

Cattani, Horacio R. (julio 2008). *Ley marco sobre adicciones de la Ciudad de Buenos Aires : El consumo de drogas como problema sociosanitario*. En: Encrucijadas, no. 44. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>

Ley Marco sobre adicciones de la Ciudad de Buenos Aires

El consumo de drogas como problema sociosanitario

En 2007, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aprobó la Ley N° 2318 sobre “Prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo” [1]. Es una ley local que se inserta en el marco de la Constitución de la Ciudad [2], la Ley Básica de Salud [3], la Ley de Salud Mental [4] y la Ley sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes [5], y establece importantes lineamientos en materia de prevención y asistencia no sólo del consumo de sustancias sino de otras prácticas de riesgo adictivo.

Horacio R. Cattani

Abogado (UBA), Licenciado en Criminología (UBA), Licenciado en Criminalística (UBA), Especialista en Derecho Penal y Ciencias Penales (USAL). Profesor regular de grado y posgrado en temas de su especialidad en la UBA, USAL y UNLZ. Juez de la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal de la Capital Federal.

I. Introducción

El proyecto sintetiza una serie de iniciativas anteriores de enfoque múltiple: algunas referidas a la creación de unidades de desintoxicación dependientes de los hospitales públicos de la ciudad, otras que tenían por objeto sustancias específicas como la pasta base de cocaína o a ciertas prácticas de riesgo adictivo como el juego, etc.

Frente a esta multiplicidad de enfoques la Comisión de Salud, con muy buen criterio, optó por una “Ley Marco” de carácter general, buscando el mayor número posible de consensos.

El objeto del presente trabajo se limita a describir con un breve comentario la finalidad de la ley y los principios que la informan, dejando para un posterior aporte todo lo relacionado a las estrategias de abordaje que debe seguir el Plan Integral así como sus áreas de desarrollo.

II. Estructura de la ley

Un primer capítulo dedicado a las disposiciones generales describe el objeto de la norma, incluye un grupo importante de definiciones y los principios que la rigen.

Como se trata de garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo adictivo, a través de la instrumentación de un plan integral especializado, un extenso capítulo está dedicado a detallar las acciones a implementar y sus objetivos, distinguiendo básicamente dos aspectos: “las estrategias preventivas” y las “estrategias de intervención social y sanitaria”.

Si bien no se describen las acciones concretas, que quedan libradas a la autoridad de

aplicación, lo cierto es que la ley facilita las tareas de implementación.

La autoridad de aplicación es la Jefatura de Gobierno, que debe garantizar una participación interministerial (art. 5). Se prevé asimismo la convocatoria de un Consejo Consultivo Asesor honorario y no vinculante a fin de “canalizar las necesidades y opiniones del conjunto de la comunidad en torno a los problemas relacionados al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo” (art. 7).

Por otra parte, en un anexo se sistematizan las áreas en las que se desarrollará el plan integral: “prevención”, “atención y reinserción social”, “observatorio” y “seguimiento de sustancias legales”.

III. Fines de la ley y principios que la rigen

Su objeto es “garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo” en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. “a través de la instrumentación de un plan integral especializado, dependiente del Jefe de Gobierno” (art. 1).

El “Plan Integral debe desarrollarse conforme a tres principios fundamentales que lo orientan:

a.- El consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema sociosanitario (art. 3 inc. a).

Es sorprendente que la “ley marco” que regula detalladamente la elaboración del Plan comience afirmando que el consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema sociosanitario, apartándose expresamente no sólo del “modelo ético-jurídico” [6] sino también del modelo “médico-sanitario”. Ello porque desde la Ley N° 20.771 de 1974 hasta el presente se ha impuesto una política penal que considera al consumidor de sustancias, cualquiera sea la cantidad, un eslabón necesario de su tráfico [7]. He sostenido que esta criminalización primaria y secundaria, sostenida en el tiempo ha tenido una marcada influencia en las prácticas que otros actores sociales, especialmente del campo educativo y asistencial, han desarrollado respecto del consumo problemático [8].

Es que la definición del problema condiciona las respuestas y modos de abordarlo. Si se lo define como una cuestión penal se utilizarán técnicas de control social que se impondrán o teñirán otras alternativas. Si, por el contrario se define la cuestión como un problema socio sanitario quedarán a la vanguardia políticas públicas adecuadas en materia de prevención y asistencia.

b.- “El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo están condicionadas por un grupo de factores de orden biológico, psicológico y del contexto social y cultural que influyen en la problemática” (art. 3, inc. b).

Este principio, al resaltar la relevancia del marco sociocultural, resulta esencial para prevenir un enfoque reduccionista, no sólo de esta cuestión sino de los problemas sociales en general. No pueden programarse acciones sobre la realidad basadas en modelos abstractos. Se requiere en todos los casos un fuerte anclaje en el “contexto social y cultural”. Así la irrupción de la pasta base no puede ser equiparada sin más al

“crack” de los países centrales; en el caso del alcohol es necesario diferenciar el consumo regular y cotidiano del adulto, del consumo juvenil episódico con ingestas excesivas en la noche o en el fin de semana [9], etc.

c.- Las acciones vinculadas con la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo son abordadas desde un enfoque pluralista, interdisciplinario e intersectorial (art. 3 inc. c).

Este principio, corolario de los otros dos, es el más difícil de llevar a la práctica. Buena prueba de ello son las tensiones y rispideces generadas, en el propio ámbito de la Ciudad con motivo de la implementación de la ley de salud mental y su reglamentación [10].

Sin embargo es de gran valor recogerlo y reiterarlo en una disposición programática: por un lado, el pluralismo previene la discriminación, y, por otro, la interdisciplinariedad junto a la intersectorialidad, las visiones sesgadas y unidimensionales.

IV. Consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo

Como dije, el objeto de la ley es garantizar una “política integral y sistemática” sobre dos tipos de conductas: el consumo de sustancias psicoactivas y otras “prácticas de riesgo adictivo”. Nos referimos primero a las sustancias y después a las modalidades de consumo.

IV.I Sustancias psicoactivas

El art. 2 de esta ley las define como “cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento”.

Quedan incluidas en esta amplia definición sustancias con diferente “status legal”:

a. Las “institucionalizadas”: Se trata de un grupo de drogas [11] admitidas social y culturalmente. Cuentan con una regulación administrativa mínima, generalmente restrictiva de la publicidad y de la venta a menores de edad. Es el caso del alcohol [12], del tabaco [13] y de los “medicamentos de venta libre [14]”. En este grupo pueden incluirse los “pegamentos” e hidrocarburos que inhalan los “chicos de la calle”.

b. Las de comercialización regulada sanitariamente: Es el caso de los medicamentos en general [15] y específicamente de los “estupefacientes” [16] y “psicotrópicos” [17]. Si exceptuamos los medicamentos de “venta libre” quedan incluidas aquí todas las sustancias que integran el mercado farmacéutico y que “teóricamente” [18] están sujetas al monopolio legal de prescripción médica y dispensación a través de la oficina de farmacia, de acuerdo con la legislación sanitaria específica.

c. Las prohibidas penalmente [19]: Abarcan un número reducido de sustancias que están ahora fuera del mercado y prohibidas en todas las etapas de comercialización. Es el caso del cannabis, el opio para fumar, la heroína, ciertos estimulantes de tipo anfetamínico y los alucinógenos. Una vez más debemos tener presente que no necesariamente los tóxicos prohibidos penalmente son los más peligrosos y que muchos de ellos en algún tiempo y lugar fueron tolerados y su consumo admitido culturalmente [20].

IV.I.I Modalidades de consumo

Por un lado, la ley incluye la “dependencia a sustancias” y el “abuso de sustancias”, comportamientos que define siguiendo la descripción del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IV) de la American Psychiatric Association.

Sin embargo, lo que resulta más interesante, tratándose de una ley de naturaleza preventiva y asistencial, es que incorpora una tercera categoría: la del consumo de sustancias, que define de la siguiente manera: “Cualquier forma de autoadministración de una sustancia psicoactiva, y se usa en vez de abuso de sustancias, como expresión más amplia que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado” [21].

Insisto en lo valioso que significa, en una ley de esta naturaleza, incluir dentro de la clásica división tripartita en “uso”, “abuso” y “dependencia”, un concepto amplio y abarcativo del primero, lo que permitirá el despliegue de acciones preventivas en situaciones muy variadas, cuyo elemento común siempre será la no necesidad de tratamiento.

IV.II. Prácticas de riesgo adictivo

Por “prácticas de riesgo adictivo” se entiende la “acción reiterada, que es resistida sin éxito, produciendo malestar o interfiriendo el funcionamiento normal de las personas”.

Al poner distancia con la pretensión de que las drogas “instituyen” al adicto y no a la inversa, desde hace bastante tiempo, se fue abriendo camino el reconocimiento de lo que se han denominado “adicciones sin drogas” [22]. En estos casos, poniendo el acento en la conducta compulsiva, se incluyen la adicción a Internet, a las compras, al sexo, al juego, al cuerpo, a la gimnasia, etc.

De todos estos casos, los legisladores tuvieron en cuenta al llamado “juego compulsivo o ludopatía” [23].

En un trabajo anterior [24] sostuve que en este caso la oferta del objeto de la compulsión es masiva, indiscriminada, con una publicidad omnipresente que incita a la salvación individual y por si quedan escrúpulos, advierte que con su dinero el jugador ayuda a diversas obras de interés general. Como en el caso del tabaco, queda convertido en letra muerta el insólito anuncio que las disposiciones administrativas imponen: “El jugar compulsivamente es perjudicial para la salud”.

Cuando el juego no estaba generalizado y estimulado como ahora, el jugador recibía reprobación moral, se lo consideraba un vicioso carente de voluntad. Hoy, por el contrario, predomina un discurso asistencial: el Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la Provincia de Buenos Aires cuenta con un Programa de Prevención y Atención del Jugador Compulsivo que no sólo incluye centros de atención [25], sino que ha puesto en marcha iniciativas muy interesantes como el Programa de Autoexclusión de Salas de Juegos de Azar [26].

V. Los programas de reducción de daños

Como dije al inicio el objeto de este aporte está limitado a las disposiciones generales de la ley. Sin embargo, no quiero finalizar sin destacar que dentro de la multiplicidad de

objetivos a conseguir mediante la implementación del Plan Integral, se incluye el relacionado con la necesidad de garantizar “los programas de reducción de daños incluidos en procesos terapéuticos de diverso grado de complejidad y adaptados a las diferentes necesidades de la población” (art. 4, B, b.3.7.g).

Las características actuales del consumo de sustancias psicoactivas no permite prescindir de esta alternativa terapéutica realista y alejada de los imperativos de la abstinencia y la “tolerancia cero”. Si bien la reducción de daños ha sido reconocida a nivel internacional y desarrollada entre nosotros en diversos programas, resulta auspicioso que esta normativa la imponga obligatoriamente como una opción que debe ser considerada.

VI. A modo de conclusión

No dejo de advertir que más allá del correcto diseño de la “Ley Marco” y el esfuerzo puesto en lograr el consenso necesario para su aprobación, ella será “letra muerta” si la autoridad de aplicación no lleva adelante el Plan Integral de la manera y en los tiempos establecidos en la norma.

Es que con independencia de los actores políticos, la tendencia en esta materia, como en otras cuestiones de naturaleza social es dar respuestas coyunturales sin conocer la realidad del problema, lo que a la postre no sólo resulta ineficiente sino que incrementa la desconfianza de los ciudadanos en sus representantes.

Referencias

[1] Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante BOCBA), de fecha 11/6/07.

[2] Determina como derecho fundamental el derecho a la salud y lo sustenta, entre otros principios, en el desarrollo integral vinculado con otros derechos de igual jerarquía: educación, cultura, ambiente, trabajo y alimentación.

[3] Ley N° 153, BOCBA del 28/5/99.

[4] Ley N° 448, BOCBA del 7/9/00. Reglamentada por Decreto N° 635/04, BOCBA del 26/4/04.

[5] La Ley N° 114 (BOCBA, 3/2/99) establece la prioridad de los niños, niñas y adolescentes para disponer de los recursos de protección y auxilio necesarios para alcanzar el desarrollo máximo posible de una salud plena.

[6] Estos modelos fueron descriptos por Helen Nowlis en un libro publicado hace más de treinta años y que conserva plena vigencia: el “ético jurídico” centrado en la sustancia como referente y que enfatiza las medidas legales y penales tendientes a mantenerlas alejadas de las personas; el “médico sanitario” en el que el consumidor es considerado como un sujeto enfermo que debe ser medicalizado; el “psico-social” que se centra en el sujeto y en las necesidades que lo llevan al consumo de sustancias y el “socio-cultural” que subraya la importancia del medio con respecto a la génesis del consumo (La verdad sobre la droga. La droga y la educación, Editorial de la UNESCO, París, 1975)

[7] Al fallar la causa “Montalvo”, el 11 de diciembre de 1990 la Corte Suprema de Justicia sostuvo: “25.- Que la norma –art.14, segunda parte de la ley 23.737– contiene un juicio de valor para incriminar la conducta cuestionada por inconstitucional por el recurrente, sin que se advierta el menor atisbo de irracionalidad o injusticia que justifiquen la revisión judicial. Antes al contrario ese juicio de valor emana de un mandato clamoroso de la comunidad –cabalmente entendido por sus representantes– que desea terminar con el flagelo de la drogodependencia, sobre todo cuando ha advertido que su país ha dejado de ser un lugar de paso para el tráfico internacional para evaluar la conveniencia de su establecimiento se tiene especialmente en cuenta la no punición de la tenencia. Al respecto conviene recordar una vez más que si no existieran usuarios o consumidores, no habría interés económico en producir, elaborar y traficar con el producto, porque claro está que nada de eso se realiza gratuitamente, lo cual conduce a que si no hubiera interesados en drogarse no habría tráfico ilegítimo de estupefacientes (Fallos 300:254)” (El resaltado nos pertenece).

[8] Se trata de un concepto que comprende los casos en los que el consumo de una sustancia acarrea efectos negativos para el consumidor o para su entorno. Es importante destacar que el “consumo problemático” puede requerir algún tipo de intervención preventiva o educativa pero nunca una respuesta penal ya que normalmente dentro de ese efecto negativo se incluye las consecuencias de la propia ilegalidad de la sustancia.

[9] La Presidenta de la Comisión de Salud, al presentar el proyecto, sostuvo que “El objetivo de la bebida es ahora decididamente farmacológico. Es decir una bebida apetecida fundamentalmente por su efecto y su acción en la modificación del estado de ánimo, la percepción o el comportamiento” (Despacho 41, 27 de marzo de 2007).

[10] Nos referimos a las diversas formas de resistencia desplegadas por profesionales médicos para evitar que profesionales de la salud no médicos puedan ocupar cargos de conducción. Vid. Kraut, Alfredo J. “Salud mental: una ley a favor de los pacientes. Mezquinos intereses sectoriales dilatan la reglamentación de una norma de avanzada” en Clarín del 27/12/02. También Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás, “La salud mental ante la ley en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ¿Permanece como un problema de interpretación judicial? En Jurisprudencia Argentina, Lexis Nexis 2004-III, p. 1017.

[11] Aunque un buen número de autores ha señalado la vaguedad e imprecisión de la palabra “droga” y mucho más en singular, por razón de comodidad, en este breve texto, la utilizaré indistintamente junto con otras expresiones comunes como “sustancias” o “tóxicos”. Vid. por todos Del Olmo, Rosa, La cara oculta de las drogas, Temis, Bogotá, 1983. El texto comienza con el siguiente proemio: “Recientemente un joven le preguntó a su padre, un famoso toxicólogo inglés: ‘Papá ¿qué es una droga?’ ‘Una droga, hijo mío, es una sustancia que inyectada en un perro produce un trabajo de investigación’”.

[12] Puede consultarse, en el orden federal, la Ley N° 24.788 (B.O. 3/4/97) que declara de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol (art. 2), prohíbe en todo el territorio nacional el expendio de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad (art.1) y restringe ciertas formas de publicidad e incentivo de su consumo.

[13] En el ámbito de la Ciudad rige la Ley de Control del Tabaco N° 1799 (BOCBA del 8/11/05), reglamentada por el Decreto N° 1501/06 (BOCBA del 2/10/06) que no sólo regula la publicidad del tabaco sino también su comercialización y consumo.

[14] Su publicidad se rige mediante la Disposición de la Administración Nacional de

Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) N° 4980/05 (B.O. 9/9/05) que regula todo lo relacionado con la publicidad o propaganda dirigida al público cuyo objeto sea promocionar especialidades de venta libre (Consultar en www.anmat.gov.ar)

[15] Rige la Ley N° 16.646 y normas complementarias.

[16] Rige la Ley N° 17.818 y sus modificatorias. Los estupefacientes están nominados en las Listas Anexas I y II. En la Lista III se incluyen los preparados y en la Lista IV se repiten estupefacientes de las Listas I y II para colocarlos fuera del comercio. Consultar en www.anmat.gov.ar

[17] Rige la Ley N° 19.303 y sus modificatorias. Los psicotrópicos están nominados en cuatro listas anexas. La I referida a los alucinógenos, la II a las anfetaminas, la III a los barbitúricos y la IV a los tranquilizantes mayores y menores. Consultar en www.anmat.gov.ar

[18] Digo “teóricamente” porque una cosa es lo que prescribe la norma y otra la aplicación. En la práctica casi todos los medicamentos se comercializan como “de venta libre”. La categoría administrativa de “venta libre” posibilita su publicidad por los medios masivos de comunicación. Hay productos cuya condición de expendio es de venta bajo receta archivada como los antibióticos o la cortisona que se venden libremente. Un texto interesante para consultar sobre este tema es el de Angell, Marcia, La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto, Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2006. En Clarín del 5/3/08 bajo el título “Denuncian graves fallas en la comercialización de medicamentos”, puede leerse una síntesis del Informe de la Defensoría General de la Nación.

[19] Son las enlistadas en el Decreto 722/91 (B.O. 23/4/91), complementario de la Ley N° 23.737 (B.O. 11/10/89).

[20] A este respecto, además de la clásica Historia General de las Drogas de Antonio Escotado, pueden recomendarse: Carnwath, Tom; Smith, Ian, El siglo de la heroína, Editorial Melusina, España, 2006; Courthwright, David T., Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas, Paidós, Barcelona, 2002; Gately, Iain, La diva nicotina. Historia del tabaco, Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 2003; Standage, Tom, La historia del mundo en seis tragos. De la cerveza de los faraones a la Coca Cola, Debate, Barcelona, 2006; Walter, Stuart, Una historia cultural de la intoxicación, Editorial Océano, México, 2005.

[21] En el Glosario que acompaña al Proyecto de Ley como Anexo II se indica la siguiente fuente de la definición: “OMS. 2004. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”. ISBN 924359124 X.

[22] Una buena introducción al tema es la de Valleur, Marc; Matysiak, Jean-Claude, Las nuevas adicciones del siglo XXI. Sexo, pasión y videojuegos”, Paidós, Barcelona, 2005.

[23] La magnitud del problema e incluso su costado político quedaron recientemente reflejados en la crítica que el obispo Jorge Cassareto, presidente de la Comisión de Pastoral Social, realizó por la proliferación de casas de juego y tragamonedas en varias provincias. Clarín la reprodujo con el siguiente título de tapa: “Dura reacción de la Iglesia por el avance del juego en el país”. El mismo periódico resalta que se trata de un negocio en expansión y que según fuentes del mercado mueve unos 13.000 millones de pesos al

año (9/3/08)

[24] Cattani, Horacio R. "El derecho ante las compulsiones" en Fleisher, Déborah (comp.), Alcances y actualidad del concepto de compulsión. Su relación con las adicciones, Grama Ediciones, Buenos Aires, 2007 p. 41. También puede consultarse: Fleischer, Déborah (Comp.), Las presencias de la compulsión, Grama Ediciones, Buenos Aires, 2008.

[25] Franco Laporta, interventor del Instituto de Loterías y Casinos de la Provincia de Buenos Aires, dijo al diario Clarín: "En el año 2006 recibimos mas de mil consultas en la línea gratuita y tenemos 415 personas en tratamiento en los cuatro centros de atención de Vicente López, Tandil, Mar del Plata y La Plata. Actualmente hay muchas más posibilidades de jugar que hace veinte años y, paralelamente, vivimos en una sociedad donde hay una fuerte tendencia a volcar los problemas en diferentes adicciones" [...] "Creció tanto el problema que en marzo abrimos más centros en Pergamino, Morón y Avellaneda" ("Cada vez son más los jugadores compulsivos en la Argentina", Clarín, sección Sociedad del 23/1/07). En el mismo sentido, el editorial de La Nación titulado: "Hay más jugadores compulsivos" del 27/1/07.

[26] La Resolución 417 del 14 de junio de 2006 prevé que el interesado pueda voluntariamente autorizar que su ingreso sea rechazado en las Salas de Bingo, Casinos e Hipódromos Oficiales del ámbito de la autoridad de aplicación provincial.