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años, realizado por el Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, con la dirección del Observatorio Argentino de Drogas, en 2010, la prevalencia de año del consumo de cannabis entre los jóvenes de 16 a 14 años era del 8%, mientras que la de cocaína era del 1,6 % (CINEA-UNTREF, citado en SE.DRO.NAR, 2011)

⁵⁵ Art. 4°: Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

⁵⁶ Acceso gratuito, igualitario y equitativo a la atención integral de salud mental; conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia y su historia; al tratamiento más conveniente y menos restrictivo de derechos y libertades; ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares o por quien la persona designe; supervisión periódica de las internaciones por el órgano de revisión; no discriminación por diagnóstico, padecimiento mental, o antecedentes; recibir información adecuada y comprensible acerca de los derechos que puede ejercer y al consentimiento informado; a tomar decisiones relacionadas con el tratamiento en el marco de sus posibilidades; respeto de su vida privada; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

⁵⁷ Artículo 27 del Decreto Reglamentario 603/2013.

transformación del sistema, ya que se trata de un proceso político e ideológico, donde distintos actores luchan por consolidar sus posiciones, a la vez que se produce la “disputa y confrontación entre disciplinas, en base a intereses profesionales y corporativos” (Rosendo, 2013: 41). Es importante considerar que la sustitución del paradigma asilar por el de salud mental comunitaria cuestiona la conformación del sistema de salud en general, ya que no sólo plantea superar la fragmentación del sector, sino también el modelo hospitalocéntrico que organiza la conformación de los servicios sanitarios en la mayoría de las jurisdicciones del país.

Ya en un estudio realizado por el equipo de Intercambios en las Ciudades de Buenos Aires y Rosario, los casos de intoxicación atendidos en Guardias de Hospitales Generales frecuentemente ejemplifican los problemas de continuidad en la atención y muestran problemas de articulación entre servicios, donde es poco habitual que al dar el alta se ofrezca la oportunidad de continuar la intervención de alguna forma (una consulta, un tratamiento, etc.) a los usuarios de drogas interesadas (Rossi y otros, 2007). Los profesionales entrevistados reconocían problemas de los circuitos de derivación relacionados con los altos niveles de fragmentación entre servicios y entre sectores. “Se muestra al mismo tiempo la tensión entre las políticas centradas en la especialización profesional y la internación, y las que promueven intervenciones interdisciplinarias y territoriales” (Pawlowicz y otros, 2009).

La Ley de Salud Mental fue reglamentada por el Decreto 603 publicado en el Boletín Oficial del 29 de mayo de 2013. El artículo 11 del dicho decreto promueve la organización de redes de servicios con base en la comunidad. *“Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social”*. Cabe señalar que en el artículo 4 segundo párrafo, el Decreto incluye a la reducción de daños entre los objetivos que definen a los servicios de salud mental⁵⁸.

⁵⁸ Entiéndase por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención

En este proceso, se ha planteado la necesidad de adecuar las prácticas del CENARESO a los postulados de la ley (Página 12, 2013b), resultando un punto clave reflexionar sobre el rol de la SEDRONAR, teniendo en cuenta la superposición de su incumbencia con el Ministerio de Salud⁵⁹ y que sus planes asistenciales se centran en ofrecer servicios de atención residencial.

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

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

A mediados del año 2012 existían ocho proyectos que proponían modificaciones a la ley de estupefacientes en el mismo sentido; en general, haciendo retroceder a la ley penal respecto de los usuarios⁶⁰, y algunos -incluso- morigerando esa respuesta para los actores menores del tráfico. También eliminaban las “medidas de seguridad” para acomodar la legislación penal a la Ley de Salud Mental. La diversidad de fuerzas políticas que los empujaban sumada a la convicción de una parte importante del partido gobernante, que tenía los votos para aprobarla, hacía pensar que la reforma saldría rápido (Clarín, 2012b). Los proyectos comenzaron a discutirse en la cámara de diputados donde se escucharon distintas voces en apoyo y en contra (Clarín, 2012c y 2012d, Página 12, 2012a y 2012b).

Entre las que se oponían aparecía la de un ex-Secretario de la SEDRONAR que sostenía que la ley permite al adicto recibir atención médica⁶¹. Pero la voz que más fuerte

temprana, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

⁵⁹ Puntualmente con la Dirección Nacional de Salud Mental.

⁶⁰ La mayoría de los proyectos proponían dejar de perseguir con la ley penal la tenencia de estupefacientes para consumo personal; pero con distintas redacciones. El más ambicioso no sólo eliminaba la tenencia para consumo personal sino incluso la tenencia simple, por entender que esta última permitiría seguir persiguiendo a los usuarios. Muchos proyectos simplemente señalaban que la tenencia para consumo personal no sería punible, pero mantenían la figura penal. Entre estos últimos algunos le agregaban requisitos para que la tenencia para consumo no sea punible (“un consumo”, “escasa cantidad y demás circunstancias”, que “no se ponga en peligro la salud de terceros”) que deberá demostrar la persona usuaria. Un tratamiento similar tenía el cultivo de estupefacientes.

⁶¹ En un artículo de opinión pocos días después sostenía “los que criticamos la despenalización lo hacemos porque la Ley 23.737 no puede considerarse absolutamente penalizadora ya que ofrece instancias de acción preventiva y/o asistencial que eliminan condena y expediente” (Diario de Cuyo, 2012).

impactó fue la de la Iglesia Católica, la cual expresó su oposición de distintas formas⁶². El argumento principal de este sector es que no estarían dadas las condiciones para reformar la ley penal ya que previamente se requiere tener respuestas de prevención y asistencia, que no están debidamente desarrolladas, sobre todo respecto de aquellos jóvenes de las “villas” con consumos problemáticos⁶³. Sin embargo, lo más llamativo es que pese a esa postura, ambos discursos sostienen que las personas con problemas de adicciones no deben ser criminalizadas. Y es en este punto donde se vuelve a advertir uno de los aspectos de la matriz “prohibicionista-abstencionista”, ya que no deja de pensarse las respuestas no represivas, o al menos la asistencia, respecto de los usuarios -sobre todo de aquellos con usos más problemáticos- desligadas de la respuesta penal. Es cierto que despenalizar no resolverá la falta de respuestas concretas que se necesita desarrollar. Pero la persistencia de la respuesta penal tampoco logra ese cometido. Por el contrario, contamina con la amenaza de pena o el estigma respecto del usuario las respuestas existentes. Incluso impiden que ellas se desarrollen, ya que alimentan la convicción que con la existencia de la ley penal ya se da una respuesta al problema. Mientras esta reforma se resiste se van gestando iniciativas que se presentan como novedosas pero que reproducen la utilización de la ley penal como principal respuesta, mostrando la persistencia de la matriz “prohibicionista-abstencionista”. Estas iniciativas son la ya mencionada “desfederalización” y las “cortes de drogas”. Si bien solo dos provincias concretaron la “desfederalización”, en los últimos años varias vuelven a insistir con esta posibilidad. Si bien no lo terminaron de concretar aún, están avanzando o pensando en esta posibilidad la CABA⁶⁴ y las Provincias de La Rioja⁶⁵, Salta (El Intransigente, 2013) y Santa Fe⁶⁶. Esta posibilidad, como se señaló en

⁶² Primero apareció una opinión de uno de los curas que trabajan en los barrios pobres de la CABA y el GBA (“curas villeros”) (Tiempo Argentino, 2012); pocos días después la Pastoral de Drogadependencia de la Conferencia Episcopal Argentina emitió un documento titulado “Despenalización ¿Sí o No?” (Conferencia Episcopal Argentina, 2012); y días más tarde se oyó al Arzobispo de Buenos Aires -y actual Papa- oponerse en el marco de una celebración religiosa (Clarín, 2012e).

⁶³ En este sentido se sostenía que “la discusión sobre la despenalización corresponde a los últimos capítulos del libro y no a los primeros”.

⁶⁴ Mediante la Ley N° 26.702 del 7 de septiembre de 2011 se transfirieron a la Ciudad de Buenos Aires, una serie de delitos entre los cuales están aquellos correspondientes a la reforma conocida como “defederalización”. Esa transferencia requiere una ley de la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires que aun no se sancionó.

⁶⁵ Uno de los autores de esta investigación, como integrante de Intercambios Asociación Civil, fue invitado a participar en una serie de encuentros y actividades organizadas por la provincia los días 8 y 9 de abril de 2013, donde hizo contactos con distintas autoridades algunas de las cuales pretendían implementar la “desfederalización”.

⁶⁶ El 30 de julio de 2013 se realizó una jornada titulada “Intercambio de ideas respecto a la desfederalización de algunos delitos de drogas. Ley nacional N° 26.052”, organizada por el Ministerio de Seguridad de la Provincia (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2013). En los primeros días de

el capítulo anterior, genera más actividad de aplicación de la ley sobre los usuarios, más allá de los intentos de morigerarla que hacen los fiscales.

Por otra parte, aparece la posibilidad de implantar lo que se conoce como “cortes de drogas” (CDs) o “tribunales de tratamiento de drogas” (TTDs). En la Provincia de Salta, al mismo tiempo que se está pensando en concretar la “desfederalización”, se implementaron los TTDs⁶⁷.

Estas iniciativas de CDs o TTDs, apoyadas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA), resultan -al menos- polémicas. Si bien se argumenta que este dispositivo está pensado para aquellos casos de consumos problemáticos y/o de personas que se encuentran en prisión, no termina de quedar claro si terminará operando sobre cualquier tipo de consumo. En el último caso, las CDs o TTDs resultarían en nuestro país, algo parecido a lo que resultan las actuales “medidas de seguridad” previstas en Ley 23.737. Tanto en uno como en otro caso se propone una alternativa sanitaria (o preventiva) pero siempre bajo la amenaza de aplicar una pena. Así se vuelve a reproducir uno de los aspectos de la matriz señalada en tanto se entiende a la asistencia como parte o integrada a la respuesta penal.

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

Conclusión.

A lo largo de este texto se ha querido demostrar que las políticas en torno a los “estupefacientes” en Argentina han resultado el producto de una matriz

septiembre de 2013 el senado provincial aprobó la ley para adherirse a la “desfederalización”, aunque para su concreción aun se requiere la aprobación de la cámara de diputados de la provincia.

⁶⁷ Si bien de las noticias disponibles no terminaba de quedar claro, en qué tipo de TTDs se pensaba, (Diario Judicial, 2013b; Gobierno de la Provincia de Salta, 2013) luego se pudo saber que se trata de una “Programa Piloto” previsto para personas que tengan un proceso penal abierto, aunque no por delitos de la Ley 23.737, y “que padezcan una adicción a las drogas”. Además, está previsto para casos en los que procede el instituto conocido como “suspensión del juicio a prueba” (Acordada N° 11480 de la Corte Suprema de Justicia de Salta).

“prohibicionista-abstencionista”, que colocó a los usuarios de esas sustancias en la paradójal condición de “delincuentes-enfermos”. Se sostuvo que la matriz se conformó a lo largo del siglo XX a partir de la superposición de distintos discursos hegemónicos (higienismo, defensa social, seguridad nacional, seguridad ciudadana) que habrían terminado de consolidar las respuestas estatales hacia los usuarios de drogas a principios de la década del '90.

Así, se puede apreciar que la principal respuesta estatal desplegada fue la penal, la cual tuvo como resultado la criminalización de esta población con múltiples consecuencias tanto vinculadas a los procesos penales abiertos, como a las dificultades que ello generó en términos de inclusión social. A la vez, dicha matriz también orientó otro tipo de respuestas estatales que impactaron en los usuarios. Así, la prevención sólo fue diseñada en términos de “abstención” omitiendo pensar en las consecuencias problemáticas que pudieran tener ciertos consumos, lo cual tuvo fatales secuelas entre los UDIs en la década del '90. Por otra parte, la asistencia quedó vinculada a la respuesta penal, reforzando la lógica custodial en la atención de los usuarios.

A partir de las consecuencias que han producido las respuestas estatales resultado de la matriz señalada entendemos que merece repensarse el problema. Para ello resulta necesario elaborar políticas públicas basadas en principios distintos a los que sostuvieron aquella matriz. En este sentido creemos que los usuarios de estupefacientes deben dejar de ser considerados “delincuentes-enfermos” para convertirse definitivamente en sujetos de derechos. En la última década, grupos de usuarios, movimientos políticos, organizaciones no gubernamentales y aún sectores que integran los tres poderes del estado (especialmente ligados al campo de la salud, la educación y la justicia) entre otros, han logrado instalar la discusión sobre los derechos de los usuarios. El debate se centró en la despenalización del autocultivo y de la tenencia de drogas para consumo personal, pero aún parece no haberse logrado el consenso social necesario para su concreción. Por el contrario, iniciativas como las “cortes de drogas”, parecen afirmar la matriz “prohibicionista-abstencionista”.

Resulta necesario reafirmar la importancia de reconocer que el uso de drogas puede tener distintos grados de problematicidad. Esos distintos grados, sumados a otras particularidades que puedan presentar los consumos (sustancias, contextos, etc) merecen el desarrollo de variados tipos de respuestas en términos de prevención, asistencia e integración en función de ellas. Pero sean cuales fueren esas respuestas, en ningún caso deben estar vinculadas a la posibilidad de una sanción penal.

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

En cuanto a la atención sanitaria de los usuarios, la implementación de la Ley de Salud Mental parece tener un rol decisivo en la transformación de las respuestas custodiales hacia un sistema de atención de base comunitaria, basado en el respeto de los derechos de los usuarios. Aunque hay hechos auspiciosos⁶⁸, la implementación de la ley aún resulta una meta a cumplir. El proceso de transformación requiere del desarrollo de dispositivos específicos para los usuarios (centros de desintoxicación, programas de reducción de daños) en articulación con otros dispositivos alternativos de instituciones públicas y privadas (atención en crisis, casas de medio camino, hospitales de día) y revisar el rol de aquellos que tienen cierto grado de clausura, como las comunidades terapéuticas y los hospitales psiquiátricos. Asimismo, esta construcción requiere el pasaje de un modelo basado en la incapacidad y peligrosidad de los usuarios de drogas a otro basado en la ampliación de oportunidades y de apoyos para que ellos –hayan o no tomado la decisión de dejar las drogas- tengan mayores posibilidades de cuidar de su salud. Para ello, es clave garantizar la atención de grupos especialmente vulnerables e incluir a los usuarios en el diseño y en la implementación de las acciones preventivas y asistenciales.

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

Bibliografía

Organismos, documentos e informes

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (1996). *Estrategia antidrogas en el Hemisferio*. OEA.
- Comité Contra la Tortura (2010). *Informe Anual*. Comisión Provincial por la Memoria.
- Conferencia Episcopal Argentina (2012). *Despenalización ¿Sí o No?*.

⁶⁸ En 2013 se reglamentó la ley, se creó el Plan Nacional de Salud Mental, y se avanzó en la creación del Órgano de Revisión previsto.

- Honorable Cámara de Diputados de la Nación (1925). *Diario de Sesiones*, 3 de junio de 1925 (Ley 11.309).
- DNPCa. (s/f). *Hacia un plan nacional de política criminal I.*
- DNPCb. (s/f) *Hacia un plan nacional de política criminal II.*
- Fiscalía Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 6 (s/f). *Estadísticas de causas por infracción a la ley 23.737 de los años 2011 y 2012.* Inédito.
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe (2013). *Jornada de debate sobre desfederalización de algunos delitos de drogas*, 31 de julio.
- Gobierno de la Provincia de Salta (2013). *Avanza el proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas*, 6 de mayo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Programa sobre Abuso de Sustancias. Evaluación de la Asistencia dispensada en el Tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas*, (WHO_PSA_93.5). Washington.
- Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires (PGPBA) (s/f). *Estadísticas.*
- SEDRONAR-OAD (s.f.). *Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina - 1999.*
- SEDRONAR-OAD (2004). *Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas.* Buenos Aires.
- SEDRONAR-OAD (2008). *Mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina, 2004, 2005 y 2006.* Buenos Aires.
- SEDRONAR-OAD (2010). *Estudio de costos del abuso de sustancias psicoactivas en la Argentina. Indicadores para el año 2008.* Buenos Aires.
- SEDRONAR-OAD (2011). *Tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010. Población de 15 a 65 años.* Buenos Aires.

Libros y artículos.

- Bard, L. (1923). *Los Peligros de la Toxicomanía. Proyecto de ley para la represión del abuso de los alcaloides.* Buenos Aires: Talleres Gráficos Argentinos.
- Bruzzone, G. (1994). "Ley de drogas, política criminal y fuero federal penal de la ciudad de Buenos Aires". En Revista *La Ley*, tomo D.
- Castilla, V., Lorenzo, G. y M. Epele (2010). "Prácticas de Cuidado y Rescate de Usuarios de Pasta base/Paco y su Relación con la Religión Evangélica". En *Ciencias*

Sociales y Religión. V Reunión Científica Clacso: Religión, Sexualidades y Poder.
Buenos Aires: CLACSO.

- Cattani, Horacio R (2010). “El origen del control penal de las drogas”. En Cuñarro, M. (Dir.) *La política criminal de la droga.*, Buenos Aires: Ad-hoc.

- Corda, R. y Frisch, P. (2008). “Introducción a un análisis de la aplicación de la Ley de Drogas N° 23.737 en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos entre los años 1996 y 2007”, *IX Congreso Nacional de Sociología Jurídica*. Rosario: Sociedad Argentina de Sociología Jurídica - Universidad Nacional de Rosario (UNR).

- Corda, R. (2010). “A un año del fallo ‘Arriola’. Cambios, tensiones y resistencias”, en *XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica y I Latinoamericano de Sociología Jurídica*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Sociología Jurídica - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA).

- Corda, R. (2011). *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios – UBA.

- Corda, R. (2012). *Sistemas desproporcionados. Desproporción y Costos Económicos, institucionales y humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios – UBA.

- Chiosso, F. (2010): “La comunidad terapéutica y los desafíos actuales”. En: Touzé, G.; Goltzman, P. (Comp.): *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.

- Epele, M.

(2010a) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

(2010b) “Nuevas Drogas, Nuevas Pobrezas: Transacciones y Vulnerabilidad en Contextos de Consumo de Pasta Base/ Paco en Buenos Aires, Argentina”. Ponencia presentada en la *27ª Reunião Brasileira de Antropología*. Belém do Pará.

- Galante, A (2010): “El trabajo social ante los cambios de paradigmas en la atención de los niños, niñas y adolescentes que usan drogas”. En: Murdocca, L. (Comp.): *20 años del Consejo en 200 años/200 años en 10 artículos*. Buenos Aires: Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social.

- Galante, A.; Pawlowicz, M.; Goltzman, P.; Ralón, G. (2011) “La atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos”. En *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: “Clínica e*

Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales". Buenos Aires: Facultad de Psicología de la UBA.

- Galante, A., Pawlowicz, M., Rossi D., Corda, A., Touzé, G. Goltzman, P. (2012): "El fallo Arriola: Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas. En Arias, A.; García Godoy, B.; Bazzalo, A. (Comp.): *Trabajos seleccionados, IV Encuentro Internacional "Aportes a la construcción de lo público"*, Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

- Galante, A., Pawlowicz, M.; Rossi, D., Faraone, S., Goltzman P., Zunino Singh, D., Touzé, G.; Silberberg, M., Cymerman P (2006): "La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención". CD- ROM del *I Congreso Nacional y II Regional de Psicología. "Salud mental: El estado de la cuestión de una cuestión de Estado"*. Rosario: Facultad de Psicología de la UNR.

- González, R. (2010). "El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad". En: Touzé, G. y Goltzman, P (2010). *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios - UBA.

- Gregori, A. (2005). "Las comunidades terapéuticas". En: Revista *Hablemos: debate y acción*. N°3, Pág. 14-19, Buenos Aires: SEDRONAR.

- Kornblit, A.; Gimenez, L.; Mendes Diz, A.; Petracci, M.; Vujosevich, J. (1997). *Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.

- Larraquy; M. (2007). *Lopez Rega, el peronismo y la triple A*. Buenos Aires: Punto de Lectura.

- Magis Rodríguez C; Marques, L. y Touzé, G. (2002). "HIV and injection drug use in Latin America". En *AIDS*, 16 (suppl 3): S34-S41.

- Parajúa, A.; Pawlowicz, M.; Galante, A.; Rossi, D.; Goltzman, P.; Touzé, G (2010). "Irrupción de la pasta base de cocaína. El impacto en las representaciones sociales y en los dispositivos desde los discursos de los especialistas". En Revista *Diagnosis* Vol.7 Octubre.

- Pavarini, M. (1998). *Control y dominación*. México: Siglo XXI.

- Pawlowicz M., Rossi, D, Galante, A., Faraone, S., Goltzman P., Zunino Singh, D., Touzé, G., Silberberg M., Cymerman, P (2006): "Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario". En *Memorias de las XIII*

Jornadas de Investigación en Psicología: “Paradigmas, métodos y técnicas”. Tomo II. Pág. 75-77. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la UBA.

- Pawlowicz, M.; Zunino Singh, D.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P. y Touzé, G. (2009). “El vínculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud”. En *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

- Pawlowicz, M.; Galante, A.; Goltzman, P.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2011) “Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos”. En: Blanck, E. (coord.): *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la ley nacional n° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.

- Pawlowicz, M., Fischer, J.; Galante, A.; Rossi, D.; Goltzman, P.; Touzé, G. (2013). “Actores sociales involucrados en los debates sobre las políticas de drogas en Argentina: las ‘Madres del paco’” En *VII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social. V Encuentro Internacional de Trabajo Social de la UBA*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

- Procupet, A. (2001). “Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina”. En *Ensayos y Experiencias*, Año 7 N° 39, VIH/SIDA y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) - Novedades Educativas.

- Ralón G, Rossi D., Vila M., Latorre L., Bastos F., Caiaffa W. (2012). “De los estudios locales a una perspectiva regional: análisis integrado de datos secundarios en un proyecto colaborativo sobre vulnerabilidades asociadas al uso de drogas en Argentina, Brasil y Uruguay (1998-2004)” *Salud Colectiva*. Septiembre-Diciembre, 8(3):229-246.

- Recalde H. (1997). *La Salud de los Trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.

- Rosendo, E. (2013). “Reformas y legislación en salud mental. Contexto sociopolítico y movimientos sociales y profesionales en torno a la Ley de Salud Mental de Santa Fe 10.772/1991”. En Faraone S. y Valero A. (Coord.). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*, Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

- Rossi, D. y Ranguini, V. (Coord.) (2004) “Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)”. Buenos Aires: Intercambios - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - ONUSIDA y ONUDD.

- Rossi, D., Pawlowicz M., Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios – ONUDD.
- Rossi, D. y Goltzman, P. (2012). *Uso de drogas y VIH. Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación, Dirección de sida y ETS*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación - Intercambios.
- Sosa Estani, S.; Rossi, D. y Weissenbacher M. (2003) “Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection”. En *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Supl. 5), ps. 338-342.
- Touzé, G.; D. Rossi, P. Cymerman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas y S. Vázquez (1999). “Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención”. Buenos Aires: Intercambios.
- Touzé, G. (Org.) (2006). “Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína”. Buenos Aires: Intercambios - Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G.; Pawlowicz, M.; Rossi, D.; Goltzman, P. y Cymerman, P. (2008). “Consumo de drogas en Argentina 1994 – 2004”. En Baeza Correa, J. (Ed.) *Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador*. Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Velásquez Rivera, E (2002). “Historia de la Doctrina de la Seguridad Nacional”. En *Convergencia*, enero-abril, año 9 N° 27. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Zaffaroni, E.; Slokar, A y Alagia, A. (2011). *Manual de Derecho Penal: Parte General*. Buenos Aires: Ediar.

Fuentes periodísticas.

- *Clarín*, diario (2011). "A juicio por huir de una granja para adictos: fueron absueltos", 28 de junio.
- *Clarín*, diario (2012a). “Hay 41 causas por día contra consumidores”, 30 de marzo.
- *Clarín*, diario (2012b). “Despenalizar las drogas, otra jugada kirchnerista que divide a la oposición”, 14 de mayo.
- *Clarín*, diario (2012c). “Coincidencias sobre el proyecto para despenalizar el uso de drogas arrancó con gran apoyo”, 7 de junio.

- *Clarín*, diario (2012d). “Aparecieron las primeras críticas a la despenalización en Diputados”, 8 de junio.
- *Clarín*, diario (2012e). “Dura crítica de la Iglesia por la despenalización de drogas”, 10 de junio.
- *Diario de Cuyo* (2012). “Opinión. Debate sobre drogas”, 22 de junio.
- *Diario Judicial* (2013a). “La justicia ‘legaliza’ poco a poco el cultivo de cannabis”, 29 de enero.
- *Diario Judicial* (2013b). “Un salto adelante con los Tribunales de Tratamiento de Drogas”, 21 de febrero.
- *El Intransigente*, diario (2013). “Diputados aprobó con modificaciones el proyecto de adhesión a la Ley de Estupefacientes”, 3 de julio.
- *La Nación*, diario (2009a). “Drogas: pocos casos van a rehabilitación”, 17 de junio.
- *La Nación*, diario (2009b). “Las provincias critican la despenalización de drogas”, 10 de setiembre.
- *La Nación*, diario (2012a). “Diputados demoran el dictamen sobre la despenalización de las drogas”, 13 junio.
- *La Voz del Interior*, diario (2013a). “‘Dealers’: son jóvenes, adictos y con escasos estudios”, 4 de julio.
- *La Voz del Interior*, diario (2013b). “Trece detenidos con drogas por día”, 17 de febrero.
- *Página 12*, diario (1991). “Monseñor: Sin preservativos”, 16 de mayo.
- *Página 12*, diario (2006). “La tenencia para el uso, el gran objetivo de la policía”, 13 de febrero.
- *Página 12*, diario (2011). “Los acusados eran las víctimas”. Buenos Aires, 28 de junio.
- *Página 12*, diario (2012a). “Un debate rumbo a la despenalización”, 7 de junio.
- *Página 12*, diario (2012b). “Cruces por la reforma a la ley de drogas”, 8 de junio.
- *Página 12*, diario (2013a). “Más de 36 días preso por ocho plantas”. 23 de marzo.
- *Diario Pagina 12* (2013b): “Adiós a la lógica del castigo”, 21 de junio.
- *Tiempo Argentino*, diario (2012). “A propósito de la despenalización”, 27 de mayo.
- *Infojus Noticias* (2013). “Cultivo de marihuana: sobreyeron al director de la Revista THC”. 30 de mayo.
- *Revista La Ley* (1998). “Tribunal Oral Criminal Federal N° 1 de Mendoza, 'B., A. D y otra'”, Rta. 7/4/98.
- *Revista La Nación* (2000). “Campanías ¿para qué?”, 26 de marzo.

- *Revista THC* (2008). "El reformatorio", N° 12, octubre.
- *Revista THC* (2013). "Siguen presos". N° 67, noviembre.