

LA NECESIDAD DE DESARROLLAR INTERVENCIONES NO PENALES EN MATERIA DE CONSUMOS.

LA SALUD PÚBLICA Y EL DERECHO DE AUTODETERMINACION

Nora Rosana Maciel¹

“La locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener diferentes resultados”
(Albert Einstein)

Las políticas de prohibición de drogas iniciadas a principio de siglo XX y reactualizadas a lo largo de la historia con mayor punitivismo y presupuesto para combatir el “flagelo” de las drogas, constituye para el mundo en general y especialmente para América Latina una estrategia fallida que ha provocado más daños y muertes que el consumo mismo de sustancias.

El término ‘drogas ilícitas’ se refiere a sustancias que son sujetas a fiscalización internacional bajo los “convenciones sobre drogas” y son cultivadas, producidas, manufacturadas, sujetas a tráfico y/o usadas de manera contraria a las disposiciones de estos instrumentos internacionales y normativas locales.

Estos instrumentos son:

- Convención única sobre estupefacientes (1961) -enmendada por el Protocolo de 1972-,
- Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971),
- Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).

En palabras necesarias de Mariano Fusero *“...un sistema que prioriza la represión penal –la que incluso es a veces la opción excluyente-por sobre cualquier política orientada al respeto y promoción de los derechos humanos o la protección eficaz de la salud de las personas, la judicialización y encarcelamiento masivo de consumidores por encima de la investigación de los grandes traficantes; la represión desproporcionada del Estado contra personas en situación socioeconómica de pobreza que participan por necesidad en los eslabones más frágiles de la cadena de tráfico, la indignante desproporción de los delitos vinculados a las drogas, en comparación con otros de mayor gravedad y afectación concreta de derechos de terceros, el alejamiento de los consumidores con problemas de abuso de sustancias de los sistemas de salud a causa de la amenaza punitiva...”*

¹ Defensora de Pobres y Ausentes Nro.2. Corrientes-Capital.

A los aspectos señalados en la cita, de por sí graves como para alertar sobre la necesidad de generar un cambio de políticas de drogas, se suman cuestiones de incidencia mundial advertidas en la mentada guerra contra las drogas tales como la excusa perfecta para el intervencionismo geopolítico, el control social de determinadas poblaciones (jóvenes, migrantes, pobres) entre otros varios factores que van desde negocios billonarios y debilitamiento de las democracias.

La breve reseña de la estrategia fallida en materia de drogas es al solo y único efecto de destacar que la enseñanza sobre políticas drogas, contribuye notablemente a modificar idearios sociales instalados desde la demonización de la “sustancia” ilícita, que nada tienen que ver con los verdaderos motivos que sostuvieron la prohibición desde hace más de 70 años, nacida en uno de los países de mayor consumo mundial.

En este trabajo acotado a un contexto local (Argentina), pretendo analizar las intervenciones no penales en materia de consumos. Es decir aquellas intervenciones que están o deberían estar signadas por la ley de salud mental 26.657 y la ley 26.394, ambas con un enfoque en el paradigma ético social y de reducción de daños.

Reducción de daños, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), se refiere a las políticas, programas y prácticas que pretenden primordialmente reducir las consecuencias adversas para la salud y en los ámbitos social y económico, derivadas del uso de drogas psicoactivas legales e ilegales. El intercambio de agujas y jeringas, la terapia de sustitución con opiáceos (TSO) y otros tratamientos de la dependencia de drogas, las pruebas de VIH, la consejería y el tratamiento, así como los condones gratuitos son componentes esenciales del paquete integral de intervenciones para reducir los daños asociados con el uso de drogas inyectables tal y como lo definen UNUSIDA, ONUDD y OMS.

La reducción de daños complementa los enfoques que buscan prevenir o reducir el nivel general de consumo de drogas, pero acepta que muchas personas que usan drogas no pueden o carecen de la voluntad de dejarlas y que muchas personas que usan drogas no necesitan tratamiento. La OMS también recomienda la distribución comunitaria de naloxona, un medicamento que invierte los efectos de la sobredosis de opioides, para las personas con probabilidad de presenciar una sobredosis.

A la par, considerando que las leyes citadas como la ley de estupefacientes 23.737 tienen como bien jurídico protegido la salud pública, intentaré un abordaje que permita interpretar contextualmente las referidas leyes a la luz de los tratados de DDHH.

Se torna necesario establecer qué se entiende por salud pública referida precedentemente. A diferencia de la medicina clínica que se concentra en la cura de enfermedades en casos individuales, la salud pública es un campo especializado del conocimiento dedicado al tratamiento y prevención

de trastornos de salud en grupos de personas, denominadas poblaciones. De allí que las intervenciones que se programen sobre esas poblaciones alcanzaran a un importante grupo de personas.

Es por eso que los conceptos de salud pública constituyen un vehículo importante para la gestión de la salud de las poblaciones en relación con el uso de sustancias psicoactivas, en parte porque esas intervenciones subrayan la necesidad de modificar el entorno y el comportamiento individual. Por esta razón el consumo de drogas está asociado al concepto de salud pública.

Por otra parte la ley penal 23.737, que responde a modelos éticos jurídicos, penaliza a los consumidores mediante la sanción de los denominados “delitos de consumo”. El consumo personal –en el mejor de los casos- determina una amenaza de aplicación de una ley penal o una medida educativa/curativa compulsiva.

En este contexto se aprecia un movimiento pendular entre el ámbito del derecho penal y el ámbito de la salud. Las respuestas quedan enmarcadas entre las categorías de pacientes, imputados y adictos.

Según Alejandro Corda *“existe un creciente consenso científico en cuanto a que las políticas prohibicionistas y la criminalización aumentan considerablemente el riesgo de tener consecuencias negativa para las personas que consumen drogas, tanto en lo referido a la salud como al aspecto social. Sin embargo los gobiernos han dado prioridad a la aplicación de la ley por sobre las intervenciones sociales y de salud pública, con pocos resultados tangibles en la reducción de la oferta o el uso de drogas”*.

Una realidad que suele ser ignorada por los hacedores de políticas públicas y criminales, es la que se encuentra descripta en el informes Mundial de Drogas de UNODC de 2016, que estableció:

“Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador”.

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que

en la mayoría de los casos se deben al consumo de opioides y/o opiáceos. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis).

Estos números muestran que no es un problema de seguridad nacional, ni de seguridad mundial, ni de “flagelo” en términos bélicos, pero sí es un problema de salud que afecta a un número importante de personas que constituyen una población que a su vez puede desdoblarse en datos objetivos conforme su raza, género, edad, situación social y económica.

La salud pública que se afecta no es “la física y moral de la humanidad”, conforme lo afirman los instrumentos internacionales de fiscalización de estupefacientes nombrados al inicio de este trabajo. Es un concepto más amplio y más humanista; es la salud colectiva.

En el campo del pensamiento médico social/salud colectiva, se problematizó la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar lo social y simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, que considera la noción salud enfermedad como algo dinámico y procesual, es decir algo variable que puede transitar un proceso.

Se rompió también con la idea de la historia natural de la enfermedad y se reconoció que la respuesta social forma parte del proceso de salud como productora del mismo. Se reemplazó cuidado por atención, siendo el cuidado una versión más integral del proceso salud-enfermedad-cuidado. Este pensamiento pone el eje en la complejidad y el abordaje interdisciplinario.

En este pensamiento médico social/salud colectiva, el reconocimiento del derecho a la salud requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal. Dado que la salud concierne directamente a la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas, se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto.

Todo ser humano debe tener derecho a la satisfacción óptima de la salud, lo cual solo puede ser garantizado por una acción pública, por una política de Estado. Esas políticas deben contener pautas claras respecto del derecho a la no medicalización. La reafirmación de ese derecho se opone a las prácticas de mercantilización de la salud. En efecto esas prácticas proponen que los procesos inherentes a la vida misma, malestares, padecimientos, singularidades que escapan a las normas, etc., son nominados como enfermedades y frecuentemente sometidos a cura farmacológica.

En oposición a esto, el pensamiento médico social/salud colectiva pone en escena la vida y la subjetividad en el sentido social. Trata de deconstruir la noción de riesgo que solo construye sujetos y poblaciones abstractas .

Para sintetizar, el pensamiento que asumo como vigente y válido en el contexto de los tratados de derechos humanos y científico de esta época, *“propone a la salud como una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica, social tanto en el abordaje de poblaciones como sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la ontología de la enfermedad al sujeto, produciendo una clínica ampliada que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad”* (Stolkiner, Gomez. 2012).

La salud mental en este contexto de pensamiento médico social/salud colectiva, implica la imposibilidad de abordar la salud mental separada o independiente de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción. La persistencia de la salud mental se justifica por la particularidad jurídica de sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la enfermedad. Desplaza los síntomas al sujeto, en lugar de ser un momento que requiere cuidados especiales se transforma en una característica del sujeto.

En este contexto, la ley 26.657 recoge estas posturas integrales de la salud, lo que se aprecia en la interdisciplinariedad de las profesiones que intervienen y la prohibición de crear centros monovalentes. Es un importante instrumento jurídico de derechos humanos de indudable valor para los usuarios de servicios de salud. No debiera reducirse a una puja corporativa de profesionales, pues todas las disciplinas son atinentes al estado de salud mental.

Este enfoque de derechos de la ley instala un modelo de práctica diferente, al darle lugar como sujeto de derechos a los usuarios y los familiares, mediante diversas formas de organización y participación como un modo de hacer frente a la fuerza de las corporaciones.

Es con relación a las adicciones que esta ley propone una reforma profunda respecto del lugar que ocupan las mismas en las políticas de salud mental: *“Las adicciones deben ser tratadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemáticos de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”* (Cfr. su Artículo 4º) .

La normativa internacional vigente en nuestro país en función del artículo 75 inc. 22 y la Convención de Viena

En materia de salud mental y adicciones, entre la normativa no específica se destacan los artículos 4 y 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos, entendiendo la salud como parte integrante del derecho a la vida y a la integridad personal; también el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU 1966); el artículo 10 del Protocolo de San Salvador (OEA 1988) y la Observación General Nro. 14 de la Convención de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que incluyen una definición amplia de salud, ya no limitada a la mera ausencia de enfermedad y de la esfera física.

También el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

A ello se suman los tratados internacionales de derechos humanos de las personas con discapacidad: La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006) y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA 1999).

A la par de los instrumentos internacionales, existen otros documentos que no reúnen esa condición pero que contribuyen a la interpretación de aquellos y sus lineamientos son imprescindibles para su correcta aplicación. Los más relevantes son:

-El Consenso de Panamá del año 2010, “20 años después de la declaración de Caracas. La década del Salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020” (OPS/OMS) .

-Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad de las Américas (OEA 2008) .

-Las 100 reglas de Brasilia (año 2008)

-Los principios de Brasilia: Principios rectores para el desarrollo de la atención de la salud mental de las Américas (OPS/OMS 2005).

-La Declaración de Montreal sobre Discapacidad Intelectual (OPS/OMS 2004).

-Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU 1993).

-Las Resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud Resolución; CD5R2 Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública .

A modo de síntesis, estos instrumentos y resoluciones internacionales reafirman la necesidad de abordar los consumos como una problemática de salud mental, a proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud, en particular a vivir una vida independiente y a ser incluidos en la comunidad. Destacan las resoluciones de OPS y la OMS que el consentimiento informado tiene un valor trascendental para hacer valer el derecho a la dignidad y autodeterminación, así como la prohibición de tratos crueles y degradantes. También incluyen directrices necesarias para que se desarrollen políticas concretas en salud mental y adicciones.

El cambio de paradigma en la Argentina con la ley de Salud Mental 26.657

La ley de salud mental establece en su artículo 4º que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Constituyó un gran cambio ubicar el consumo de sustancias como parte de un problema de salud y derechos humanos y no de seguridad. Ello implica entre otras cuestiones la reconsideración de sujeto-adicto a usuario del servicio de salud, lo que favorece un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

La ley invita, propicia e insta a reemplazar las construcciones sociales en torno al concepto o representación del “adicto” por la de sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones en torno a su salud y participar de los procesos de intervención y asistencia.

Así el artículo 27 de la ley establece que toda persona tiene derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo, a la atención de salud mental desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, a ser atendida en hospitales generales sin discriminación, que no se creen nuevos centros monovalentes y la sustitución de los existentes por dispositivos basados en la comunidad.

Estas pautas no conciben con las previsiones de la ley 23.737 que penaliza la tenencia de drogas ilícitas para consumo personal, que el juez podrá dejar en suspenso si accede a una terapia curativa/seguridad, no obstante el fallo Arriola y los precedentes jurisprudenciales que declararon la inconstitucional de la normativa .

Claramente la ley de estupefacientes apuntala fuertemente la respuesta penal del Estado en materia de consumo, desplegando el modelo prohibicionista-abstencionista. La propuesta para no quedar alcanzado por el sistema penal es “no consumir”. La asistencia a las personas que usan drogas que no pueden dejar de consumir, es el modelo de medida de seguridad curativo que le brinda un marco de legalidad al abordaje de internación compulsiva.

Corda señala que a esta situación se suman como agravantes la situación de las personas que usan drogas y que cultivan su propia cannabis, fenómeno que ha crecido en los últimos años. Si bien una reforma de mediados de los noventa modificó el texto original de la ley equiparando esa conducta a la tenencia para consumo personal, la aplicación que hacen los jueces a lo largo del país no es uniforme y se registran casos de personas que han pasado más o menos tiempo en prisión por haberse calificado como un delito de tráfico.

Estas pautas normativas y prácticas policiales, que repelen a las personas que consumen drogas de los efectores de salud, están en franca contradicción con el respeto a los DDHH en especial el principio de libertad y autodeterminación, privacidad, dignidad, consentimiento informado, el

derecho a ser oído, gozar del más alto nivel de salud posible entendido como un estado de armonía entre cuerpo y mente.

La ley de salud mental que vengo refiriendo tiende a establecer otro paradigma, uno en el que el derecho a la información del usuario del sistema de salud mental y adicciones constituye un eje fundamental, así como la libertad y el consentimiento. Modelos de intervención estatal acorde a estos parámetros ya han demostrado su efectividad en algunas ciudades y países del mundo como Canadá, Portugal, Suiza, entre otros. Las experiencias de estos lugares están descriptas en los capítulos 15 y 16 del libro de Johann Hari “Tras el grito”. El caso de Portugal es emblemático, cuenta el autor que en la década de 1980 Portugal registraba una de las tasas de adicción a la heroína más elevadas del mundo. Portugal no tenía experiencia en materia de políticas de drogas, las recetas que ofrecían era mano dura, castigo e ilegalidad de las drogas. Los adictos no buscaban ayuda.

Quien lideró el cambio fue Joao Goulao, un especialista en adicciones. Propuso un método basado en una idea radicalmente distinta a la prohibicionista. Ofrecer a los adictos la posibilidad de tener una nueva vida y proporcionarles placer y no dolor. Su objetivo era averiguar qué es lo que había sucedido en el pasado del adicto para que la vida le hubiera resultado insoportable estar sobrio y en segundo lugar ofrecerle una ayuda para superar esa sensación mediante un trato humanitario y la posibilidad de construirse una vida distinta.

“Los consumidores de drogas –exponía- deben ser tratados como miembros plenos de una sociedad en lugar de considerarlos delincuentes o parias”. La propuesta de Joao fue impulsada como una política pública, la ingesta voluntaria no sería delito de la misma manera que ser un adicto tampoco estaría penado por la ley. Esto permitiría transferir los fondos destinados a la detención, enjuiciamiento y condena de las personas que consumen a objetivos tales como la educación y la recuperación.

Una de las primeras tareas para el Estado es distinguir a través de organismos idóneos, quienes realizan un consumo adulto sin problemas de aquellos que desarrollan consumos problemáticos. Solo sobre este último grupo se trabaja interviniendo activamente; la primer fase es la información adecuada respecto de los riesgos y daños a los que se expone, luego conocerse a sí mismo entender su comportamiento y sus reacciones. Luego de estos pasos siguen una serie de políticas públicas como empleo, educativas, cambio de residencia o domicilio, en caso de ser necesarias.

Si observamos las normas vigentes en Argentina, se puede proyectar una política de salud primero y luego una política integral que modifique el enfoque dando prioridad a la ley 26.657 y a los instrumentos de derechos humanos.

La referencia inicial de que el conjunto de normas no forma un sistema armónico, a pesar de que las leyes de salud mental y adicciones y la ley penal tienen como bien jurídico protegido la salud pública, fue descripta por Mariano Fusero como una fusión argumental y normativa, donde las competencias

de los organismos vinculados contienen multiplicidad de funciones supuestas y contradictorias, como perseguir y reprimir el narcotráfico y a su vez brindar asistencia sanitaria a las personas con abuso de sustancias. *“Una mezcla extraordinaria de funciones policiales, militares y sanitarias ha demostrado a toda luz ser ineficaz tanto para la represión del tráfico como para la contención sanitaria de los usuarios con problemas de adicción o abuso”*.

Hasta aquí hemos visto que el marco normativo internacional y la ley de salud mental determinan la obligación para el Estado Argentino de crear factores de protección y disminuir factores de riesgo para las personas usuarias del servicio de salud mental, teniendo en mira la inclusión comunitaria de la persona. Nuestro código civil fortalece ese contexto interpretativo desde la regulación del modelo social de capacidad, que impone el principio de la capacidad y solo por medio de sentencia basada en un dictamen de junta interdisciplinaria, puede restringirse la autonomía de la persona y su capacidad de derecho; para todo lo demás la persona conserva su autonomía aunque conlleve riesgos.

El Código Civil por ende lo que introdujo es la limitación del poder judicial en materia de salud mental. Lo que antes era un proceso netamente jurídico de restricción de derechos sustentados en dolencias o padecimientos mentales o también adicciones, hoy da paso a un proceso de derechos y garantías en beneficio de la persona usuaria del servicio de salud mental, al punto que no puede haber una sentencia sin un dictamen interdisciplinario previo donde el usuario tiene derecho de defensa.

Las normativas receptadas por el código civil están sustentadas en los siguientes principios:

- 1.-Principio de respeto a la dignidad personal.
- 2.-Principio de legalidad
- 3.-Principio de necesidad
- 4.-Principio de congruencia
- 5.-Principio de prohibición de exceso
- 6.-Principio de temporalidad
- 7.-Principio de idoneidad de medios
- 8.-Principio de cuidado
- 9.-Principio de fiscalización.

Ahora bien, ¿porque el sistema penal permanece impermeable a tales normativas vigentes en nuestro país? ¿Por qué razón los cambios de paradigmas en la consideración del sujeto consumidor

de sustancias y usuario del servicio de salud, no son tenidas en cuenta por la legislación penal ni por las prácticas policiales y judiciales?

Es llamativo que la Argentina, pese al trípede dispuesto por los Tratados internacionales antes referidos, la Convención de las Personas con Discapacidad y el Código Civil, sigan criminalizando conductas que caen dentro de la vigencia de la ley 26.657.

Apelando a la pauta interpretativa del artículo 2 del Código Civil, deberían tener prioridad los tratados de derechos humanos como un método de integración del sistema jurídico. Dice el Dr. Lorenzetti en relación a este artículo, que tiene una función de integración y control axiológico.

Y en este sentido nuestra Corte Suprema de Justicia ha dado valor interpretativo a los tratados sobre derechos humanos en numerosos precedentes de modo general, en materia de derecho a la salud, de cárceles, de extradición de crímenes de lesa humanidad, etc.

El órgano especializado en políticas de salud mental y adicciones según la ley 26.657.

En Argentina la ley de salud mental que asimila las adicciones a las afecciones de salud mental, contempla la existencia de un órgano de revisión, con una composición interdisciplinaria e intersectorial que se integran en un plenario con una secretaría ejecutiva encargada de ejecutar las decisiones adoptadas en el plenario.

Una de las importantes novedades es la integración con las asociaciones de usuarios del sistema de salud mental y adicciones. Escuchar a los involucrados directos cambia el enfoque en la generación de políticas públicas.

De las funciones descriptas en el artículo 40 de la referida ley, se advierte que la ley de salud mental y adicciones no limita la intervención solo a los ámbitos relacionados con la aplicación de la ley civil o las disposiciones administrativas de salud. Por el contrario, el órgano de revisión (de composición interdisciplinaria e intersectorial) es el organismo encargado de velar por la vigencia de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental y las adicciones, proponiendo políticas públicas en todas las áreas incluso la penal. De allí que en la composición actual el órgano plenario este integrado por el Ministerio de seguridad. Debe además generar investigaciones, instar la actuación de órganos judiciales, realizar recomendaciones y proponer modificaciones a la legislación.

El nuevo paradigma en salud mental y adicciones se sustenta en la concepción de que cada individuo adulto debe decidir sobre su propia vida, encontrar y buscar el sentido a su existencia. Los seres humanos nacen libres e iguales en derechos y ello implica autonomía, independencia, defensa de la intimidad y capacidad de elegir siempre que estas elecciones no afecten iguales derechos que tienen los terceros. En tal sentido y entendimiento, la penalización de las personas que consumen drogas y los tratamientos compulsivos no encuentran sustento fáctico ni jurídico.

Una política pública en salud, en el contexto de los DDHH debería propender prácticas educativas sobre los consumos, en atenuar o reducir daños y en atender las circunstancias o las razones que motivaron el desarrollo de consumos problemáticos.

En este sentido definiendo una idea de Estado protector de las libertades, pero que no defina ni interfiera en gustos y elecciones personales. La construcción de lo público y/o colectivo solo es posible en términos de vigencia de DDHH, si se respeta la intimidad y la esfera privada de las personas.

Asumir una función de protectora, nunca puede habilitar una intervención restrictiva de derechos ni libertades.

A modo de corolario

Dada la contradicción de prácticas jurídicas civiles y penales así como administrativas del área de salud pública en materia de consumo de sustancias, una estrategia válida es promover la reforma de la ley de estupefacientes en todo lo atinente al uso y consumo personal.

Desarrollar políticas educativas y disuasivas en lugar de prohibicionistas/abstencionistas, pues estas últimas tienen fuerte arraigo en las prácticas punitivas cuyo fracaso es reconocido internacionalmente.

Capacitar operadores judiciales, policiales y del área de salud en la vigencia de DDHH de las personas consumidoras de sustancias. Sincerar discusiones en todos los ámbitos empezando por las universidades respecto las políticas prohibicionistas, capacitando en políticas de regulación y control de sustancias a fin de propender a una modificación de la consideración social y académica de las drogas, sus efectos, mitos y verdades.

Por ultimo no descansar hasta lograr una interpretación armónica del sistema jurídico que atienda en primer orden la vigencia de los instrumentos de DDHH, poniendo al ser humano en el centro de atención del sistema, como fin y no como medio en función a otros objetivos.

Bibliografía:

FUSERO, Mariano. *Conceptos básicos para un cambio de paradigma posible en las políticas de drogas*. Colegio Médico de Chile 2014. Revista de la Asociación Pensamiento Penal 2016.

CORDA, Alejandro. *Criminalización de los usuarios de drogas en Argentina*. Intercambios A.C.

HARI, Johann. *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Editorial PAIDOS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015.

ALMEIDA, Filho. *La deconstrucción del concepto de riesgo. Ensayo de la deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial, Bs As 2000.

STOLKINER, Alicia. GOMEZ, Sara Ardila. *Conceptualizando la salud mental en las practicas consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría 2012.

SNNAP, Zara. *Los desafíos y opciones de regulación del cannabis en México y otros países*. Revista EL puno sobre la i, 2014.

CALABRESE, Alberto. *Breves consideraciones sobre la asociación delito –sector social-drogas*. Cuadernos para una Nueva Independencia, 2015.

RYAN, Susana Beatriz. *Consumo de Drogas, abordaje terapéutico y derechos*. 2006.

OMS. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. OMS, Ginebra, 2014.