

UNA MIRADA RETROSPECTIVA SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS Y EL ENCARCELAMIENTO.

ANÁLISIS DE ESTADÍSTICAS CARCELARIAS EN ARGENTINA

María Alejandra Acquaviva y María Gabriela Innamoratto

INTRODUCCION

El informe mundial de drogas estima que 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población mundial adulta, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015 (ONUDD, 2017). Casi 30 millones de personas padecen trastornos provocados por el uso de drogas, pudiendo quedar afectados por adicciones que requieren tratamiento. Sin embargo, el acceso a servicios de salud es limitado, ya que menos de 1 de cada 6 personas afectadas reciben tratamiento cada año y no hay una tendencia clara de mejoría en este aspecto.

El consumo de drogas también se lleva muchas vidas de manera prematura. Se calcula que cada año se producen alrededor de 43.5 muertes por millón de personas adultas (ONUDD, 2016). La mayoría de estas muertes podrían evitarse, tanto las relacionadas con el consumo de las sustancias como las derivadas de la violencia que genera su circulación y comercio.

El narcotráfico arraiga en un tejido social y requiere de un sistema organizado que cobra dinamismo según el terreno en el cual se desarrolla. A lo largo de los últimos años, no solamente se ha incrementado la actividad del comercio ilegal como así también de otros delitos asociados. También se ha adaptado a las nuevas exigencias de la delincuencia organizada perfeccionado sus métodos y transacciones, pero siempre ha requerido de personas que solventen dichas prácticas y, en este punto, los jóvenes y las mujeres son los más vulnerables.

Los mercados de algunas drogas, especialmente la cocaína y las sustancias sintéticas parecen estar prosperando y que cada vez más grupos interactúan con otros sectores ilícitos reproduciendo otras prácticas delictivas como la falsificación de mercaderías, la trata de personas, el tráfico de migrantes y de armas. Se calcula que en 2014 la venta de drogas reportó aproximadamente entre un quinto y un tercio de los ingresos de los grupos delictivos organizados transnacionales en todo el mundo (ONUDD, 2017).

Estos datos muestran la dimensión y transversalidad del fenómeno que se aborda. El consumo y tráfico de drogas ha penetrado paulatinamente en todos los países y Argentina no es una excepción. El crecimiento observado en la región, tanto del consumo de drogas como del comercio ilegal y la violencia que genera en su entorno, obliga a los Estados a profundizar en esta problemática y

estudiar este fenómeno desde distintas ópticas, a fin de reorganizar políticas que permitan articular respuestas integrales para esta situación universal.

En los últimos años, se han generado diferentes niveles de alerta por cuanto se advirtieron prácticas insertas en el país que hasta entonces resultaban ajenas. En este sentido, urge revisar las leyes que regulan las drogas desde la perspectiva de los derechos humanos y considerando el crecimiento del número de usuarios de drogas, el policonsumo como modalidad imperante, el aumento del comercio y tráfico de sustancias ilegales y el desarrollo de violencias que genera.

Una de las variables que manifiestan la complejidad de esta problemática es el encarcelamiento por delitos de drogas. Analizar esta cuestión en detalle permite enriquecer el abordaje a este fenómeno multidimensional. En este aspecto, Argentina muestra un crecimiento sostenido. Es la tercera causa de encarcelamiento en el país, luego de los delitos de robo y homicidio, constituyéndose en uno de los factores que más inciden en el aumento de la población carcelaria. Se señala que en los últimos 15 años, prácticamente se triplicó la tasa c/100.000 hab. pasando de 8,8 (2002) a 22.8 (2016). Dentro de la población en situación de encierro casi duplicó su representación: en el 2002 el porcentaje de presos por la Ley 23.737 era 8,4% y en 2016 fue 13%.

A continuación, se presenta un breve recorrido por los antecedentes de la Ley 23.737, vigente a la fecha, y posteriormente se examinan los datos que surgen de los relevamientos del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), tomando como unidad de análisis el período 2002-2016.

Asimismo, a fin de presentar una perspectiva integral de la cuestión, se expone una serie de estudios y abordajes de la problemática de usuarios de drogas en situación de encierro que incluye los resultados de una prueba piloto llevada a cabo por la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos) en la Unidad 1 del Servicio Penitenciario de la provincia de Salta.

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

El debate sobre la legislación de las drogas es un tema de trascendencia mundial. Este apartado tiene como objetivo realizar algunas puntualizaciones sobre el desarrollo del marco legislativo que regula los temas relacionados a estupefacientes en Argentina, señalando algunos hitos referidos a la tenencia, comercio y tráfico de drogas que antecedieron a la Ley 23.737, actualmente vigente en materia penal.

Si bien el consumo de drogas, con sus diferentes modalidades, está presente desde hace muchos siglos, recién a principios del siglo XX comienza a tratarse como una problemática pasible de ser legislada. En ese momento, en parte a instancias de los laboratorios, surge la necesidad de regular

de manera más efectiva la autoadministración, circulación y venta de sustancias psicotrópicas que por entonces era libre y de uso frecuente.

Diversos posicionamientos ideológicos contribuyeron a las políticas que se fueron implementado a lo largo del siglo XX, partiendo de argumentos morales y presiones internacionales, a los que se fueron sumando otros factores de índole social y científico-sanitario.

El primer paso hacia una regulación fue la Convención Internacional de La Haya sobre el Opio en 1912, que constituyó el primer tratado internacional de control de drogas con la participación de 13 países. En ella se establecía que los estados firmantes debían realizar esfuerzos para controlar, o para incitar al control, de todas las personas que fabricaban, importaban, vendían, distribuían y exportaban morfina, cocaína y sus respectivos derivados. La Argentina, si bien no fue uno de los países firmantes, adhirió al tratado tres años después. Aun así, los cambios internos demoraron un tiempo mayor en llegar. En 1924, la Ley 11.309 fue la primera normativa para regular el comercio de estas sustancias, introduciendo modificaciones al artículo 204 del Código Penal y definiendo por primera vez los conceptos ‘narcóticos’ y ‘alcaloides’. Estipulaba como delito la importación clandestina al país de estas sustancias y la venta sin prescripción médica o en dosis mayores a las indicadas en la receta. Dos años más tarde, en 1926, se dicta la Ley 11.331 que avanza un paso más en la prohibición, penando la tenencia de estas sustancias sin autorización debida, cualquiera fuera su fin, y estableciendo una pena que variaba entre 6 meses y 2 años de prisión.

Ya en la década del ‘60, la cuestión toma nuevo auge a nivel internacional ya que se promueve la unificación de las distintas medidas que se habían sucedido a lo largo de los años previos. Con este fin, en 1961, en la ciudad de Nueva York, se firma la Convención Única sobre Estupefacientes¹, la que fuera ratificada en Argentina por decreto en 1963 (Decreto Ley N°7.672/63) y por ley al año siguiente (Ley 16.478/64), reuniendo en un texto único las diferentes normativas. Los 115 países firmantes se comprometían a “limitar la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a fines estrictamente médicos y científicos”. Como novedad, introduce el control del cultivo de algunas plantas que enumera en la misma norma (adormidera, arbusto de coca y planta de cannabis). Asimismo, define las sustancias que estarían bajo efectos del control denominándolas “estupefacientes”.

A nivel local, en 1968, durante el gobierno de Onganía, se dicta una nueva norma de estupefacientes, la Ley 17.567, basada en el modelo de la Convención Internacional. En ella, se detallan las conductas penadas y se aumentan las penas de 1 a 6 años de cárcel. Se mantiene la tenencia ilegítima de estupefacientes y se agrega en el artículo 204 del Código Penal que las penas se apliquen para los casos en que las tenencias “excedan las correspondientes a un uso personal”.

¹ La Convención fue enmendada por el Protocolo de 1972. Ampliar en. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

Ese mismo año, se introducen modificaciones en el Código Civil. La Ley 17.711 incorpora el artículo 152 bis, incluyendo al régimen de inhabilitaciones a los ebrios crónicos, drogadictos, disminuidos mentales y pródigos. Aquí se equiparan cuadros psíquicos de origen y tratamiento muy diverso, atribuyéndoles las mismas limitaciones, sin tener en cuenta las características propias de cada patología.

En 1971, las Naciones Unidas aprueban en la ciudad de Viena un segundo acuerdo a nivel internacional, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, por el cual se amplía el sistema internacional de fiscalización a sustancias de la industria farmacéutica, tales como las anfetaminas, los barbitúricos y las psicodélicas, cuyo consumo indebido se había incrementado en la década de 1960. La Convención contenía restricciones al comercio internacional, las importaciones y exportaciones, junto con otras reglas que apuntaban a limitar el uso de drogas, excepto para propósitos científicos y médicos.

En 1973, con el regreso del gobierno constitucional, se deroga la reforma del Código Penal de 1968 por la Ley 20.509, a partir de la cual se retornó a la redacción de 1926, siguiendo la perspectiva de políticas internacionales de la década del '70 y, particularmente, la de los EEUU que asociaban el problema de las drogas a un tema de seguridad nacional y la campaña antidrogas a una persecución de guerrillas. Así, el tema adquiere un neto peso político y social (Gomez, 2013).

En 1974 se dicta la Ley 20.771 que estipula en el artículo 6 la pena de 1 a 6 años de prisión al que “tuviera en su poder estupefacientes aunque fueran para consumo personal”, y de 3 a 12 años de prisión para conductas de tráfico. Agrega al artículo 77 del Código Penal la definición de “estupefacientes”, aludiendo a psicotrópicos y demás sustancias “capaces de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que elabore la autoridad sanitaria nacional”.

En esta línea, en 1978, la Corte Suprema de Justicia resuelve un caso argumentando que el uso personal de marihuana era punible (Fallo Colavini², tenencia de 2 cigarrillos de marihuana). El tribunal sostuvo “que la represión de la tenencia de drogas es un medio eficaz para combatir la drogadicción y el narcotráfico, ya que la tenencia de droga configura uno de los elementos indispensables del tráfico, y el consumidor una condición necesaria de tal negocio” ya que el consumidor, por los efectos de la droga, produce acciones antisociales que representan un peligro para la sociedad.

Años después, el proceso democrático que se inicia a partir del 1983 trae nuevas perspectivas en el campo social y político y este tema no será la excepción. El consumo de drogas se comienza a entender como un problema psicosocial, considerado como un problema de salud pública con visibilidad social y con efectos autodestructivos sobre los usuarios. Las acciones preventivas

² Fallo Colavini, A (1978): 300:254

comenzaron a tomar auge, hubo mayor oferta asistencial con el surgimiento de las comunidades terapéuticas, debates legislativos y participación de la sociedad civil.

En 1986, un nuevo fallo de la Corte Suprema ante el caso Bazterrica³, se opone al citado Fallo Colavini, declarando en ese momento, la inconstitucionalidad del artículo 6° de la Ley 20.771 que penalizaba la tenencia de drogas para uso personal, priorizando las libertades personales basadas en el artículo 19 de la Constitución Nacional y entendiendo al consumo como una acción de índole privada. Considera que la respuesta penal no necesariamente tiene un efecto “disuasivo moralizador positivo” para el consumidor.

En el marco internacional se firma un tercer acuerdo en 1988, la Convención de Viena contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, en que se insta a los Estados firmantes a tomar medidas para tipificar como delitos penales la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal, aclarando que cada país determinará las medidas para la posesión para uso personal según los principios jurídicos vigentes en ellos. Argentina adhiere a la Convención por Ley 24.072/92.

Finalmente, en 1989 se promulga la actual ley de drogas, Ley 23.737, que modifica y deroga parcialmente la anterior Ley 20.771, tipificando y ajustando las penas por tráfico en una escala penal de 4 a 15 años de prisión. Asimismo, en el artículo 14 diferencia la tenencia ilegítima (simple) con la misma pena de 1 a 6 años de prisión, de la tenencia para consumo personal con menor pena, entre 1 mes y 2 años de prisión. También otorga facultad al Juez para dictar medidas alternativas a la pena, ya fuera una medida de seguridad curativa, en casos de dependencia a las drogas, o educativa en aquellos casos de consumo experimental. Ese mismo año, se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Se.Dro.Nar) con dependencia directa de Presidencia de la Nación.

Sucesivos fallos de la Corte Suprema dejan ver las distintas interpretaciones que ofrecieron sobre temas de tenencia de estupefacientes. Un año después de surgida la ley, la Corte afirma en el caso Montalvo que la tenencia para uso personal era materia punible, independientemente de su cantidad en los términos del artículo 14 de la Ley 23.737 y que tal punición razonable no afecta ningún derecho reconocido por la Constitución. Este argumento estaría en mayor consonancia con lo expresado en el año 1978.

Años más tarde se afianza en Argentina una creciente preocupación por las situaciones de alta vulnerabilidad social en los consumidores de drogas, especialmente los que provienen de extractos sociales más bajos con consumos de sustancias muy tóxicas como el paco. Es entonces que, en el 2009, un nuevo fallo de la Corte, el caso Arriola⁴, vuelve a la postura del caso Bazterrica

³ Fallo Bazterrica, G (1986): 308:1392

⁴ Fallo Arriola, S (2009): SAIJ: FA09000059

considerando que “las razones pragmáticas o utilitaristas” en las que se basaba el enfoque punitivo habían fracasado y que a partir de la vigencia de la Ley 23.737 se habían incrementado las causas por tenencia de quienes eran víctimas del comercio de las drogas, en tanto que el comercio de las mismas había aumentado. Sostiene que la reforma constitucional de 1994 y los tratados de derechos humanos a ella incorporados refuerzan la protección de la privacidad y la autonomía personal y el principio de dignidad humana. Así, quedaba nuevamente cuestionado el artículo 14 de la Ley 23.737 al confrontarlo con el artículo 19 de la Constitución Nacional.

Si bien hoy la Ley 23.737 sigue vigente en toda su expresión, a posteriori de este fallo que tuvo una gran repercusión social y mediática, hay una sostenida tendencia a la desincriminación de la tenencia para consumo personal. Pero debe mencionarse que todavía existen controversias entre posturas diversas y formas de aplicación de la ley con distintas interpretaciones.

Asimismo, a partir del nuevo siglo y por múltiples factores, entre ellos la mayor tolerancia social y el cambio de políticas en la materia, el comercio de drogas ilegales crece a ritmo acelerado, al igual que el número de consumidores. Esto lleva a un aumento significativo de causas en la Justicia Federal por infracciones a la Ley 23.737 de diversa magnitud ya que la ley, así planteada, es sumamente abarcativa en lo referente al uso, comercio, tráfico y cultivo de drogas. En tal sentido, en el 2005 se promulga la llamada “ley de desfederalización” -Ley 26.052-, que introduce modificaciones a la Ley 23.737, en lo relacionado a las competencias jurisdiccionales para la investigación de delitos de menor escala, un principio de reordenamiento de las causas para descomprimir los juzgados federales. El artículo 14 de la norma (la tenencia simple y para consumo personal, el comercio en dosis destinadas al consumidor final y otras conductas de usuarios de drogas como autocultivo y convites) eran delitos pasibles de transferencia hacia las provincias. El artículo 2 reforma el artículo 34 de la Ley 23.737 y establece que los delitos de la ley de drogas seguirán siendo de competencia federal “excepto para aquellas provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que, mediante ley de adhesión, opten por asumir su competencia en las condiciones y con los alcances que se prevén”. En este sentido se deja al libre albedrío de las provincias asumir esta modificación de la Ley 23.737. Ello condujo a una parcialización de la competencia para juzgar algunos delitos previstos en la ley de drogas, que hasta entonces eran materia exclusiva de la Justicia Federal.

Actualmente, luego de más de 10 años de promulgada la “ley de desfederalización”, la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Salta vienen realizando su trayectoria sobre el funcionamiento de este sistema. También, han adherido a esta ley las provincias de Chaco, Formosa⁵, Jujuy⁶, Entre Ríos⁷, La Rioja⁸, y Tucumán⁹. Otras provincias, en tanto, se encuentran en vías de hacerlo.

⁵ Chaco adhirió mediante la Ley N°7573 (06/07/2015) y Formosa por la Ley N°1627 (05/10/2015). Ambas se encuentran vigentes.

⁶ Jujuy adhirió mediante la Ley N°5888 (17/12/2015), no obstante prorrogó la entrada en vigencia por la Ley N°6010 (09/01/2017).

⁷ Entre Ríos si bien adhirió por la Ley N°9783 (22/08/2007), solo se aplica de manera parcial.

Al cerrar este recorrido, no se puede dejar por fuera la promulgación en el año 2010 de la Ley de Salud Mental 26.657, que incorpora las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental (artículo 4) y, como tal, las personas con esta problemática gozan de todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en relación con los servicios de salud.

La Asamblea General de las Naciones Unidas reunida en Viena en 2009, entendiendo el problema de las drogas como un tema mundial, aprobó la Declaración Política por la cual los Estados miembros se ajustan a la adopción de medidas y a fijar metas a alcanzar para el año 2019 en el llamado “Plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas”. Recientemente, la Asamblea General ha revisado el avance de las metas planteadas. En dicha oportunidad se afirmó que “el problema mundial de las drogas sigue siendo una responsabilidad común y compartida que ha de afrontarse en un entorno multilateral mediante una cooperación internacional más intensa y efectiva y que exige un enfoque integrado, multidisciplinario, equilibrado, amplio y basado en datos científicos, con medidas que se refuercen mutuamente” (UNGASS, 2016).

⁸ La Rioja adhirió por la Ley N°7893 (06/10/2006), y posteriormente la Ley N°8762 (12/2009) dispone como fecha de transferencia de jurisdicción el 01/01/11.

⁹ Tucumán adhirió por la Ley N°8664 (13/03/2014), pero la Suprema Corte provincial dispuso suspender la implementación de la normativa hasta resolver su validez constitucional.

ANÁLISIS DE POBLACIÓN CARCELARIA INFRACTORA DE LA LEY 23.737 (SNEEP 2002-2016)

Es sabido que la población carcelaria en Argentina presenta un ritmo de crecimiento continuo. Así, observamos que las personas privadas de libertad crecieron el 70% desde el 2002 al 2016. Pero el aumento es aún mayor en lo concerniente a detenidos por infracción a la ley de drogas durante el mismo período, ya que se triplicaron: en 2002 había 3.345 detenidos y en 2016, 9.923. Solo en el último año se observa un aumento del 28%.

La medición por tasas permite estimar la concordancia con el crecimiento de la población general, siendo una medida más ajustada de valoración. En este caso, la población carcelaria general creció de 118 (2002) a 175 (2016) c/ 100.000 habitantes, mientras que la tasa de personas privadas de libertad por la Ley 23.737 casi se triplicó pasando de 8,8 (2002) a 22.8 (2016) c/100.000 habitantes. En lo que respecta a la proporción dentro de la población carcelaria general, los infractores a la ley de drogas representaron en el 2002 el 7.4% y en el 2016 el 13%¹⁰.

CUADRO N°1

| AÑO | TASA de personas privadas de libertad c/100.000 hab. | TASA de personas privadas de libertad por Ley 23.737 c/100.000 hab. |
|------|--|---|
| 2002 | 118.5 | 8.8 |
| 2008 | 134.5 | 13.6 |
| 2016 | 174.9 | 22.8 |

Fuente: INDEC Y SNEEP. Elaboración propia

Este aumento no necesariamente significa un mejor funcionamiento efectivo de la Justicia ni tampoco eficiencia en la lucha contra el narcotráfico. En este sentido, un informe de 2010 que realiza un profundo análisis sobre ocho países de Latinoamérica, entre los que se incluye Argentina, resume la situación de la ley de drogas y las cárceles en Latinoamérica y expresa:

“En todos estos países, el énfasis de la fiscalización de drogas en sanciones penales ha dado lugar a un gran aumento del número de personas encarceladas por delitos de drogas. La aplicación de leyes severas para los delitos relacionados con drogas no ha sido solamente ineficaz para detener la producción, tráfico y consumo de sustancias ilícitas sino que ha generado consecuencias negativas, como la sobrecarga de tribunales y cárceles

¹⁰ Cabe destacar que el SNEEP mide los delitos imputados sumando todas las menciones que figuran en el legajo de detenido, por lo que es posible que una persona esté imputada de más de un delito, computándose todas las menciones.

(...). El peso de las leyes de drogas se ha sentido con mayor fuerza entre los sectores más vulnerables.” (TNI y WOLA, 2010, p. 5).

Este aumento es coincidente con lo expuesto por el Observatorio de la Deuda Social Argentina en el tercer "Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones: Venta de Drogas y Consumos Problemáticos", (UCA, 2017), que establece que en el período 2010-2015 se observa un importante incremento del registro de venta de drogas en los barrios con el aumento considerable en la proporción de hogares que perciben de manera directa o indirecta que en su barrio se venden drogas. Y en lo que hace a la demanda de drogas, el estudio presentado por la Se.Dro.Nar expresa que el uso de sustancias ilegales se duplicó entre 2010 y 2017, se triplicó el consumo de cocaína (prevalencia de vida) entre los niños y adolescentes respecto de 2010 y, en la misma franja, el consumo de éxtasis aumentó un 200% (OAD, 2017).

Analizando datos demográficos de la población privada de libertad por infracción a la ley de drogas en 2016, se observa que:

- ✓ El 87% son varones (8.620) y el 13% mujeres (1.272). También se registraron 31 personas trans, clasificación que se implementó desde el año 2015.
- ✓ La franja etaria preponderante se ubica entre los 25 y 45 años configurando al 64% de los detenidos por esta causa.
- ✓ El 86% son argentinos y el resto extranjeros (mayormente paraguayos, peruanos y bolivianos).
- ✓ Son solteros el 76%.
- ✓ El 35% estaba desocupado a su ingreso al sistema carcelario y otro 46% tenía trabajo precario. Sólo el 19% refirió trabajo en el sistema formal. Estos datos guardan congruencia con el resto de la población detenida.
- ✓ Casi 8 de cada 10 personas no ha alcanzado el nivel de escolaridad obligatorio y, de ellos, el 3% no tiene ningún tipo de instrucción formal.
- ✓ En el sistema carcelario, la mitad de los detenidos por esta causa cursan estudios para completarlos (2.579 el nivel primario y 2.165 el secundario). Un pequeño grupo cursa estudios superiores (338).
- ✓ La mitad tiene conducta ejemplar dentro del sistema carcelario y un 25% conducta muy buena o buena.

El cuadro siguiente detalla el nivel de instrucción de las personas privadas de libertad por drogas en relación a la población carcelaria total. La tercera columna expone el porcentaje que representa en el total. Surge del análisis que el nivel de educación muestra una leve tendencia a ser mejor en comparación con el resto de los detenidos. Así, de la población privada de libertad que presenta

estudios terciarios/universitarios completos o incompletos, el 20% está detenido por infracción a la Ley 23.737.

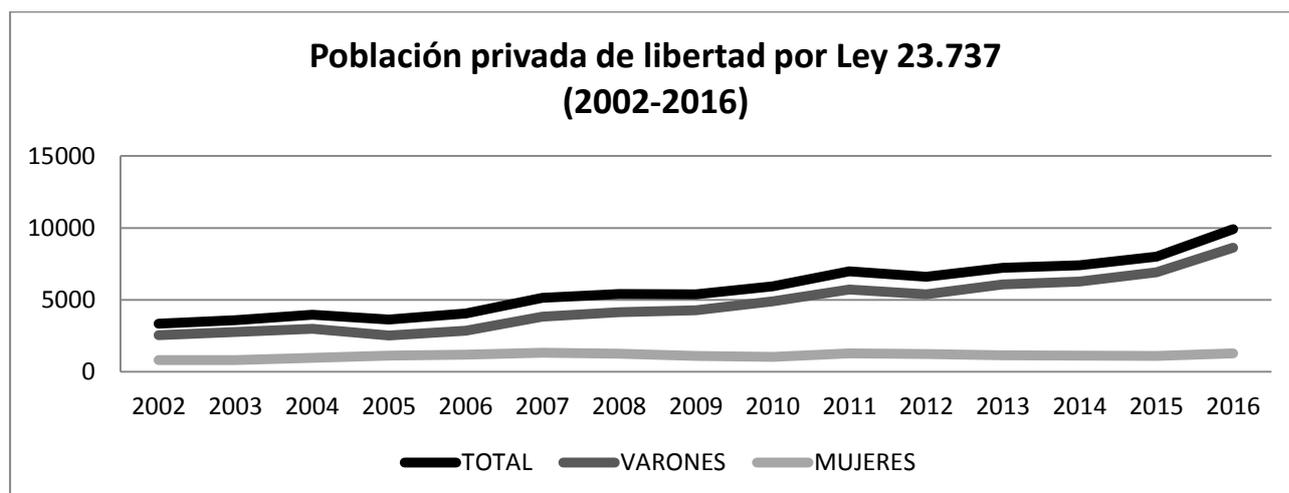
CUADRO N°2

| Nivel de instrucción | POBLACION TOTAL 2016 | POBLACION INFRACTORA LEY 23737 2016 | PORCENTAJE DE LA POBLACION CARCELARIA TOTAL |
|-----------------------------|---------------------------------|--|--|
| Ninguno | 4.399 | 312 | 7 |
| Primario incompleto | 21.794 | 2.467 | 11 |
| Primario completo | 25.270 | 3.216 | 13 |
| Secundario incompleto | 14.917 | 2.311 | 15 |
| Secundario completo | 6.352 | 1.081 | 17 |
| Terciario incompleto | 462 | 78 | 17 |
| Terciario completo | 455 | 72 | 16 |
| Universitario incompleto | 602 | 125 | 21 |
| Universitario completo | 272 | 51 | 19 |

El análisis de la evolución que ha tenido la población privada de libertad por causas de drogas permite describir algunos de los recorridos y modalidades del tráfico de estupefacientes. Advirtiendo que las problemáticas que derivan del comercio de las drogas en cuanto a sus actores, su complejidad y dimensión excede este ángulo de análisis, se estima que la representación de esta población aporta una visión del problema. Desde esta perspectiva, se presentan aquí datos que resultan de interés en relación al período 2002-2016.

Como se dijo anteriormente, en este período se triplicó el número de personas privadas de libertad por causas relacionadas a la ley de drogas. Un análisis en relación con el género, muestra que este aumento se produce fundamentalmente a expensas de los varones, ya que en el período estudiado subieron 240%. En cambio, el total de las mujeres detenidas por esta causa creció 58% en el mismo lapso de tiempo.

GRÁFICO N°1



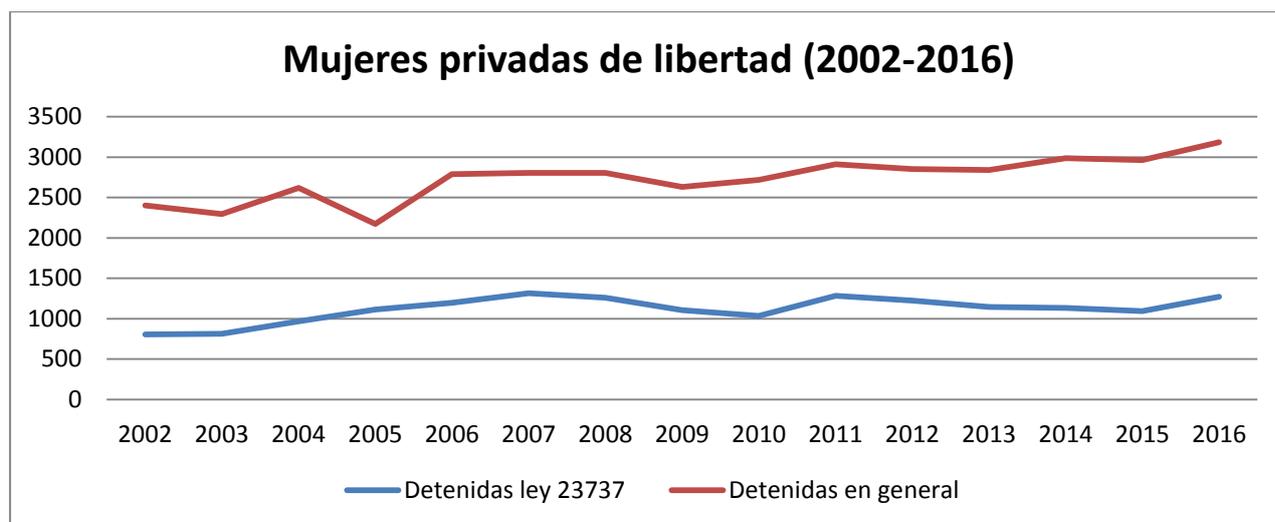
Los robos y los homicidios son, desde el punto de vista cuantitativo, el primer y segundo delito que cometen los varones. La infracción a la ley de drogas ocupa el tercer lugar. En cambio, la infracción a la ley de drogas es el principal delito por el que están encarceladas las mujeres, ya que los delitos como robo y homicidio se verifican en menor cuantía. En el 2002, 1 de cada 3 mujeres detenidas lo estaba por esta causa. Si bien en el período de estudio hubo algunas oscilaciones con aumento de mujeres privadas de libertad por esta causa, en 2016 se registran 1.272 mujeres detenidas por infracción a la ley de drogas sobre un total de 3.184 privadas de libertad, representando un 40% del total.

Tradicionalmente, el rol de las mujeres en el tráfico de drogas se circunscribe a enlaces prescindibles e intercambiables en los dispositivos de venta de drogas, no representan piezas significativas y son fácilmente captadas por las fuerzas de seguridad.

CUADRO N°3

| | Personas privadas de libertad por infracción a la ley de drogas | | |
|-------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | % de población carcelaria 2002 | % de población carcelaria 2008 | % de población carcelaria 2016 |
| Varón | 6% | 8.2% | 11.8% |
| Mujer | 33.5% | 45% | 40% |

GRÁFICO N°2



Entre los detenidos por la ley de drogas, los jóvenes son la población que más creció en el período 2002-2016. El rango de 18-24 años se cuadruplicó, lo que refuerza la idea de captación por parte de estratos superiores del narcotráfico de personas jóvenes. Generalmente, este es el modo de obtener una forma de subsistencia en poblaciones de alta vulnerabilidad social o incluso de proveerse de drogas en personas adictas. El siguiente rango etario de 25-44 años se triplicó y representa históricamente la población más numerosa de detenidos por esta causa, siendo en el 2016, el 64% del total de detenidos.

CUADRO N°4

| AÑO | Hasta 24 años | De 25 a 44 años | De 45 a 64 años | 65 años y más |
|-------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 2.002 | 364 | 2.256 | 707 | 15 |
| 2.008 | 808 | 3.343 | 1.131 | 70 |
| 2.016 | 1.429 | 6.376 | 1.969 | 140 |

La distribución según género muestra una conformación distinta de edades. Las mujeres mayores de 35 años constituyen el 62% (2016) mientras que en los varones alcanza el 49%. En el periodo estudiado, las mayores de 45 se duplicaron y es el rango etario que más creció. Esto implica que las mujeres evidencian un leve desplazamiento hacia edades más avanzadas.

CUADRO N°5

| Edades | 2015 | |
|-----------------|--------------|--------------|
| | VARONES % | MUJERES % |
| De 18 a 20 años | 3 | 3 |
| De 21 a 24 años | 12 | 8 |
| De 25 a 34 años | 36 | 27 |
| De 35 a 44 años | 29 | 32 |
| De 45 a 54 años | 13 | 21 |
| De 55 a 64 años | 5 | 8 |
| 65 años y más | 2 | 1 |

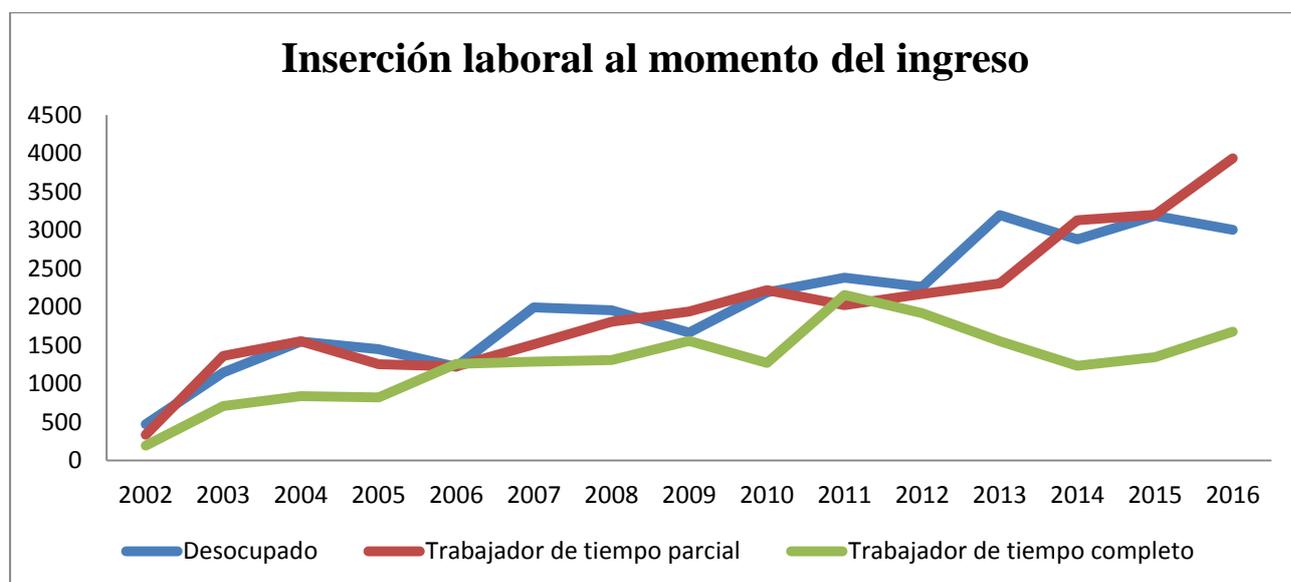
La distribución según nacionalidad se ha mantenido estable en términos generales. Los argentinos representan el 86% de la población privada de libertad por esta causa, el resto son extranjeros. Esto representa una diferencia respecto de la población general, en la que estima, según datos del INDEC, que el 5% de la población de nuestro país es extranjera. Tomando la población carcelaria total se observa que esta proporción se mantiene, no así para los detenidos por la ley 23737, cuyo porcentaje asciende a 14%. Entre ellos, prácticamente todos son latinoamericanos (99%), siendo en su mayoría paraguayos, seguidos por peruanos y bolivianos. En relación a las mujeres infractoras de la ley 23737, 1 de cada 4 detenidas son extranjeras.

CUADRO N°6

| Nacionalidad | Población privada de libertad por Ley 23.737 2016 | Varones | Mujeres |
|--------------|---|--------------|--------------|
| Argentina | 8.501 | 7.525 | 965 |
| Boliviana | 320 | 222 | 97 |
| Brasileña | 30 | 22 | 8 |
| Chilena | 64 | 56 | 8 |
| Paraguaya | 460 | 379 | 81 |
| Uruguaya | 45 | 39 | 6 |
| Peruana | 348 | 257 | 73 |
| Colombiana | 52 | 43 | 9 |
| Ecuatoriana | 7 | 5 | 1 |
| Española | 5 | 4 | 1 |
| Italiana | 3 | 3 | 0 |
| Inglesa | 2 | 2 | 0 |
| China | 1 | 1 | 0 |
| Sudafricana | 1 | 1 | 0 |
| Nigeriana | 1 | 1 | 0 |
| Otras | 83 | 60 | 23 |
| TOTAL | | 8.620 | 1.272 |

En lo referente a la actividad laboral previa al ingreso al sistema carcelario, los datos evidencian que en el período 2002-2016 existe una evolución negativa, ya que hay un marcado ascenso del nivel de desocupación y precarización laboral al momento del ingreso al sistema penitenciario en concordancia con un descenso de la inserción en trabajos de tiempo completo.

GRÁFICO N°3



En lo que respecta a distribución geográfica, el SNEEP informa que el 90% de las personas residía en ámbitos urbanos. En la distribución según provincias de residencia se observa que las de mayor número de detenidos por esta causa son Buenos Aires y Córdoba, seguidas de Salta y Ciudad de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe. Estas 6 provincias congregan más de las tres cuartas parte de los detenidos por la ley de drogas. Estos datos brindan elementos valiosos a la hora de pensar estrategias globales de prevención. La tabla que se detalla a continuación posibilita profundizar este análisis.

CUADRO N°7

| Última provincia de residencia | 2002 | 2008 | 2016 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Buenos Aires | 1.916 | 1.894 | 4.068 |
| Catamarca | 4 | 75 | 85 |
| Chaco | 9 | 34 | 117 |
| Chubut | 30 | 58 | 96 |
| Ciudad de Buenos Aires | 247 | 701 | 509 |
| Córdoba | 244 | 323 | 1.482 |
| Corrientes | 6 | 89 | 129 |
| Entre Ríos | 40 | 41 | 283 |
| Formosa | 11 | 10 | 107 |
| Jujuy | 48 | 59 | 192 |
| La Pampa | 27 | 26 | 22 |
| La Rioja | 4 | 0 | 15 |
| Mendoza | 80 | 209 | 435 |
| Misiones | 99 | 177 | 290 |
| Neuquén | 32 | 33 | 21 |
| Río Negro | 16 | 18 | 42 |
| Salta | 263 | 374 | 725 |
| San Juan | 34 | 48 | 215 |
| San Luis | 29 | 40 | 39 |
| Santa Cruz | 17 | 25 | 47 |
| Santa Fe | 104 | 155 | 408 |
| Santiago del Estero | 8 | 30 | 45 |
| Tierra del Fuego | 8 | 7 | 30 |
| Tucumán | 60 | 66 | 97 |
| TOTAL | 3.345 | 5.399 | 9.923 |

En el período 2002-2016 se observa una marcada diferencia en la evolución del número de causa en las distintas jurisdicciones, lo cual podría responder, en parte, al traspaso de causas desde la Justicia Federal hacia las jurisdicciones provinciales a partir de la promulgación de la Ley 26.052 en el 2005. En ese año, el 82% de las causas estaban radicadas en la Justicia Federal y el resto en la Justicia Provincial o Nacional. En cambio, en el año 2016 menos de la mitad se encuentra en la

Justicia Federal (44%) y el resto, principalmente, en la Justicia Provincial (49%), Justicia Nacional y de CABA.

CUADRO N°8

| Jurisdicción Judicial | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Jurisdicción Provincial | 285 | 645 | 600 | 380 | 749 | 1.416 | 1.805 | 1.981 | 2.257 | 2.967 | 2.770 | 3.265 | 3.260 | 3.611 | 4.838 |
| Jurisdicción Nacional ¹¹ | 170 | 289 | 326 | 246 | 517 | 669 | 708 | 731 | 594 | 887 | 612 | 630 | 423 | 585 | 717 |
| Jurisdicción Federal | 2.890 | 2.638 | 3.039 | 2.782 | 2.565 | 2.870 | 2.661 | 2.607 | 2.840 | 3.138 | 3.228 | 3.326 | 3.727 | 3.815 | 4.358 |
| Justicia de C.A.B.A. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |

En esa línea, cabe señalar el caso de la Provincia de Buenos Aires, que en el 2005 tenía en sus cárceles provinciales solamente 45 detenidos por la Ley 23.737, mientras que en 2016 se elevan a 2.763.

GRÁFICO N°4



¹¹ En el caso de los detenidos por la ley 23737 en el ámbito de la Justicia Nacional, se trataría de personas con causas conexas por las cuales ingresan en dicha Jurisdicción.

En lo referente a la situación legal de las personas privadas de libertad por estos delitos, se observa que en el 2015 solo el 31% tenía condena. En cambio, en el 2016 se eleva al 37%. Si bien la modificación es pequeña, puede marcar una tendencia a mejorar la situación de las personas detenidas más acorde con los estándares internacionales que requieren que los Estados utilicen la prisión preventiva solo como una circunstancia excepcional, ya que de lo contrario se violan los principios de proporcionalidad y la presunción de inocencia¹². La aplicación de las penas por infracción a la ley de drogas debe adecuarse tanto a las leyes argentinas como a las convenciones internacionales a las cuales el país adhiere.

En la tabla siguiente se puede observar la jurisdicción judicial a la que pertenecen las personas que ya tienen condena. La Justicia Federal, la provincia de Buenos Aires y Córdoba reúnen el 83% de los condenados por la Ley 23.737.

CUADRO N°9

Condenados por infracción la Ley 23.737

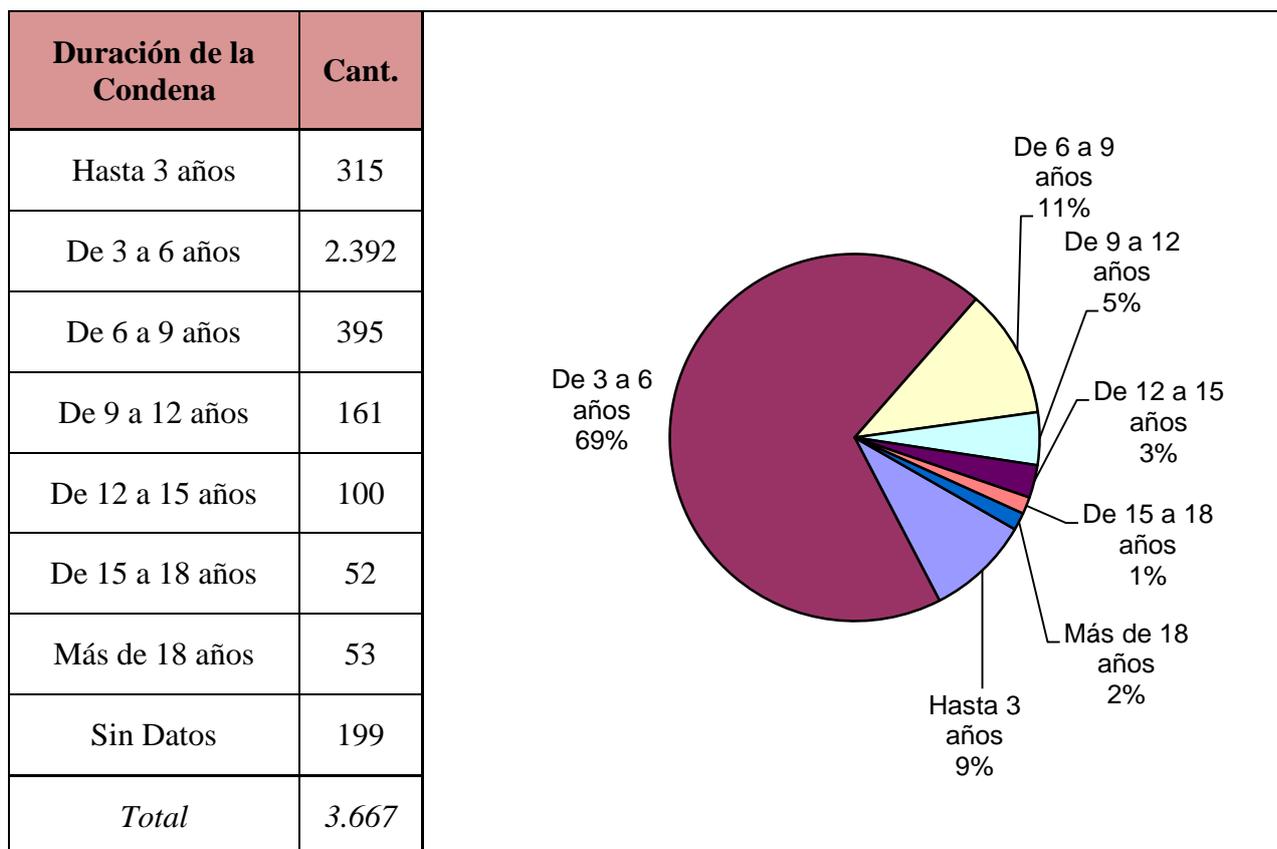
| Jurisdicción Judicial | Número | Porcentaje |
|---------------------------------------|-------------|--------------|
| PROVINCIAL Buenos Aires | 902 | 27,6 |
| PROVINCIAL Córdoba | 574 | 17,6 |
| PROVINCIAL Chaco | 5 | 0,2 |
| PROVINCIAL Chubut | 1 | 0 |
| PROVINCIAL Entre Ríos | 1 | 0 |
| PROVINCIAL Mendoza | 16 | 0,5 |
| PROVINCIAL Misiones | 2 | 0,1 |
| PROVINCIAL Río Negro | 1 | 0 |
| PROVINCIAL Salta | 289 | 8,8 |
| PROVINCIAL San Luis | 4 | 0,1 |
| PROVINCIAL Santa Fe | 8 | 0,2 |
| PROVINCIAL Santiago del Estero | 1 | 0 |
| PROVINCIAL Tierra del Fuego | 2 | 0,1 |
| PROVINCIAL Tucumán | 1 | 0 |
| NACIONAL Ciudad de Buenos Aires | 227 | 6,9 |
| FEDERAL | 1230 | 37,6 |
| Justicia de la Ciudad de Buenos Aires | 4 | 0,1 |
| Total | 3268 | 100,0 |

Se releva que el 68% de los detenidos que fueron condenados exclusivamente por delito de drogas presentan una pena de prisión por 3 a 6 años.

¹² El "principio de inocencia" fue consagrado en las Declaraciones y Convenciones de Derechos Humanos e incorporados por el [art. 75 inc. 22](#) de la Constitución Nacional.

CUADRO N°10

GRAFICO N°5



Un comentario especial merece el tema de las personas que se encuentran procesadas a la espera de un juicio. En las cárceles argentinas la mitad de las personas se encuentra sin condena. De los detenidos por delitos de drogas, 6.233 personas se encuentran en esta condición, lo que representa una proporción ostensiblemente mayor al promedio general.

En una visión evolutiva a lo largo del período estudiado, se observa que el porcentaje de la población general privada de libertad que se encuentra sin condena disminuye y presenta una tendencia a revertir esta condición, aunque dista de lo esperado en cuanto a la cantidad de procesados. Sin embargo, respecto de la población infractora de la ley drogas la problemática se agudiza ya que aumentan paulatinamente los procesados y decrecen los condenados y sólo el último año parece revertirse esta tendencia.

GRAFICO N°6

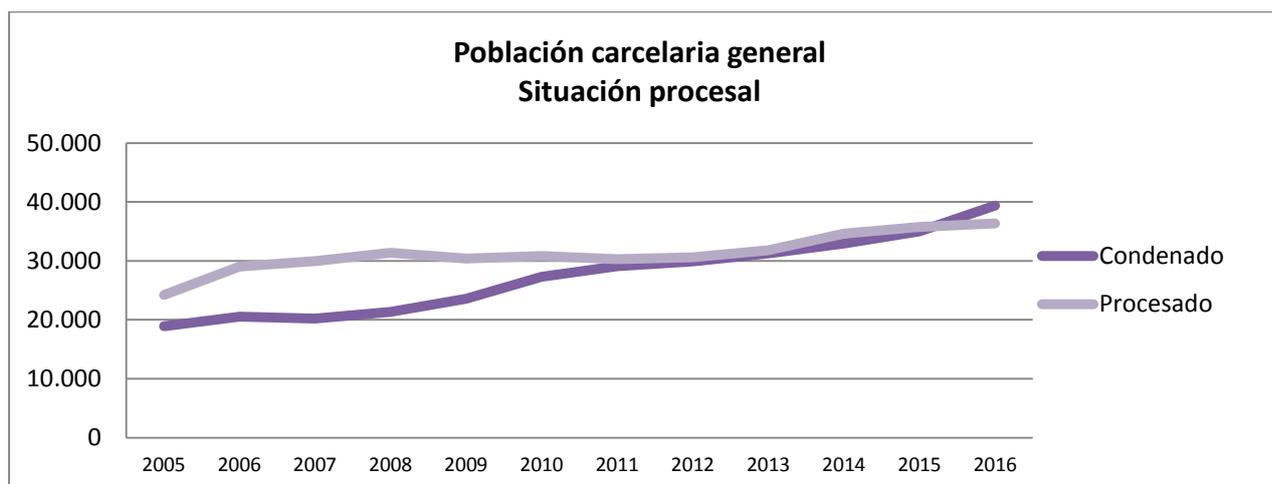
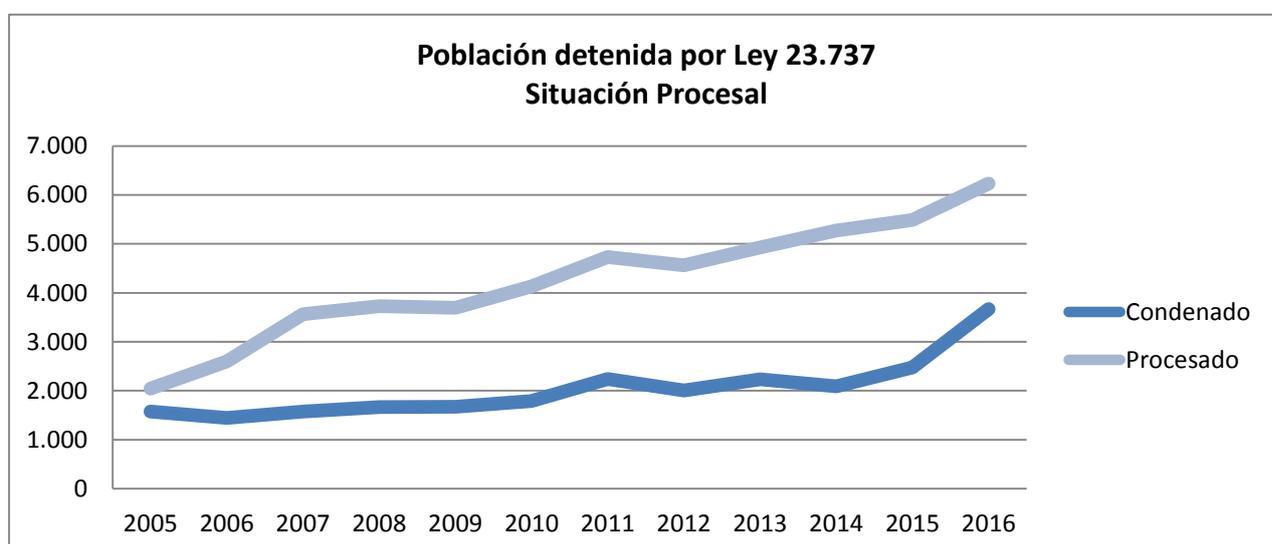


GRAFICO N°7



Un aspecto de interés para destacar es la clasificación estadística de este delito. De acuerdo a estándares internacionales, y para mejorar la calidad de los datos, a partir de 2016 se introdujo en el SNEEP una nueva modificación en el relevamiento de los datos referidos a la Ley 23.737. En este sentido, se analiza el tipo de acusación que han recibido las personas detenidas por esta ley, surgiendo 4 categorías: tenencia, comercialización, tráfico y otros (este último engloba al resto de las causas). Por ser el primer año de su aplicación, aún subsisten algunos inconvenientes en su aplicación ya que algunas unidades no informan en la forma exigida por la nueva categorización, respondiendo un genérico o sobrecargando alguna de las categorías. A continuación se detalla la distribución de causas en el año 2016 acorde a las taxonomías descriptas.

CUADRO N°11

| TIPOS DE DELITOS | NÚMERO DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD |
|---|--|
| Infracción ley n° 23.737 (estupefacientes) | 1.371 |
| Infracción ley n° 23.737 – TENENCIA | 2.739 |
| Infracción ley n° 23.737 – COMERCIALIZACIÓN | 4.262 |
| Infracción ley n° 23.737 – TRÁFICO | 794 |
| Infracción ley n° 23.737 – OTROS | 1.310 |

Como se observa, los delitos de comercialización son los más numerosos, seguidos por los de tenencia. Según se expresó anteriormente, en este primer año de implementación de la nueva categorización existen muchas causas de personas detenidas por esta ley que habrían quedado aún sin una adecuada clasificación.

Sin embargo, a modo de aproximación y tomando los recaudos del caso, se seleccionaron aquellas causas que fueron detalladas y se realizó una distribución por género y por jurisdicción judicial. Se observa que, de este grupo, las causas de infracción por tenencia están mayormente radicadas en la Justicia Provincial, en una relación de 4 a 1 respecto de la Justicia Federal. A diferencia de las causas de infracciones por comercialización que guardan cierta distribución equitativa entre las jurisdicciones provinciales y la federal. La proporción se invierte para las causas por infracción de tráfico.

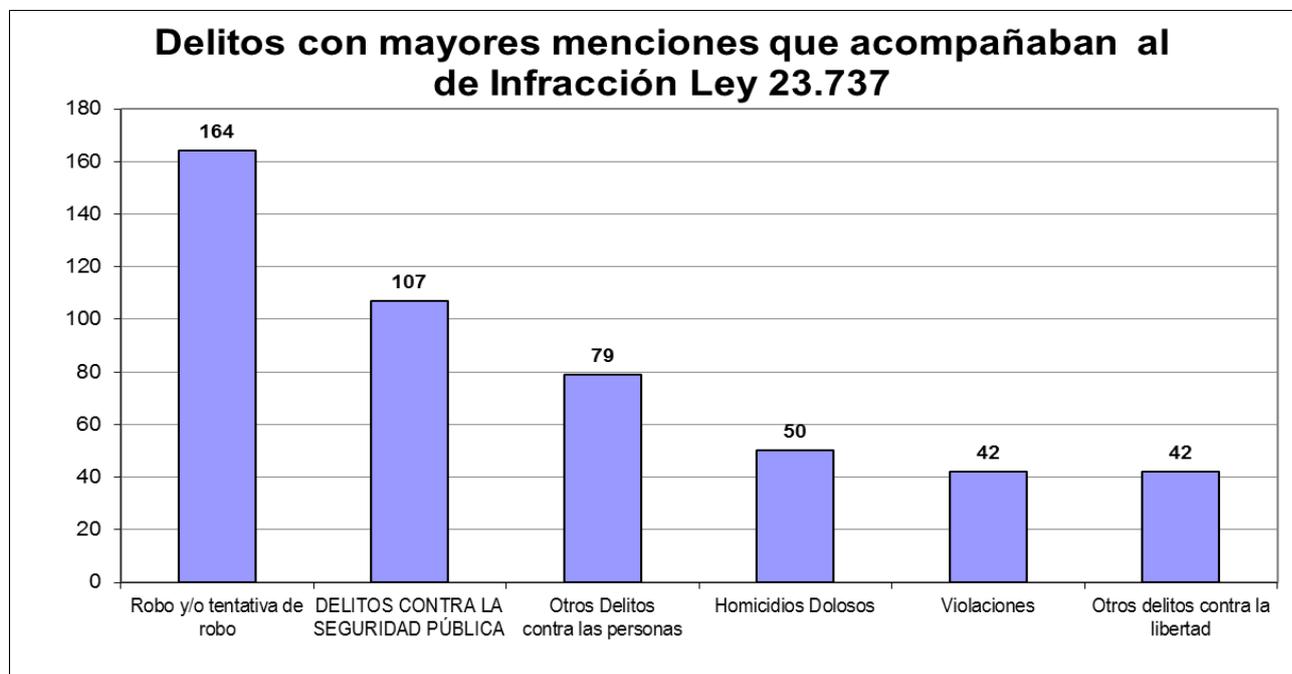
En cuanto a la distribución por género, se señala que 54% de los varones de esta muestra están detenidos por tenencia, 36% por comercialización y 10% por tráfico. Similares guarismos arroja el número de mujeres, a saber: 57% por tenencia, 33% por comercialización y 10% por tráfico. En cuanto a la población transgénero, si bien el número es muy pequeño, se distribuyen de manera similar entre tenencia y comercialización.

CUADRO N°12

| Delito | Género | Provincial | Nacional | Federal | Justicia CABA | Total |
|---|---------|------------|----------|---------|---------------|-------|
| INFRACCIÓN LEY 23.737 – TENENCIA | Hombres | 1.912 | 25 | 471 | | 2.408 |
| | Mujeres | 223 | | 96 | 1 | 320 |
| | Trans | 2 | | 4 | | 6 |
| INFRACCIÓN LEY 23.737 - COMERCIALIZACION | Hombres | 1.308 | 429 | 1.941 | 4 | 3.682 |
| | Mujeres | 295 | 14 | 253 | | 562 |
| | Trans | 1 | | 8 | | 9 |
| INFRACCIÓN LEY 23.737 – TRAFICO | Hombres | 66 | 71 | 535 | 4 | 676 |
| | Mujeres | 10 | 16 | 90 | | 116 |
| | Trans | | | | | 0 |

Es de destacar que el 11% de las personas tienen más de una acusación por lo que se solapan diferentes infracciones a la ley penal. Por ejemplo, 50 personas han cometido también homicidios y 164 robo/hurto o tentativa.

GRAFICO N°8



Se estima que las últimas modificaciones mencionadas para el relevamiento del SNEEP rendirán frutos en los informes próximos. Actualmente se está trabajando en un protocolo que facilite a las Unidades Penitenciarias el envío de los datos referentes a la causa de la privación de libertad según el articulado de la Ley 23.737.

ESTUDIOS Y ABORDAJES DE LA PROBLEMÁTICA DE USUARIOS DE DROGAS EN SITUACIÓN DE ENCIERRO

Los estudios consultados coinciden en señalar una compleja relación entre el uso de sustancias psicoactivas y el delito. Se han desarrollado algunas investigaciones en distintos países y Argentina no ha sido la excepción. En nuestro país los principales estudios realizados sobre la asociación entre uso de drogas y delito han sido promovidos desde el ámbito oficial, entre los cuales se destacan los realizados por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) en el marco del “Programa de estudio sobre la relación entre el uso indebido de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos”, que desde 2004 viene llevando a cabo investigaciones cuantitativas y cualitativas en población privada de libertad acerca de la problemática¹³.

Así, en 2016 el Observatorio publicó el estudio “Población Privada de Libertad Unidades del Servicio Penitenciario Federal - Estudio Nacional sobre condiciones de salud, consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento”. El mismo se llevó a cabo en el año 2012 en la población mayor de 18 años privada de libertad, alojada en los recintos penitenciarios del Servicio Penitenciario Federal. Se entrevistaron 453 personas de ambos sexos, sobre un total de 8.771 personas privadas de libertad de todo el país, bajo la situación jurídica de condenados y procesados. Se consultó a los internos sobre su participación dentro del recinto penitenciario en actividades como talleres/cursos que trataran sobre los riesgos del consumo de drogas. Casi un cuarto respondió que no existía oferta en las unidades, lo que imposibilita su participación. Y en aquellas unidades donde había oferta de talleres y/o cursos, solo asistía el 13%.

El estudio presenta, además, una comparación entre los datos obtenidos y los datos de la Encuesta en Población General denominada “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina, 2010”, realizada por el mismo organismo. En referencia a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas expone que:

El 68,5% de los entrevistados consumió alguna droga ilícita alguna vez en la vida porcentaje que sextuplica al obtenido en los estudios en población general que arrojan un 10,7%.

El 51,9% de la población privada de libertad consumió cocaína alguna vez, mientras que en población general el porcentaje es 3,1%. El 64% consumió marihuana, en tanto que en población general, fue 9,2%.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de sustancias, es sustancialmente inferior que en el promedio nacional. Entre el 40% y el 50% de los internos que consumieron marihuana y sustancias inhalables iniciaron estos consumos a los 14 años mientras que en población general los porcentajes

¹³ Se pueden encontrar los estudios en <http://www.observatorio.gov.ar/>

disminuyen al 8% y 23%. Asimismo, relevó que la precocidad en el inicio del consumo de cocaína en población privada de libertad es del 20% y en población general, 5,9%.

En relación a la intensidad de consumo y dependencia de drogas y el abordaje de esa problemática, se observó que el 59,4% de los varones presentaba un consumo de alcohol perjudicial, el 38,2% presentaba indicadores de dependencia hacia el consumo de marihuana y el 70,1% al consumo de cocaína. En tanto casi el 23% de los entrevistados, equivalente a 1.879 personas representadas, que consumieron drogas y/o alcohol alguna vez en la vida, recibieron tratamiento durante la privación de libertad. Las principales sustancias de consumo mencionadas fueron cocaína, marihuana y pasta base.

La modalidad de tratamiento que estos pacientes privados de libertad recibieron y que no son excluyentes fueron, en mayor medida, asistencia psicoterapéutica (individual y grupal) 84,3%, grupos de autoayuda el 56% y bajo la modalidad de comunidad terapéutica el 48,2%. Es de destacar que el 80% de los internos evaluó positivamente esa experiencia. •

En el mismo año 2012, la Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de justicia y Legislación Penal publicó los datos de una investigación realizada en las Unidades 24 y 26 de Marcos Paz que alojan jóvenes adultos privados de la libertad denominado “Caracterización a partir de un estudio exploratorio mediante metodología de encuesta” (Fernández y Pedro, 2012). En el estudio se indagaron diferentes tópicos en relación al consumo de sustancias psicoactivas, los datos presentados corresponden a 248 entrevistas personales realizadas a jóvenes, sobre un universo de 531 jóvenes privados de la libertad alojados en dichos institutos. Del relevamiento de los datos surge que:

- Ocho de cada diez jóvenes afirman haber consumido drogas antes de estar detenidos, siendo la principal droga consumida la marihuana y en menor proporción cocaína y pasta base.
- Una baja proporción de los mismos menciona estar detenido por infracción a la ley 23.737 Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (6,4%) mientras que la mayoría de ellos el 81,7% refiere estarlo por delitos contra la propiedad
- El 38% de los jóvenes afirma haber cometido el primer ilícito entre los 11 y los 14 años de edad, y un porcentaje similar lo cometió entre los 15 y 19 años.

La precocidad tanto en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas como en la comisión del primer delito, el elevado porcentaje de jóvenes que refieren consumo de drogas concurrente con el involucramiento en prácticas delictivas (mayormente delitos contra la propiedad) son datos coincidentes con los obtenidos por la investigación llevada a cabo por la misma Dirección en el año 2015 (Innamoratto, Acquaviva, Canavessi y Ruiz, 2015). Ese estudio exploratorio, descriptivo e interpretativo incluyó la realización y análisis de una encuesta a 1.200 personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el área metropolitana de Buenos Aires.

De este estudio surge que el 63% del total de los encuestados refirieron haberse involucrado en prácticas delictivas, aunque cabe mencionar que en el corte etario de hasta 25 años, el porcentaje ascendió a 75%, y aún más, en el recorte de hasta 18 años se observó que el porcentaje sube a 84%. Esto da cuenta de un agravamiento de esta problemática en los últimos años.

En cuanto a los tipos de delitos cometidos, aquí también se releva una amplia prevalencia de robos por sobre el resto de los delitos. Entre quienes afirmaron haberlo hecho, 9 de cada 10 refirieron que el primer delito fuera del hogar fue un robo. Los tipos de robos más aludidos fueron: robo a comercios, a casas y autos. En proporciones que no superaron el 5%, fueron mencionados la comercialización de drogas, el hurto, las lesiones y los homicidios/tentativas de homicidio como primer delito.

La edad de comisión de primer delito y la de inicio en consumo de drogas resultaron coincidentes y se caracterizaron por la precocidad. Así, la edad de 13 años es la de mayor ocurrencia para el inicio de consumo de alcohol y los 14 años para el inicio en el consumo de drogas, en tanto el 34% de los refirieron involucrarse en prácticas delictivas lo hicieron antes de los 14 años. Es de destacar que el 34% de los encuestados refiere edades de entre los 6 y 13 años. En el recorte de hasta 16 años, el 72% de los encuestados refiere haber cometido al menos un delito.

Estos datos son coherentes con lo referido por diferentes expertos en la materia en cuanto sostienen que el consumo precoz de sustancias psicoactivas genera una gran vulnerabilidad en el desarrollo de la persona ya que a edades tempranas el consumo sostenido de drogas genera consecuencias a nivel cerebral. Por tanto, un cerebro juvenil que ha tomado contacto con drogas no sale indemne de esa experiencia, ya que puede acarrear alteraciones cognitivas, psíquicas y conductuales, entre otras.

Los datos relevados respecto de las razones que tuvieron para cometer el primer delito permiten observar que el motivo más mencionado fue el aprovisionamiento de sustancias psicoactivas. Analizando estas referencias a partir de la teoría de Goldstein (Goldstein, 1985), la vinculación “económica” se presenta como la mayor respuesta, especialmente entre los más jóvenes. Es decir, frente a la necesidad imperiosa de consumir se delinque para obtener medios para conseguir las sustancias.

A nivel latinoamericano, la cuarta publicación conjunta del Sistema Subregional de la Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay “Consumo de drogas en la población privada de libertad y la relación entre delito y droga”¹⁴ se llevó adelante en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONNUD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD) con el

¹⁴ El informe completo se puede ver en https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf

objetivo de estimar la asociación entre la comisión de delitos y el consumo de sustancias psicoactivas.

Este informe puede considerarse una reflexión sobre los temas más importantes vinculados al consumo de drogas en la población privada de libertad y a la presentación de evidencia que respalda la relación entre delito y droga. Destaca algunos aspectos de ambos fenómenos sociales y de las políticas públicas tendientes a enfrentarlos; el rol del Estado y de la ciudadanía frente a las drogas y al delito; la lucha contra el narcotráfico; y la realidad de los sistemas penitenciario y penal en algunos países sudamericanos.

En cada uno de los países, las características demográficas y socio-ocupacionales de las personas privadas de libertad indican que se trata de una población joven y adulta joven, es decir, la mayoría se encuentra entre los 18 y los 30 años de edad. Tienen una débil vinculación al trabajo formal y experiencias fallidas de escolarización. El consumo de alcohol diario es frecuente, lo mismo que el uso de marihuana y cocaína o pasta base/ bazuco, con altos niveles de policonsumo.

Los porcentajes de personas privadas de libertad, que consumieron drogas alguna vez, superan ampliamente al promedio de consumo de la población general en cada uno de los países que intervienen en el estudio. Aquellos que han sido condenados más de una vez en su vida, aparecen con prevalencias de consumo de drogas sistemáticamente mayores que los primerizos.

En el caso de la población privada de libertad de Argentina, el 64% declaró haber consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida. La droga más consumida fue la marihuana con una prevalencia de 56%, seguida de la cocaína con 49%. En tercer lugar y con prevalencias muy parecidas, se encuentra el consumo de alucinógenos, pasta base y éxtasis.

Los datos conclusivos indican que las necesidades de tratamiento de drogas en población privada de libertad son altísimas y que también lo son las dificultades que existen para interesar, motivar y adherir población penitenciaria a estos programas. Se afirma, además, que sin iniciativas complementarias de capacitación y empleo, así como de desarrollo y maduración psicosocial, los esfuerzos que se hagan en tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas serán en vano. El trasfondo social que envuelve la relación delito/drogas es similar al de muchos otros problemas sociales en Latinoamérica: la pobreza y desempleo crónico, la desorganización de las familias y de los vecindarios, dificultades especiales de integración y éxito escolar e inmersión y socialización en ambientes que alientan y favorecen la desviación social y que remover estas condiciones adversas sigue siendo el mayor desafío para la mayoría de los países de la región.

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas por ONUDD y a la luz de los diferentes estudios llevados a cabo tanto desde el OAD como desde la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal se evidencia la necesidad de contar con programas

preventivos asistenciales en el Servicio Penitenciario de nuestro país que sean capaces de dar respuestas eficaces.

Tratamiento de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el Servicio Penitenciario argentino¹⁵

Los antecedentes históricos del tratamiento de adicciones en el Servicio Penitenciario Federal nos remiten a la Unidad 1, que se encontraba ubicada en Caseros. Allí, a finales de la década del '80 y durante dos años se llevó adelante un Programa denominado C.R.T (Centro de Rehabilitación de Toxicómanos) que desarrolló un abordaje bajo el modelo médico-psiquiátrico de atención. El programa se cierra dos años después del motín en 1987.

En lo que respecta al Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires la primera iniciativa se dio en 1991 en la Unidad 4 de Bahía Blanca, donde se inicia un modelo de tratamiento "ambulatorio" y luego se abre un pabellón exclusivo para desarrollar el modelo de Comunidad Terapéutica¹⁶. Estas iniciativas daban respuesta a los requerimientos legislativos en la materia.

En cuanto a los antecedentes legislativos nos remitiremos al año 1989 en que se promulga la Ley 23.737 que en su artículo 19¹⁷ estableció que el Servicio Penitenciario Federal y los Provinciales deberían contar en cada Unidad con un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad curativa¹⁸ que el Tribunal fijara para internos drogadependientes.

Posteriormente, en el año 1996, la Ley 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad dispuso que los establecimientos penitenciarios deberían contar con secciones separadas e independientes para el alojamiento y tratamiento de internos drogadependientes, explicitando en el artículo 5 que este tipo de actividades es de carácter voluntario. Se hacía referencia, además, a que el personal del Servicio Penitenciario debería ser capacitado a tal efecto, en consonancia con el artículo 199 de la Ley 24.660, que prohíbe expresamente la privatización de los aspectos relacionados con el tratamiento. En la misma línea, el Decreto 303/96 – Reglamento General de

¹⁵ Para la elaboración de este apartado se contó con la valiosa colaboración de la Dra. Andrea Grinberg y la Tec. Candelaria Morales Castro.

¹⁶ La comunidad terapéutica para el tratamiento del abuso y adicción a las drogas son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, presentan como principio fundamental la "auto-ayuda" implicando que las personas en tratamiento sean los principales contribuyentes al proceso de cambio.

¹⁷ Art. 19: (...) El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad y de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

¹⁸ Art. 16: Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Procesados (1996), en su Artículo 129, par. 2º, planteó que se procurará persuadir a los internos con antecedentes en el consumo de estupefacientes para que consientan o cooperen con un tratamiento específico.

El Servicio Penitenciario Federal dio cumplimiento de estas disposiciones legales con la inauguración del Centro de Rehabilitación de Drogadependientes (C.R.D) “Madre Teresa de Calcuta” en la Unidad N° 3 de Ezeiza para internas mujeres y, posteriormente, crea el Centro Federal de Tratamientos Especializados para Jóvenes Adultos “Malvinas Argentinas”, ubicado en el Complejo Federal para Jóvenes Adultos en Marcos Paz, que aloja internos de 18 a 21 años. Para la puesta en marcha de ambos Centros, se contó con la capacitación especializada brindada por personal de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Se.Dro.Nar). La misma se centró en la implementación de un régimen de Comunidad Terapéutica Profesionalizada y Cerrada. La reglamentación del funcionamiento de estos Centros fue especificada en el “Programa de Asistencia a aplicarse en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”, aprobado por Resolución N° 1691/95 y publicado en el Boletín Público Normativo del Servicio Penitenciario Federal con fecha 16 de abril de 1997¹⁹. Durante la capacitación, se formó al personal de todos los niveles y escalafones como Operadores Socio-Terapéuticos, tanto personal profesional como del Escalafón Cuerpo General, para que fuesen ellos quienes conformaran los equipos de trabajo en los Centros mencionados. Esta cuestión representa una diferencia radical en relación a los servicios penitenciarios de otros países, en los que la ejecución de estas actividades dentro de los establecimientos penitenciarios se ha puesto en manos de Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al tratamiento de la drogadependencia en el medio libre o de otros organismos gubernamentales²⁰.

En Octubre de 2005 se crea el Centro de Rehabilitación de Drogadependientes “San Agustín” para varones adultos, ubicado en el Complejo Penitenciario Federal I. El personal del Servicio Penitenciario seleccionado para desempeñarse en dicho Centro fue capacitado por la Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde esa Subsecretaría se realizaron encuentros de capacitación y supervisión en los diferentes C.R.D.’s, que permitieron la actualización en materia de tratamiento de drogadependencia. A partir del año 2008 se llevaron a

¹⁹ Ver Boletín Público Normativo Año 5 – N° 63, Programa de Asistencia a Aplicarse en los Centros de Rehabilitación de drogadependientes, Servicio Penitenciario Federal Argentino 16 de abril de 1997 Argentino.

²⁰ En USA: Amity Rightturn, en el Donovan Correctional Facility, en el estado de California; Stay’n Out, de New York Therapeutic Communities, en New York State Arthur Kill Correctional Facility, para internos varones, y Bayview Correctional Facility en Manhattan, para internas mujeres; Cornerstone, en el Oregon State Hospital. En España: Asociación Proyecto Hombre en más de 40 prisiones españolas. En el Reino Unido, diversas Comunidades Terapéuticas, tanto jerárquicas como democráticas, miembros de la *Community of Communities*, una Red de Comunidades Terapéuticas establecido por la Unidad de Investigación del Royal College of Psychiatrists y la Asociación de Comunidades Terapéuticas; Phoenix Futures en las Prisiones de Channings Wood, Garth, Holme House y Wymott, por citar algunos.

cabo encuentros de trabajo con todos los C.R.D.s existentes a ese momento, que permitieron la redacción del documento base para la confección del “Reglamento Único de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes” aprobado por Resolución D. N. N° 447/12 y publicado en el Boletín Público Normativo N° 451 del Servicio Penitenciario Federal de fecha 26 de marzo de 2012²¹. Entre las características más destacadas del Programa se encuentran el hecho de que la totalidad del equipo esté conformado por personal penitenciario especialmente capacitado en la materia, siendo los “celadores” formados como Operadores Socioterapéuticos y coordinadores también de actividades grupales.

La base teórica del abordaje que desarrollan los C.R.D.s se apoya en las terapias del contexto o ambientales y la terapia cognitivo-conductual. En lo que respecta a los destinatarios, el criterio de admisión es que tengan diagnóstico de drogadependencia y manifiesten por escrito su voluntad expresa de realizar el tratamiento, previa evaluación del equipo terapéutico, tanto en condenados como en personas en condición de procesados con incorporación al Régimen de Ejecución Anticipada voluntaria (REAV). Serán excluidos del tratamiento en el C.R.D aquellos que presenten grave deterioro psíquico y/o físico, incompatible con el programa terapéutico tales como psicosis, oligofrenias, demencias, trastorno antisocial de la personalidad severo o deterioro cognitivo grave.

El proceso terapéutico desarrollado presenta diferentes etapas, a saber:

Una Pre-admisión donde se lleva a cabo la evaluación diagnóstica, concluyendo con la firma de un compromiso de adhesión al tratamiento. Esta etapa puede llevarse a cabo en el pabellón de origen o en el ya destinado al C.R.D. La etapa de Admisión se realiza ya en lugar destinado al tratamiento, se procura la incorporación de los primeros cambios en lenguaje, conducta, higiene, comprensión y adaptación a la dinámica y funcionamiento del modelo, integración y pertenecía grupal.

La etapa de Integración presenta dos momentos, en el primero se trabaja en cambios más profundos de sí mismo haciendo especial reparo en la presión positiva de sus pares, lo que también ayuda a continuar con el fortalecimiento interno. El ingreso al segundo momento, de Integración Plena marca la capacidad de mantener un buen trato con las figuras de autoridad, la internalización de normas y pautas de conducta sociales, a partir de lo cual puede iniciarse la elaboración de proyectos de vida realistas para su futuro y fortalecimiento de vínculos familiares y/o con referentes externos.

Por último en la etapa de Pre-egreso en la que se ponen en prácticas las habilidades sociales adquiridas, se procura sentar las bases del proyecto de vida incluyendo el mundo del trabajo, vivienda, familia, manejo del dinero, estudio y capacitación, entre otros. Se realiza especial hincapié en la prevención de recaídas.

Durante todo el proceso se llevan a cabo, además, actividades relacionadas al trabajo y la formación profesional, actividades de laborterapia, educación formal, espacios de educación física y

²¹ ver Anexo I

actividades recreativas–lúdicas–artísticas conforme lo estipulado en los artículos 114 al 116 de la Ley 24.660.

Desde 1995, se ha puesto en marcha este tipo de abordaje en diferentes Unidades: “Beata Teresa de Calcuta” en el Complejo penitenciario IV Unidad 3 (desde 1995 aloja a mujeres privadas de libertad); “Malvinas Argentinas” en el Centro Federal de Tratamientos Especializados para Jóvenes Adultos (CFJA, desde 1996 aloja internos de 18 a 21 años, pudiendo extenderse hasta los 25); “San Agustín” en el Complejo Penitenciario Federal I Unidad de Residencia II en Ezeiza (desde 2005 aloja internos varones mayores, prioritariamente procesados); “Vientos de Cambio” en la Unidad 7 de Resistencia provincia de Chaco (desde 2006 aloja internos varones mayores de 21 años, condenados, con condenas mayores); “San Camilo de Lelis” Unidad 6 de Rawson provincia de Chubut (desde 2007 aloja varones mayores de 21 años, condenados con condenas mayores); “Intihuasi” y “Tabebuías” en el Complejo Penitenciario Federal III de Gral. Güemes provincia de Salta, Unidad varones adultos y Unidad mujeres.

Ahora bien, el modelo de Comunidad Terapéutica que se implementa en los C.R.D.s. no resulta apropiado para cualquier tipo de persona que padece abuso o dependencia a sustancias psicoactivas. Por ello, el Servicio Penitenciario Federal ha diseñado e implementado un modelo de abordaje ambulatorio que permite la atención de los internos que, debido a sus características tanto personales, toxicológicas y de otro tipo, no pueden ser asistidos en el C.R.D. Dicho abordaje se formaliza en el Programa que se ha denominado AGA, “Asistencia Grupal para Adictos”. El mismo fue aprobado por Resolución N° 444 D. N. y publicado en el Boletín Público Normativo N° 420/11 de fecha 19 de abril de 2011 y se aplica en todas las del Servicio Penitenciario Federal.

Entre los objetivos de este Programa se encuentran: informar acerca de las consecuencias del abuso de consumo de sustancias, crear un espacio de reflexión a través de la palabra como camino único para evitar el pasaje al acto, construir un espacio compartido y creado con pares y terapeutas, fortalecer el control de la impulsividad, brindar estrategias de prevención secundaria y terciaria de la drogodependencia y el delito que conlleva y promover actitudes responsables al obtener la libertad, favoreciendo la elaboración de un proyecto de vida con metas y objetivos saludables.

Los criterios de admisión al mismo presentan mayor amplitud que los del C.R.D en tanto admiten internos que, además de presentar antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas, presentan rasgos psicopáticos graves, así como internos detenidos tanto por delitos contra la integridad sexual, como por delitos de tráfico de estupefacientes. En todos los casos el interno deberá firmar un acta de consentimiento para el ingreso al Programa.²²

Si bien en el caso de los AGA la intervención se define por la idiosincrasia de cada establecimiento penitenciario, en general se trata de intervenciones individuales y grupales tendientes al desarrollo y

²² Ver modelo de Compromiso de adhesión en Anexo II

aprendizaje de habilidades interpersonales, de expresión de emociones y sentimientos, de solución de problemas, de afrontamiento de eventos estresantes y de situaciones de riesgo para el consumo de sustancias. Se trabaja sobre la prevención de recaídas identificando situaciones de riesgo, tendiendo además a la incorporación de actividades alternativas que permitan la construcción de estilos de vida saludables.

Este Programa se realiza mediante encuentros con una frecuencia al menos semanal, coordinados por dos psicólogos. En general, se pueden describir tres etapas consecutivas que van demarcando los progresos en el mismo y el subsiguiente paso a la fase posterior desde la toma de conciencia de enfermedad y el sentido de pertenencia grupal, la búsqueda de alternativas superadoras a los estereotipos y mecanismos de defensa que lo condujeron a la problemática, hasta la formulación de proyecto de vida a futuro enmarcado en sistemas de valores que den cuenta de una superación de su dependencia a las drogas. Esta programación, obviamente, está sujeta a cambios que resultan de la necesidad de adaptarla a diferentes establecimientos con distintas poblaciones.

Por otro lado, los diferentes Servicios Penitenciarios Provinciales también han desarrollado distintos Programas para abordar esta problemática. Desde el equipo de investigación y estudios socio históricos de la Dirección Nacional de Política Criminal se ha tenido oportunidad de acceder a la Unidad 1 de Salta y entrevistar la Oficial Adjutor, Lic. María Luisa Centurión, pionera en el abordaje de las adicciones intramuros. En el marco de la Investigación Vulnerabilidad social, Adicciones y Prácticas Delictivas desarrollada por la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal se realizó una prueba piloto de encuesta a internos que se encuentran en algún tipo de tratamiento por adicciones en la mencionada Unidad.

En la Unidad 1 de Villa Las Rosas se llevan adelante dos programas de atención de internos que presentan consumo de drogas: la “Comunidad Puertas” y el “Programa Grupos Ambulatorios Integrales para Adictos (GAIPA)”. Ambos tienen por objetivo promover la prevención del consumo de drogas y garantizar la accesibilidad al servicio de asistencia y tratamiento de la problemática adictiva.

El Programa Puertas fue inaugurado con disposición del Servicio Penitenciario de la Provincia de Salta bajo el lema “Una puerta hacia la otra libertad” el 26 de junio de 2001, conmemorando el día internacional de la lucha contra el uso indebido y tráfico ilícito de drogas. Con Resolución 047/01 de la Secretaría de Gobierno de la provincia de Salta, cuenta con aprobación por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia. En el año 2005, fueron dados de alta los primeros 8 residentes que terminaron el Programa, quienes actualmente siguen en libertad, han conformado familia y mantienen su propio microemprendimiento.

El Programa está dirigido a internos penados con problemas de adicciones que no registren causas penales abiertas y que se encuentren a dos años para solicitar algún beneficio de libertad anticipada.

Para el desarrollo del mismo se ha dispuesto un espacio en el penal diferenciado del resto de los pabellones y del resto de las personas privadas de libertad en esa Unidad.

Aplica la modalidad de comunidad terapéutica con abordaje cognitivo-conductual, estructurado en tres etapas: admisión (etapa de sensibilización y motivación orientada a que el interno decida voluntariamente iniciar un tratamiento para las adicciones, se brinda herramientas para poder trabajar aspectos personales y familiares); comunidad terapéutica (abarca un conjunto de estrategias y herramientas que permitan a los internos adquirir en forma progresiva la autonomía de sus pensamientos y de su cuerpo, revisión de su historia personal y de sus relaciones interpersonales); reinserción social (que se aboca al reingreso progresivo al medio social, en semilibertad condicional o asistida). Durante el proceso de tratamiento cuentan, además de los grupos y dinámicas característicos de la modalidad, con talleres de electricidad, huerta, teatro, folklore, canto, yoga, lectura, apoyo escolar y alfabetización.

Por otra parte, en el año 2014 se dio inicio a los GAIPA. Este Programa recibe internos de diferentes pabellones y diferentes momentos de cumplimiento de la pena actualmente participan de 245 internos que asisten a grupos semanales con abordaje cognitivo conductual. A este espacio se suman los de talleres psicoeducativos, ocupacionales y recreativos. Además participan de la campaña anual de prevención de adicciones que se desarrolla en la Unidad.

La prueba piloto, antes mencionada, consistió en la toma de una encuesta voluntaria y anónima elaborada sobre la base del modelo propuesto en el manual de CICAD-OEA para estudio en población infractora de la ley. La encuesta fue administrada a los internos que realizaban tratamiento en los dos Programas de la Unidad.

Analizando los resultados de la encuesta acerca del involucramiento en prácticas delictivas, se confirma la incidencia del contexto social, el entorno familiar, las condiciones económicas, los trayectos por el sistema educativo y la inserción laboral en tanto confluencia de factores de riesgo que se concatenan dando marcos de referencia para determinadas prácticas que también son de riesgo y que, por tanto, reproducen el circuito de vulnerabilidad.

Sobre la base de esta muestra se pueden sintetizar algunos aspectos salientes:

- ✓ 67% de la población encuestada tiene hasta 30 años, sólo el 2% tenía más 40 años.
- ✓ La mitad de los encuestados comenzaron a consumir drogas entre los 12 y los 16 años.
- ✓ 45% de las menciones hicieron referencia al robo como forma de aprovisionamiento de drogas y 37% refirieron al trabajo.

- ✓ La mitad de los que refirieron el trabajo como forma de aprovisionamiento alternaban con robo y venta de drogas como forma de obtención de sustancias.
- ✓ 86% cree que consumir drogas lo acerca al delito
- ✓ 92% cree que la inseguridad está asociada al consumo de drogas.
- ✓ Se evidencia el robo como principal delito de las personas que presentan ambas prácticas (consumo de drogas y delito). El segundo delito más mencionado hace referencia a la infracción a la ley de drogas. En tercer lugar se mencionan los delitos de lesiones graves y homicidio y tentativa de homicidio
- ✓ 46% de los encuestados refiere haber cometido su primer delito en el rango etario de entre los 10 y 16 años,
- ✓ 51% refiere que siempre o muchas veces delinquir para consumir drogas sin embargo sólo 3 de cada 10 consumieron para realizar el acto delictivo.
- ✓ 68% refiere que nunca o pocas veces se ha drogado para delinquir

La enorme mayoría de los encuestados presentaba la modalidad de policonsumo y habían dejado de concurrir a la escuela sin completar el ciclo básico obligatorio. De acuerdo a los datos relevados, el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un alto grado de incompatibilidad con el desarrollo de la vida laboral. Relacionando la cuestión laboral con el alto índice de abandono de la educación formal, que implica una menor preparación para la inserción en el mercado de trabajo, se configura un escenario de alta fragilidad.

Los datos recogidos muestran cómo tanto el entorno familiar de consumo de drogas, como así también las situaciones de malos tratos en la infancia, operan como factores de riesgo para el inicio más temprano del consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la percepción de los encuestados respecto a posibles vinculaciones entre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el involucramiento en prácticas delictivas, existe elevado consenso en la creencia de que consumir drogas los acerca al delito. Respecto de la edad de ocurrencia del primer delito fuera del hogar, tres cuartas partes de los entrevistados mencionaron haberlo hecho antes de los 21 años y, entre las razones que brindaron, el principal motivo aludido es la realización de robos con la finalidad de obtener recursos para conseguir drogas, lo cual podría inscribirse en la tipología “económica” enunciada por Goldstein. En cuanto a la ingesta de drogas con la finalidad de cometer delitos, las respuestas aluden a prevalencias bajas.

Entre las propuestas en orden a disminuir el involucramiento de jóvenes en prácticas delictivas se observan dos grandes líneas. Por un lado, las respuestas más numerosas son las referidas a la implementación de estrategias de inclusión social. Por otro lado, se proponen acciones referidas a

combatir tanto el delito en general como específicamente el tráfico de drogas por medio de la fuerza policial y el poder judicial.

Los resultados de esta prueba piloto alientan al equipo de esta Dirección para el desarrollo de un estudio a nivel nacional que permita dar cuenta tanto de los índices de la problemática intramuros como un relevamiento de la gama de abordajes que se brindan a la misma.

A modo de cierre y apertura

A partir del recorrido realizado, se pueden puntualizar algunas características de la población encarcelada por la Ley 23.737:

- La tasa de detenidos por infracción a la ley de drogas casi se triplicó entre 2002-2016: del 8.8 al 22.8%. El crecimiento se dio fundamentalmente a expensas de los varones, que en 2016 representan el 87%. El número de mujeres se mantuvo relativamente estable con oscilaciones sucesivas. La franja más populosa es la que va de 25 a 44 años, pero la que mayor aumento proporcional tuvo en el período fue la de 18 a 24 años. La provincia de Buenos Aires reúne casi la mitad del total de detenidos por esta causa.
- En el análisis por tipo de delito por el cual están detenidos, surge que el de comercialización es el más importante, seguidos por los de tenencia. De los que ya fueron condenados por delito de drogas se releva que el 68% tiene una pena de prisión por 3 a 6 años, haciendo alusión a delitos de menor cuantía.
- Solo el 37% de los detenidos por infracción a la ley de drogas tiene condena (2016). La situación es más severa que para el resto de la población carcelaria, donde la mitad está condenado. En una visión evolutiva a lo largo del período estudiado, se advierte que en el último año habría una leve tendencia a revertir esta condición, aunque dista de lo esperado en cuanto a la cantidad de procesados detenidos (63%).
- Desde la promulgación de la ley de desfederalización, se advierte un traspaso de causas hacia la Justicia Provincial, siendo que en el 2005, el 82% estaban radicadas en la Justicia Federal, en tanto que en 2016, sólo están el 44% de las causas.

Otro punto a destacar es el acceso a tratamiento por drogas. Dentro de la población carcelaria se estima un número alto de personas con problemáticas de consumo de drogas. De allí, la importancia de incorporar en los sistemas penitenciarios programas basados en la prevención y tratamientos de adicciones.

En el marco de las garantías legales y salvaguardas relativas al proceso penal, se han relevado experiencias que abordan la problemática intramuros desde hace años y cuentan con procesos de capacitación y evaluación de sus prácticas.

Aún resta ampliar el trabajo sobre la prevención, detección, sensibilización y tratamiento de la problemática, permitiendo mejorar el acceso de las personas encarceladas al tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Por último, se estima conveniente propiciar la promoción y el fortalecimiento de la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas relacionadas con el tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas, el acceso a esos servicios en las cárceles y tras la liberación.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

CIDH, “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad”, 2008, (en línea) <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

CIDH, “Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas”, 2013, (en línea) <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/informes/pdfs/informe-pp-2013-es.pdf> .

Daroqui, A., Fridman D., Maggio, N. y otros, *Voces del Encierro*, Buenos Aires, Ed. Omar Favale Ediciones Jurídicas, 2006.

Defensoría General de la Nación de la República Argentina y otros, “Mujeres en prisión Argentina: causas, condiciones y consecuencias”, 2013, (en línea)

<http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/mujeresprision.pdf>

DNPC, “Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas”, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017, (en línea) <http://www.jus.gob.ar/media/3209964/Vulnerabilidad%20Social%2003-02.pdf>

Fernández, D. y Pedro, D., “Jóvenes privados de libertad. Caracterización a partir de un estudio exploratorio mediante metodología de encuesta”, en VVAA, *Niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal*, Buenos Aires, Infojus, 2012 (en línea) <http://www.saij.gob.ar/ninos-ninas-adolescentes-conflicto-ley-penal-ministerio-justicia-derechos-humanos-nacion-ld00011-2013-02/123456789-0abc-defg-gh1-1000dlsorbil>

Goldstein, P., “The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework”, *Journal of Drug Issues*, 15(4), 1985, pp. 493-506.

Gomez, R., “La legislación penal argentina sobre drogas. Una aproximación histórica”, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013, (en línea) <http://www.aacademica.org/000-054/292>

Innamoratto, G., Acquaviva, A., Canavessi, J., Ruiz, J., *Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas*, Buenos Aires, Infojus, 2015.

Innamoratto, G., Canavessi, J., Hoffmann, X., “Descripción y análisis del involucramiento de jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social en prácticas de delito callejero”, en VV.AA. *Inseguridad social, jóvenes vulnerables y delito urbano*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2010.

Lai, G., “Drogas, Crimen y Castigo, Proporcionalidad de las Penas por los delitos de drogas”, en *Reforma Legislativa en materia de drogas N°20*, 2012, International Drug Policy Consortium (IDPC), (en línea) https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/NGO/IDPC/IDPC-TNI-briefing-paper_Drogas-crimen-y-castigo.pdf

Míguez, D., "Rostros del Desorden. Fragmentación Social y Nueva Cultura. Delictiva en Sectores Juveniles", en Gayol, S. y Kessler, G., *Violencias, delito y justicia en la Argentina*, Buenos Aires, Manantial, 2002, pp. 313-334.

Míguez, H., "Usuarios de drogas y delitos: datos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2009, vol XX, pp. 35-39.

Ministerio Público Fiscal, Procuraduría de la Narcocriminalidad, "Ley de Desfederalización parcial de la competencia penal en materia de estupefacientes (Ley 26.052)", 2014, (en línea)

http://www.mpf.gob.ar/procunar/files/2014/04/Informe_Ley_de_Desfederalizaci%C3%B3n_5-5.pdf

Ministerio Público Fiscal, Procuraduría de la Narcocriminalidad, "Ley de Desfederalización parcial de la competencia penal en materia de estupefacientes (ley 26052)", 2014, (en línea)

<https://www.mpf.gob.ar/procunar/>

Ministerio Público Fiscal, Procuraduría de la Narcocriminalidad, "Informe de Gestión de la Procuraduría de Narcocriminalidad", 2015, (en línea) <https://www.mpf.gob.ar/procunar/>

OAD, Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, Se.Dro.Nar, 2009.

OAD, Población Privada de Libertad. Estudio Nacional sobre condiciones de salud, consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento, Se.Dro.Nar, 2016, (en línea)

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioConsumoenPoblacinPrivadadelaLibertadaAo2016.pdf>

OEA-CICAD, "El problema de drogas en las Américas". Informe 2013 y 2015.

OEA-CICAD - Departamento de Programas de Justicia de la Facultad de Asuntos Públicos- American University, "Tribunal de Tratamiento de Drogas. Una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas", 2013.

ONU, "Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad" (Reglas de Tokio), Regla 6.1, 6.2 Asamblea Gral. Res. 45/110, anexo, 1990.

ONUDD, "Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga. Cuarto Informe conjunto, Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay", 2010.

ONUDD, "La Relación Droga y Delito en Adolescentes Infractores de la Ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, Quinto informe conjunto, Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay", 2010.

ONUDD, "Informe Mundial sobre las Drogas", 2016 y 2017.

PIDCP, “Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes”, A/RES/39/46, 10-12-1984.

Procuración Penitenciaria de la Nación, “La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina. Informe anual 2015”, Buenos Aires, 2015, (en línea)

http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Informe%20Anual%202015_1.pdf

Rodríguez, W., “A 10 años de la “desfederalización”, Infojus, 2015, (en línea)

<http://www.saij.gob.ar/walter-alberto-rodriguez-diez-anos-desfederalizacion-dacf150192-2015-03-06/123456789-0abc-defg2910-51fcanirtcod>

UNGASS, "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas", 2016, (en línea)

<https://www.unodc.org/colombia/es/press/2016/ungass2016.html>

Universidad Católica Argentina, “Barómetro del Narcotráfico y las adicciones en la Argentina, Informe N°2”, Buenos Aires, 2016, (en línea)

<http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2016-Obs-Narcotrafico-y-Adicciones-Informe-Especial-Fragilidad-Social.pdf>

TNI y WOLA, “Sistemas Sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina”, Amsterdam / Washington, 2010 (en línea)

http://druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/sistemas_sobrecargados_web2.pdf

Varela, P., “Madres, niños y cárcel”, en Defensoría General de la Nación y UNICEF Argentina, *Mujeres privadas de libertad: limitaciones al encarcelamiento de mujeres embarazadas o con hijos/as menores de edad*, Buenos Aires, 2009, (en línea)

<http://www.unicef.org/argentina/spanish/mujeres-presas.pdf>

WOLA, IDPC, CIM, OEA, “Mujeres, Políticas de drogas y encarcelamiento, una guía para la reforma de políticas en América Latina y Caribe”, 2016, (en línea)

<http://idpc.net/es/publications/2016/02/mujeres-politicas-de-drogas-y-encarcelamiento-una-guia-para-la-reforma-de-politicas-en-america-latina-y-el-caribe>.

Servicio Penitenciario Federal Argentino

Boletín Público Normativo

AÑO 19 N° 451

BUENOS AIRES, 26 DE MARZO DE 2.012

| |
|---------|
| SUMARIO |
|---------|

“REGLAMENTO UNICO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE REHABILITACION DE DROGADEPENDIENTES”

Aprobar

CUDAP:EXP-S04:0042886/2011 M.J.y D.H.

Resolución D.N.N° 447

Buenos Aires, 21 de marzo de 2012.-

VISTO, el Expediente S04:0042886/2011 del registro del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y;

CONSIDERANDO:

Que a través del mismo, se tramita el Proyecto de “Reglamento Unico de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”, elaborado por la Dirección de Sanidad.

Que dicho Reglamento, fue confeccionado a partir de un encuentro realizado entre los titulares y operadores de los Equipos Interdisciplinarios de los Centros de Rehabilitación para Drogadependientes del Area Metropolitana, en conjunto con el señor Director Principal de Trato y Tratamiento, quienes percibieron la conveniencia de contar con un Reglamento Unico.

Que su implementación, permitirá unificar los criterios en diversos aspectos, redundando en una mejora en el funcionamiento, control y seguimiento de los mencionados Centros.

Que en este sentido, se logrará consolidar en un solo documento los criterios de inclusión y exclusión de los internos pacientes.

Que la medida no tiene incidencia presupuestaria, toda vez que los recursos humanos se hallan en la actual dotación de los respectivos Establecimientos.

Que han tomado intervención el Departamento de Estudios y Proyectos, la Dirección de Auditoría General y el Servicio de Asesoramiento Jurídico permanente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en virtud de la Resolución M.J.S y D.H. N° 880/2008, sin objeciones que formular.

Que de conformidad a las atribuciones conferidas por el artículo 14 de la Ley Orgánica del Servicio Penitenciario Federal N° 17.236 (según texto Ley N° 20.416), es

competencia del suscripto el dictado de la presente.

Por ello,

El Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal

R E S U E L V E:

ARTICULO 1º.-APROBAR el “Reglamento Unico de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2º.- De forma.-

Dr. Víctor Eduardo HORTEL
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

Lo que se comunica al Servicio Penitenciario Federal, por Resolución del señor Director Nacional.-

Inspector General Dr. Jorge Benjamin CEVALLOS
DIRECTOR DE SECRETARIA GENERAL

ANEXO I

TITULO I

Capítulo I Ambito de aplicación

Artículo 1°.- El presente reglamento será de aplicación en los Centros de Rehabilitación para Drogadependientes en ámbito del Servicio Penitenciario Federal.

Capítulo II Destinatarios

Artículo 2°.- Sólo serán incorporados al programa aquellos internos que posterior a la entrevista previa, hallan arrojado resultado positivo con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y que manifiesten por escrito su voluntad expresa de realizar el tratamiento.

Artículo 3°.- Los internos que sean diagnosticados como usuarios ocasionales de sustancias psicoactivas serán derivados a programas ambulatorios existentes o a crearse en las Unidades.

Artículo 4°.- Para la incorporación de un interno al Centro de Rehabilitación de Drogadependientes (en adelante CRD) será indispensable -en todos los casos- la evaluación del Equipo Técnico del mismo, constituido en Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia (en adelante JAAP).

Artículo 5°.- Se podrá incorporar a internos que hayan sido derivados mediante oficio del Poder Judicial, y que posterior a la entrevista previa hayan arrojado resultado positivo, ya que este tipo de derivación no tendrá carácter determinante para el ingreso al CRD.

Artículo 6°.- Se dará prioridad en la incorporación a aquéllos internos que no hayan realizado tratamiento por drogadependencia en el establecimiento con anterioridad.

Artículo 7°.- Se procurará que los internos que se incorporen al CRD no se encuentren cercanos a la obtención de la libertad condicional, transitoria o beneficio similar, de manera de poder contar con el tiempo suficiente para completar el tratamiento.

Artículo 8°.- Se establecerán CRD para procesados y para condenados en forma separada, conforme el tipo de población mayoritaria que aloje el establecimiento, no siendo esto último determinante para denegar su incorporación, con previa evaluación de la JAAP, si su situación legal fuera contraria a lo estipulado hasta tanto se produzca una vacante en el CRD que le corresponde.

Artículo 9°.- Para el caso de los internos procesados, su ingreso al CRD requerirá su voluntaria incorporación al REAV.

Artículo 10.- En los establecimientos donde se alojen mayoritariamente condenados, la JAAP del CRD podrá determinar que los internos procesados realicen tratamiento

ambulatorio hasta recibir condena, en caso que no se incorporen voluntariamente al REAV.

Artículo 11.- Tal como lo establece la Ley N° 24.660 para el total de la población penitenciaria, los CRD no podrán alojar jóvenes adultos y adultos en forma conjunta.

Artículo 12.- En el caso de los internos condenados, se procurará ingresar al CRD a aquéllos que tengan por delante CUATRO (04) o CINCO (05) años de condena por cumplir, de manera que al egreso puedan transcurrir las fases finales de la progresividad sea en establecimientos o alojamientos correspondientes a las etapas de período de prueba o de pre-libertad.

Artículo 13.- En caso de que el interno realice el tratamiento con mucho tiempo faltante de condena, al egreso del mismo se lo derivará a un alojamiento acorde a su fase de progresividad, y conducta, a pabellones específicos creados para alojar a egresados de este tipo de tratamiento, o a programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora.

Artículo 14.- Se dejará constancia en el Compromiso de Adhesión al Tratamiento, de que una vez alcanzado el puntaje y fase de la progresividad necesarios para obtener el beneficio de salidas transitorias, el interno en tratamiento podrá optar por renunciar a éste para continuar con el mismo.

Artículo 15.- No será criterio excluyente la firma de un familiar en el Compromiso de Adhesión para el ingreso al CRD, pudiendo cubrirse esto con un referente externo representante de una ONG.

Artículo 16.- La vinculación familiar no será un criterio determinante para el ingreso al CRD sino un objetivo a lograr en el avance de las fases del tratamiento.

Artículo 17.- Se procurará contar con espacios de alojamiento diferenciado para quienes se encuentren atravesando las entrevistas de evaluación o estén en Lista de Espera para ingresar al CRD.

Artículo 18.- Una vez incorporado un interno al CRD, éste recibirá la denominación de "Residente".

Capítulo III

Criterios de exclusión

Artículo 19.- No serán incorporados al tratamiento en el CRD:

- a) Internos que presenten grave deterioro psíquico y/o físico, incompatible con el programa terapéutico: psicosis, oligofrenias, demencias, trastorno antisocial de la personalidad severo o deterioro cognitivo grave. En todos los casos se analizará el diagnóstico psicológico y psiquiátrico presuntivo previo.
- b) Internos que, por su comportamiento o conducta intracarcelaria, no puedan ser contenidos por el sistema del CRD.
- c) Internos que se encuentren bajo tratamiento psicofarmacológico, hasta que el médico tratante considere que pueda retirarse la medicación sin que se produzca una descompensación. En este caso, se esperará a que la medicación haya sido suspendida para realizar nuevamente la evaluación.

- d) Internos que se encuentren detenidos por delitos vinculados al tráfico de drogas, que, en caso de presentar diagnóstico de drogadependencia serán derivados a programas específicos existentes o a crearse en el ámbito del SPF.

Capítulo IV **Criterios de expulsión**

Artículo 20.- Se podrá expulsar del CRD a Residentes por manifiesta y objetiva falta de compromiso con los objetivos del tratamiento, a criterio de la JAAP y previa evaluación exhaustiva por parte de sus miembros.

Artículo 21.- Será expulsado del CRD:

- a) El Residente que introduzca al CRD o tenga en su poder sustancias psicoactivas, incluyendo bebidas alcohólicas o elementos para producirlas. Con respecto a los psicofármacos, en casos especiales, para su utilización por parte de los Residentes deberá existir expresa prescripción médica de un profesional autorizado para ello, constancia en el respectivo Legajo Clínico, y su administración será manejada por personal sanitario. En caso de que esto no sea posible, y sean los Operadores quienes deban administrarlo, se llevará un sistema de separación de la medicación, lacrada y rubricada por el personal sanitario, y de registro de firma de Operador y Residente al administrar y recibir -respectivamente- la medicación.
- b) El Residente que protagonice cualquier acto de violencia y/o intimidación contra sus compañeros, Equipo Terapéutico, personal del establecimiento o cualquier otra persona que se encuentre en el CRD, o dentro del ámbito de la institución.
- c) El Residente que mantenga relaciones sexuales que no hayan sido previa y debidamente autorizadas por la JAAP.
- d) El Residente que voluntaria y conscientemente incumpla con el Compromiso de Adhesión rubricado al ingreso, cuando se le haya llamado la atención al respecto con anterioridad.
- e) El Residente que realice un comportamiento que pueda tipificarse como falta Grave o Gravísima en el Reglamento de Disciplina para los Internos, Decreto N° 18/97.

Capítulo V **Criterios de reincorporación**

Artículo 22.- Para considerar la reincorporación al CRD de un Residente que haya egresado por expulsión, renuncia voluntaria al tratamiento o egreso del establecimiento en libertad, se analizará el caso en particular, teniendo en cuenta sus antecedentes anteriores, en su paso por el programa de tratamiento.

Artículo 23.- A los fines del artículo anterior, se realizará una nueva evaluación por parte del Equipo Terapéutico, dejando pasar un lapso no menor a SEIS (6) meses, y que determinará la inclusión del interno en cuestión en la Lista de Espera o directamente en el CRD.

Artículo 24.- Para efectuar esta evaluación se solicitará informes a las Áreas Médica, Social y de Seguridad Interna, respecto del desenvolvimiento del interno en el alojamiento común que se le haya asignado.

Artículo 25.- En el caso que el interno haya realizado tratamiento en un CRD de un establecimiento diferente al que se encuentra al momento de considerar su reincorporación, el Equipo Terapéutico deberá solicitar también informe al CRD donde haya estado alojado.

Capítulo VI Contacto con población penal

Artículo 26.- Los Residentes no tendrán contacto con la población común a los efectos de preservar su integridad física, su seguridad y la del Equipo Terapéutico, de reducir la posibilidad de que se produzcan agresiones por parte del resto de la población penal y a fin de evitar el ingreso al CRD de elementos prohibidos o inadecuados.

Artículo 27.- Además de contar con un alojamiento diferenciado, los espacios físicos que se utilizarán para las actividades del CRD, tales como patios, aulas, talleres, etc. serán usados ya sea en forma exclusiva o en horarios tales que no coincidan con el resto de los internos.

Artículo 28.- En las actividades que se realizan en áreas comunes del establecimiento se procurarán que se cuente con el acompañamiento de un miembro del Equipo, procurando asimismo evitar el contacto con otros internos durante el movimiento de Residentes.

Artículo 29.- En el caso de que un Residente tenga que ser trasladado a cualquier área del establecimiento donde pueda llegar a tener contacto con otros internos, deberá ser acompañado por un Operador u otro miembro del Equipo Terapéutico. Si esto no fuera posible, se procurará contar con la colaboración del Cuerpo de Requisa a los efectos de evitar que el Residente establezca comunicación con otros internos.

Artículo 30.- En la fase de Pre-Egreso del tratamiento, se evaluará la aprobación del contacto con internos en algunas actividades o el traslado gradual a otro tipo de alojamiento.

TITULO II MODELO DE ABORDAJE

Artículo 31.- Los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (en adelante CRD) funcionarán bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica Profesional Cerrada, similar a las del medio libre, pero con las adecuaciones y adaptaciones necesarias para su implementación en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal. Esta modalidad se utilizará tomando en cuenta la necesidad de separación temporal del medio para personas con determinado nivel de compromiso en su conducta adictiva - delincuencial, así como la puesta de límites desde el contexto (institución) dado que el adicto no es capaz de manejarlos desde su interioridad.

Artículo 32.- Se procurará que las fases de la progresividad del régimen se condigan con las etapas del tratamiento de rehabilitación para cada Residente.

Artículo 33.- El Sistema Normativo Terapéutico propio del CRD coexistirá con el Reglamento de Disciplina para los Internos.

Artículo 34.- En todo aquello que no esté contemplado en el presente Reglamento, se estará a lo estipulado en la Ley N° 24.660 y su normativa complementaria.

Capítulo I

Fases del tratamiento

Artículo 35.- El tratamiento en el CRD tendrá una duración mínima de DOS (02) años y se prolongará por el tiempo necesario para que cada Residente cumpla con cada una de las Fases no superando los TRES (03) años.

Artículo 36.- La incorporación al tratamiento en el CRD no frenará el avance en la Progresividad del Régimen, que correrá en forma separada aunque complementaria con el desempeño del interno en el marco del Programa.

Artículo 37.- En tanto los internos/nas procesados que ingresen a los CRD estarán incorporados al REAV, las Fases serán las mismas que para los internos condenados.

- a) Evaluación
- b) Pre-Admisión.
- c) Admisión.
- d) Integración.
- e) Integración Plena.
- f) Pre-egreso.

Artículo 38.- El avance de Fase será evaluado, decidido y promovido por la JAAP, conforme al progreso de cada Residente en el tratamiento.

Artículo 39.- Queda a consideración de la JAAP la retrotracción de fase de un Residente, sin que esto signifique más que una respuesta a un requerimiento terapéutico.

Artículo 40.- Si la JAAP evalúa que un Residente no demuestra compromiso con el tratamiento, manifiesto en la falta de dedicación para alcanzar los objetivos que se le hayan fijado para la fase que transita por un tiempo no menor a TRES (03) meses, podrá decidir su exclusión del programa.

Artículo 41.- En aquellos casos en que las instalaciones edilicias lo permitan, se procurará alojar en forma diferenciada a los residentes que transitan cada una de las fases.

Artículo 42.- El Residente deberá cumplimentar estrictamente el diagrama de actividades dispuesto para cada fase que se encuentre transitando.

Artículo 43.- El Residente aceptará, en la firma del Compromiso de Adhesión, la limitación de su régimen de visitas acorde al de la fase del tratamiento en que se encuentre.

1° Fase: Evaluación

Artículo 44.- La Evaluación no modificará el alojamiento donde se encuentre el interno, hasta que se hayan realizado las correspondientes entrevistas y la JAAP considere que el interno en cuestión reúne el perfil necesario para ser aceptado en el CRD.

Artículo 45.- Las entrevistas de Evaluación serán realizadas por el Equipo Terapéutico del CRD, en forma de duplas asistenciales integradas por miembros de diferentes áreas incluidos los operadores socios terapéuticos. Los internos serán entrevistados en forma individual como mínimo en tres oportunidades por duplas diferentes.

Artículo 46.- A los efectos de las entrevistas de Evaluación se utilizarán como guía los siguientes Indicadores Positivos y Negativos, que no tendrán carácter determinante.

Indicadores Positivos

- a) Alejamiento voluntario del consumo de sustancias psicoactivas por períodos más o menos prolongados.
- b) Sostenimiento de alguna actividad productiva, laboral o educativa, durante el período previo y/o simultáneo a la evaluación.
- c) Existencia de algún familiar o referente externo interesado en que el interno realice tratamiento por su dependencia a drogas.

Indicadores Negativos

- a) Será determinante en este caso los aspectos considerados en los incisos del Artículo 19 - Criterios de Exclusión.
- b) Encontrarse cursando un síndrome de abstinencia que requiera asistencia médica.
- c) Rasgos patológicos de la personalidad: agresividad no controlada, impulsividad extrema, etc.

Artículo 47.- Las duplas asistenciales serán las encargadas de explicitar a los internos entrevistados las reglas que deberán cumplirse en el programa, así como de ir confeccionando las listas de espera con los internos que reúnan los criterios de incorporación al tratamiento.

Artículo 48.- La información reunida en las entrevistas será elevada a la JAAP en forma de informe escrito, la cual, en caso de resultar favorable, ordenará la suscripción del Compromiso de Adhesión al Programa de Tratamiento, que contendrá los derechos, obligaciones, prohibiciones y restricciones que regirán la vida del interno dentro del CRD. Será ésta también quien ordene el alojamiento en el CRD del interno cuando se produzca una vacante.

Artículo 49.- Si la información elevada fuera desfavorable, la JAAP denegará la admisión mediante un informe fundado, consignando el período estimativo para la

reevaluación en el caso de considerarlo pertinente, en un lapso no inferior a los SEIS (06) meses.

Artículo 50.- Conforme el establecimiento donde se encuentre el CRD, se priorizará el ingreso de internos primarios o reincidentes.

Artículo 51.- El alojamiento en el CRD se producirá cuando se termine esta Fase y se cuente con una vacante en el mismo, previa firma del Compromiso de Adhesión, por parte del interno y de la JAAP.

Artículo 52.- No podrá ser alojado ningún interno en el CRD sin evaluación, donde conste el resultado positivo, por escrito de la JAAP.

Artículo 53.- En los casos de internos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas alojados en Unidades Penitenciarias que no contarán con CRD, éstas arbitrarán los medios para que se constituya una dupla asistencial con personal propio, semejante a las reseñadas, la cual, luego de efectuar las entrevistas de Evaluación, remitirá los informes resultantes a la JAAP del CRD que se dispusiere, a efectos de que éste órgano determine la pertinencia de la incorporación al tratamiento.

2° Fase: Pre-Admisión

Artículo 54.- Esta fase se inicia cuando el Residente es alojado en las instalaciones del CRD por ordenativa de la JAAP.

Artículo 55.- Dado que esta Fase tiene como primordial objetivo la adaptación a las pautas y funcionamiento del programa. Si el Equipo Terapéutico observa que el Residente no logra ajustarse a los mismos, la JAAP podrá decidir su exclusión, sin que medien causales de expulsión.

Artículo 56.- En el Caso de que un Residente sea derivado de un CRD a otro, sin importar la fase que se encontrara cursando, ingresará al CRD de destino a la Fase de Pre-Admisión, a los efectos de ser re-evaluado, tomando en cuenta los informes del CRD de origen, las entrevistas que el Equipo Terapéutico realice y el comportamiento actual, hasta determinar la Fase que se le asignará.

Artículo 57.- Las puertas de la celda-habitación permanecerán cerradas durante el día, debiendo el Residente responsabilizarse de tener consigo los elementos que requiera para sus actividades diurnas, evitando el ingreso y egreso continuos de la misma, lo que no será permitido. Se procurará que el Residente se mantenga en actividad fuera de su celda-habitación el mayor tiempo posible, a los efectos de contrarrestar la tendencia a la abulia y a la desorganización que caracteriza a las personalidades adictivas.

Artículo 58.- Se pautará un diagrama horario que permita al Residente realizar actividades individuales como leer, escribir y espacios de reflexión, en soledad, en su celda-habitación.

Artículo 59.- Las actividades diarias se iniciarán por la mañana, después de las 06:30 hs., debiendo dedicarse los Residentes a su aseo personal y al de su lugar de alojamiento, concluyendo ambas tareas al momento del recuento matinal.

Artículo 60.- Durante esta Fase, el Residente deberá retirarse a su celda-habitación no después de las 21:00 hs., donde permanecerá con la puerta cerrada, pudiendo dedicarse

a leer, escribir o cualquier otra actividad, hasta las 22:00 hs. en que se concluirá toda actividad, con cese de luz en la celda.

Artículo 61.- Durante esta Fase se suspenderán las visitas "ordinarias", "extraordinarias", "entre internos", y "de reunión conyugal", privilegiándose la implementación de las "visitas familiares terapéuticas", las cuales, con una frecuencia quincenal, tendrán la característica de ser coordinadas por un miembro del Equipo Terapéutico (asistente social, psicólogo). Las visitas "excepcionales" requerirán -al igual que en las restantes Fases-; la evaluación previa por parte de la JAAP, la cual decidirá sobre su pertinencia, en atención a la evolución del tratamiento.

Los objetivos a cumplir en esta fase serán los siguientes:

- a) Introyectar normas de bioseguridad, higiene personal y de su hábitat.
- b) Comprometer la participación en los distintos momentos del tratamiento.
- c) Contribuir al compromiso real de la familia o referente externo en el proceso de tratamiento - en el caso que la situación lo permita.
- d) Lograr una notoria disminución tensional agresiva-impulsiva.
- e) Mejorar el nivel de comunicación con sus pares y con el Equipo Terapéutico.
- f) Comenzar o continuar un proceso educativo formal e informal.
- g) Los que la JAAP considere necesarios para ese Residente en particular.

Artículo 62.- La JAAP realizará, en sus reuniones periódicas, una evaluación de cada Residente, donde dictaminará si el mismo ha cumplimentado con los objetivos mencionados, en cuyo caso, se dispondrá el avance de Fase.

3° Fase: Admisión

Artículo 63.- Al momento de realizar el Acta de avance de Fase, la JAAP establecerá los objetivos para la Fase de Admisión para cada Residente.

Artículo 64.- A partir de esta fase, el Residente puede desempeñarse como "Hermano Mayor" de otros Residentes que ingresan en Pre-Admisión, en tanto esto pueda beneficiarlo como espacio terapéutico de aprendizaje, lo que será decidido en cada caso por la JAAP.

Esto implicará solamente su actuación como orientador del nuevo Residente respecto a las modalidades de vida e interacción en el Programa, la normativa y el uso de las Herramientas Terapéuticas, así como la contención y apoyo que éste pueda necesitar en sus primeros tiempos en el CRD.

Artículo 65.- Al avanzar a esta Fase, la JAAP, por evaluar que el Residente ha evidenciado una evolución favorable, podrá autorizar - si además satisface las normas de carácter general - el usufructo de visitas "ordinarias" y "de reunión conyugal" (con frecuencia mensual), además de mantener las "visitas familiares terapéuticas" en forma quincenal.

Artículo 66.- Durante esta Fase el Residente deberá retirarse a su celda-habitación como máximo a las 22:00 hs., horario a partir del cual la misma permanecerá cerrada hasta las 06:00 hs. del día siguiente.

Artículo 67.- En cuanto a los Artículos 59, 60 y 61, permanecerán inalterados para esta Fase.

Artículo 68.- En esta etapa, el Residente podrá participar - además de las actividades de Educación Física que ya venía realizando - en competencias deportivas con otras Fases más avanzadas, o con internos de pabellones cuya conducta las autoridades del establecimiento consideren que la convivencia con éstos no conlleva ningún riesgo.

Artículo 69.- Los objetivos a cumplir en esta fase serán los siguientes:

- a) Superar las crisis esperables dentro del tratamiento, abordando los distintos espacios terapéuticos.
- b) Desarrollar la capacidad de realizar la autoevaluación de su problemática.
- c) Continuar y sostener el proceso educativo formal e informal.
- d) Participar en un proceso de laborterapia que le permita capacitarse en tareas compatibles con la vida libre.
- e) Desarrollar la capacidad para apropiarse creativamente del tiempo libre.
- f) Los que la JAAP considere necesarios para ese Residente en particular.

4° Fase: Integración

Artículo 70.- A partir de esta fase la JAAP podrá asignar al Residente responsabilidades o prerrogativas que marquen su avance, siempre que éstas no representen tareas de supervisión sobre otros Residentes o que puedan ser contrarios al Artículo 83 de la Ley N° 24.660. Estas prerrogativas podrán incluir tener la puerta de la celda-habitación abierta en horario diurno, siempre y cuando esto no lleve al aislamiento voluntario del Residente, lo que llevaría a revertir este beneficio.

Artículo 83 de la Ley N° 24.660 - en ningún caso el interno podrá desempeñar tareas a las que vaya unido el ejercicio de una potestad disciplinaria.

Artículo 71.- En esta Fase, además de continuar con las visitas ya otorgadas, si el Residente satisface las normas de carácter general, la JAAP evaluará la posibilidad de otorgarle el usufructo de las visitas "extraordinarias", manteniendo siempre las "visitas familiares terapéuticas".

Artículo 72.- En esta Fase se efectuarán actividades terapéuticas individuales y grupales, específicas, las cuales quedan sujetas a criterio de la JAAP, de acuerdo a la necesidad individual y/o grupal de los residentes.

Artículo 73.- También en esta Fase se realizarán "Almuerzos Familiares" que podrán ser compartidos con los Residentes de la Fases superiores.

Artículo 74.- Las actividades mencionadas en los Artículos 75 y 76 permitirán a la JAAP evaluar el avance del Residente en el tratamiento, mediante la observación de sus patrones de interacción social y familiar.

Artículo 75.- Los objetivos a cumplir en esta fase son los siguientes:

- a) Establecer modelos comunicacionales funcionales con su familia y su contexto.
- b) Reelaborar un proyecto vital y personal, con metas y objetivos adecuados.
- c) Lograr la concientización, autovaloración y clarificación de la visión que tiene del mundo, de sí mismo y de sus semejantes.
- d) Los que la JAAP considere necesarios para ese Residente en particular.

5° Fase: Integración Plena

Artículo 76.- En esta Fase, al Residente se le asignará gradualmente responsabilidades de mayor importancia, contemplando por ejemplo la posibilidad de actuar como escribiente en Grupos Terapéuticos, siempre que éstas no representen tareas de supervisión sobre otros Residentes o que puedan ser contrarios al Artículo 83 de la Ley N° 24.660.

Artículo 77.- El Residente podrá tener a su cargo la enseñanza de diversas tareas a otros Residentes, bajo la supervisión de un miembro del Equipo Terapéutico.

Artículo 78.- En esta Fase, como prerrogativa de avance, la celda-habitación podrá permanecer abierta después del almuerzo durante el día. Este beneficio será revocado en caso de que la JAAP evalúe que para un Residente en particular, esto actúa en su perjuicio, fomentando su aislamiento.

Artículo 79.- Se realizarán Asambleas de Pabellón coordinadas por miembros del equipo, en las que se tratarán los problemas de convivencia que pudieran surgir entre los Residentes de esta Fase y superiores.

Artículo 80.- Los Residentes realizarán espacios de auto-evaluación que se efectuarán en forma pública frente a los restantes alojados en el CRD, contando con la presencia y supervisión del Equipo Terapéutico.

Artículo 81.- En cuanto al Régimen de Visitas, se continuará con lo establecido para la Fase anterior, dado que ya los Residentes estarían gozando de la totalidad de las visitas establecidas en la normativa general de la materia, lo que continuará para la Fase siguiente.

- a) Mantener los logros alcanzados en las sucesivas Fases.
- b) Superar las frustraciones derivadas de las posibles alternativas de su situación legal.
- c) Trabajar en lograr cambios estructurales del vínculo familiar que conviertan este sistema en facilitador de un crecimiento mutuo.
- d) Otros que la JAAP considere necesarios para ese Residente en particular.

6° Fase: Pre-Egreso

Artículo 82.- En esta fase se realizará primordialmente actividades diversas tendientes a la prevención de recaídas.

Artículo 83.- Se tenderá a propiciar la derivación de los Residentes a CRD ubicados en Colonias Penales y en Institutos Abiertos, o en su defecto a Programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora ubicados en mismo tipo de establecimientos.

Artículo 84.- En caso de coincidir esta fase con la etapa de la progresividad necesaria para obtener el beneficio de salidas transitorias o similares, cada Residente evaluará en conjunto con el Equipo Terapéutico la posibilidad de renunciar o no a este beneficio, aceptando, en su caso, en forma expresa y por escrito, que a su reincorporación al CRD se someterá a una requisita profunda y a estudios médicos en caso de que los miembros del Equipo lo consideren necesario.

Artículo 85.- El Equipo Terapéutico procurará articular las actividades con Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales especializadas en el tratamiento para personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y con trayectoria reconocida, para facilitar que el Residente tenga un apoyo al egreso, tal como lo establece el Artículo 78 de la Ley N° 24.660.

Artículo 86.- Durante esta Fase, aunado a otros beneficios obtenidos, se mantendrán las puertas abiertas de la celda - habitación durante el sueño.

Artículo 87.- Se procurará que la convivencia en esta Fase se rija por un sistema de autodisciplina y que, dentro de los márgenes de la cordialidad, los límites puedan ser sostenidos por los propios Residentes.

Artículo 88.- En el caso de que los Residentes en esta Fase se encuentren en el periodo comprendido en la etapa de Pre-Libertad, se garantizará y facilitará su acceso a los derechos que la Ley N° 24.660 le otorga en sus Artículos 172 a 174, así como 184.

CAPITULO XIII (Ley N° 24.660) **Asistencia postpenitenciaria**

ARTICULO 172.- *Los egresados y liberados gozarán de protección y asistencia social, moral y material postpenitenciaria a cargo de un Patronato de Liberados o de una institución de asistencia postpenitenciaria con fines específicos y personería jurídica, procurando que no sufra menoscabo su dignidad, ni se ponga de manifiesto su condición. Se atenderá a su ubicación social y a su alojamiento, a la obtención de trabajo, a la provisión de vestimenta adecuada y de recursos suficientes, si no los tuviere, para solventar la crisis del egreso y de pasaje para trasladarse al lugar de la República donde fije su residencia.*

ARTICULO 173.- *Las gestiones conducentes al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 172, se iniciarán con la debida antelación, para que en el momento de egresar, el interno encuentre facilitada la solución de los problemas que puedan ser causa de desorientación, desubicación o desamparo. A tales efectos se le conectará con el organismo encargado de su supervisión en el caso de libertad condicional o asistida y de prestarle asistencia y protección en todas las demás formas de egreso.*

CAPITULO XIV

Patronatos de Liberados (Ley N° 24.660)

ARTICULO 174.- *Los Patronatos de Liberados concurrirán a prestar la asistencia a que se refieren los artículos 168, 170, la asistencia postpenitenciaria de los egresados, las acciones previstas en el artículo 184, la función que establecen los artículos 13 y 53 del Código Penal y las leyes Nros. 24.316 y 24.390.*

ARTICULO 184 - *Los centros de reinserción social deben ser instituciones basadas en el principio de la autodisciplina destinados a la recepción de condenados que se encuentren en semilibertad, prisión discontinua y semidetención. Serán dirigidos por profesionales universitarios con versación criminológica y, cuando las circunstancias lo permitan, podrán estar a cargo de un patronato de liberados y, de no existir aquél, de un servicio social calificado.*

Artículo 89.- Los objetivos a cumplir en esta fase son los siguientes:

- a) Mantener los logros alcanzados en las sucesivas Fases.
- b) Desarrollar la capacidad de verbalizar en forma grupal e interpersonal con los pares y con el Equipo Terapéutico las inquietudes y temores que puedan surgir en relación con la terminación del tratamiento.
- c) Incorporar y sostener pautas de autocontrol.
- d) Lograr la verbalización de las diferencias o la puesta de límites sin necesidad de recurrir ni al uso de la violencia ni a las Herramientas del sistema.
- e) Elevar el umbral de tolerancia a la frustración en relación a la problemática que el marco familiar y/o social del medio exterior le pueda presentar.
- f) Incorporar la capacidad de solicitar asistencia ante problemáticas diversas que se le presenten, así como el reconocimiento de la existencia de la red social de OG y ONG existentes como recurso disponible.

Capítulo II

Post-egreso

Artículo 90.- En el caso de que la terminación del tratamiento en el CRD no coincida con las últimas fases de la progresividad, se derivará al interno a un alojamiento acorde a su fase de progresividad y conducta, a pabellones específicos creados para alojar a egresados de este tipo de tratamiento, o a programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora, procurando que se realice un seguimiento por parte de personal capacitado del SPF.

Artículo 91.- En el caso de que el interno salga en libertad, se promoverá la derivación a tratamiento en el medio libre, de manera que se facilite la reinserción social y se evite al máximo la recaída en el consumo de sustancias.

Artículo 92.- En el caso de que el interno salga en libertad, se promoverá el cumplimiento del articulado pertinente de la Ley N° 24.660, mencionado en el Artículo 91 de este Reglamento.

Capítulo III

Actividades terapéuticas

Artículo 93.- Todos los CRD se manejarán con una base común en cuanto a las actividades terapéuticas que se consideran básicas para el modelo de abordaje, aún cuando tomen visos característicos, acordes a la población que atienden, la normativa y los usos propios de la Unidad donde se encuentren.

Artículo 94.- A los efectos de lograr lo estipulado en el Artículo precedente, se propiciarán vías de comunicación fluidas entre los diversos CRD, encuentros anuales de intercambio, y se diseñarán modelos de Actas, de Historia Clínica, de planillas diversas, de Evaluación de Objetivos y de intervenciones realizadas, etc., que serán utilizadas en todos los Centros de Rehabilitación.

Artículo 95.- Las actividades que se consideran esenciales y que serán de participación obligatoria para los internos que se incorporen al CRD, se detallan a continuación:

- 1.-Terapia Individual semanal o quincenal
- 2.- Técnicas Grupales
 - a) Grupo de Apertura y de Cierre.
 - b) Grupo de Sentimientos.
 - c) Grupo de Convivencia.
 - d) Grupo Temático.
 - e) Grupo Aquí y Ahora.
- 3.- Trabajo, conforme lo estipulado en los Artículos 107 y 108 de la Ley N° 24.660.
- 4.- Formación Profesional, conforme lo estipulado en los Artículos 114 al 116 de la Ley N° 24.660.
- 5.- Laborterapia (diferentes talleres).
- 6.- Educación Formal, conforme lo estipulado en los Artículos 133 a 142 de la Ley N° 24.660.
- 7.- Educación Física, no sólo a nivel recreativo sino con una rutina, planificada y supervisada por un profesor de educación física del área educación, tendiente a la desintoxicación y recuperación física.
- 8.- Actividades Recreativas-Lúdicas-Artísticas.
- 9.- Herramientas de la Terapia del Contexto, entre otras:
 - a) Confrontación.
 - b) Enseñanzas.
 - c) Llamado a la honestidad.
 - d) Seminarios.
 - e) Auto-reflexión.
 - f) Asignación de Responsabilidades.

- g) Parte de Estado de Ánimo.
- h) Empeños.
- i) Amor Responsable.
- j) Cartelera.
- k) Asambleas.

Artículo 96.- Las actividades antes mencionadas, a excepción de las específicas propias de profesionales del área, podrán ser coordinadas por los diversos miembros del Equipo.

Artículo 97.- En reunión de Equipo se establecerá en forma periódica la distribución de actividades para evitar la sobrecarga de tareas y preservar al equipo del desgaste laboral (burn out), pudiendo los diversos grupos terapéuticos ser coordinados por Operadores, Profesionales Universitarios de todas las áreas, otros miembros del Equipo Técnico-Profesional e inclusive por el Jefe del CRD, dado que todo el equipo se encuentra capacitado para coordinar grupos.

Artículo 98.- Preferentemente y dentro de lo posible, se trabajará la coordinación de actividades grupales en duplas.

Capítulo VI

Faltas y sanciones

Artículo 99.- En el marco del tratamiento en el CRD, los Residentes estarán sujetos a un doble sistema normativo, lo que aceptarán voluntariamente al momento de la firma del Compromiso de Adhesión al Programa:

- a) Reglamento de Disciplina para los Internos Decreto N° 18/97.
- b) Sistema Normativo del Programa de Tratamiento.

Artículo 100.- Las restricciones del Sistema Normativo del Programa Terapéutico serán explícitas, unívocas, conocidas por todos, de aplicación tanto a Residentes como a miembros del Equipo Terapéutico y se colocarán en una cartelera visible para todos los Residentes.

Artículo 101.- El Sistema Normativo del CRD estará conformado al menos por las siguientes normas:

1. Normas de Convivencia

No estará permitido:

- a) Faltas de respeto a miembros del Equipo o a los otros Residentes.
- b) Comentarios fuera de lugar.
- c) Lenguaje inapropiado.
- d) Estimulación verbal de conductas no permitidas.
- e) Reacciones impulsivas.
- f) Robos.

2. Normas de Orden e Higiene:

- a) Cumplimiento estricto del horario.

- b) Orden en las pertenencias y artículos personales.
- c) Higiene personal y correcta presentación.
- d) Adecuada comunicación y comportamiento social.

Artículo 102.- Las normas precitadas podrán ser ampliadas por la JAAP, teniendo en consideración -si así lo considera conveniente- las sugerencias del grupo de Residentes, siempre y cuando éstas queden debidamente explicitadas.

Artículo 103.- La trasgresión al Sistema Normativo del Programa de Tratamiento acarreará como consecuencia para el Residente la obligación de cumplir con una Medida Educativa, que no será considerada una sanción sino que consistirá en una experiencia tendiente a brindar oportunidades de aprendizaje y de corrección de la conducta inadecuada, por lo que deberá necesariamente guardar relación con ésta.

Artículo 104.- Las Medidas Educativas serán determinadas por el Equipo Terapéutico, con conocimiento de la JAAP y del Jefe del CRD, siendo notificadas al Residente, quien firmará un Libro de Medidas Educativas, y se asentarán también en su legajo, tanto la fecha, como el motivo, el tipo de Medida Educativa, y la fecha de terminación de su cumplimiento.

Artículo 105.- Las Medidas Educativas, entre otras, podrán incluir:

- a) Llamado de atención.
- b) Enseñanza entre pares.
- c) Tiempo para pensar.
- d) Reprimenda verbal.
- e) Seminarios.
- f) Experiencias educativas.
- g) Limitación de la comunicación grupal o destierro.
- h) Asamblea.

Artículo 106.- Para cualquier otra conducta que resulte en una falta al Reglamento de Disciplina de los Internos, se estará a lo estipulado en el mismo, sin que necesariamente el cumplimiento de la sanción correspondiente determine expulsión del CRD, lo que será evaluado en cada caso por la JAAP.

TITULO III RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

Artículo 107.- Las visitas domiciliarias a los familiares de los Residentes se realizarán conforme a los reglamentos vigentes, a través del área Servicio Social, pudiendo contar con el apoyo de ONGs para esto, puesto que tales visitas brindan información complementaria necesaria para el tratamiento y benefician la continuidad del mismo. Por ello, resulta fundamental contar con los medios necesarios para realizarlas.

Artículo 108.- Se elaborará un diagnóstico familiar que sólo puede ser presuntivo, y que irá modificándose a lo largo del tratamiento.

Artículo 109.- Se autorizarán los traslados de Residentes correspondientes al Artículo 166 de la Ley N° 24.660, procurando su alojamiento en otro CRD o en algún

establecimiento que cuente con Metodología Pedagógica Socializadora en la Unidad de destino transitorio.

ARTICULO 166 (Ley N° 24.660)- *El interno será autorizado, en caso de enfermedad o accidente grave o fallecimiento de familiares o allegados con derecho a visita o correspondencia, para cumplir con sus deberes morales, excepto cuando se tuviesen serios y fundamentados motivos para resolver lo contrario.*

Artículo 110.- Es tarea del Programa alentar la construcción o reconstrucción de vínculos sociales saludables extramuros, brindando herramientas al Residente para que según su avance en el tratamiento pueda paulatinamente ir estableciendo contactos con el exterior, al tiempo que va adquiriendo responsabilidad en sus acciones.

Artículo 111.- La revinculación familiar sólo se fomentará desde el Programa de Tratamiento cuando el Equipo Terapéutico considere que resulta saludable y conveniente para el Residente, lo que se realizará en forma paulatina, conforme los estadíos que el mismo vaya atravesando.

Capítulo I Visita

Artículo 112.- Se analizará caso por caso la conveniencia de autorizar la "visita de reunión conyugal", en forma anticipada al régimen establecido, cuando se trate de parejas estables previamente conformadas, en el caso que el cónyuge del Residente no represente un vínculo patológico.

Artículo 113.- Se buscará ampliar las visitas de hijos menores, a los efectos de fortalecer el vínculo paternal.

Artículo 114.- Se incluirán, en caso necesario, las "visitas extraordinarias por razones de distancia" contempladas en el Decreto N° 1136/97.

Artículo 115.- La JAAP analizará en caso necesario la posibilidad de flexibilizar las "visitas entre internos" cuando se trate de familiares directos, en forma de "visitas terapéuticas", separadas del resto de la visita común.

Artículo 116.- La visita familiar no tendrá carácter obligatorio para la permanencia del Residente en el tratamiento.

TITULO IV DEPENDENCIA ORGANICA DEL CRD

Artículo 117.- El CRD dependerá en forma directa del Director de Tratamiento del Establecimiento donde esté ubicado. En el caso de que la Unidad no cuente con Director de Tratamiento en su estructura, el CRD dependerá directamente del Director de la misma.

Artículo 118.- En cuanto a la dependencia respecto a la estructura general del SPF, los CRD dependerán de la DIRECCION PRINCIPAL DE TRATO Y TRATAMIENTO (psicopatología), DIRECCION GENERAL DE REGIMEN CORRECCIONAL.

TITULO V EQUIPO TERAPEUTICO

Artículo 119.- El personal necesario para el funcionamiento adecuado de un CRD se enlista a continuación, en forma separada aquellos que se requieren en dedicación exclusiva y aquellos que se requieren en dedicación parcial:

1. Jefe. Segundo Oficial Jefe
Encargado del Cuerpo de Operadores.
Operadores (3 por turno y por pabellón de CRD, como mínimo).
Jefe del Equipo Interdisciplinario (Profesional con formación terapéutica). Psicólogo.
Asistente Social.
Docente.
Profesor de Educación Física, Terapeuta Ocupacional, Enfermero.
Escribiente.
Personal de Despacho.

2. Tiempo Parcial.
Médico Clínico. Médico. Psiquiatra.
Médico Ginecólogo (en unidades que alojen internas residentes)
Médico Infectólogo.
Odontólogo.
Abogado
Asistente Espiritual.

TITULO VI CENTRO DE REHABILITACION DE DROGADEPENDIENTE

Capítulo I Finalidad

Artículo 120.- Llevar a cabo las medidas de Seguridad Curativas previstas en los artículos 16, 17 y 18 de la Ley N° 23.737, brindando tratamiento a personas privadas de su libertad, comprometida en el uso de Sustancias Psicoactivas; apoyándose en dos ejes fundamentales: el clínico y el social. Asimismo, realizar docencia e investigación, para la capacitación y formación permanente del personal, a fin de promover recursos humanos especializados; como así también generar un abordaje asistencial integral, desde la especificidad profesional y seguridad penitenciaria, en la construcción del Campo Interdisciplinario.

TITULO VII DEPENDENCIAS

Capítulo I Director/ Jefe del Centro de Rehabilitación de Drogadependiente

Artículo 121.- El mismo tendrá a su cargo la Dirección, Coordinación, Supervisión y Ejecución de las distintas Áreas.

Capítulo II Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia

Artículo 122.- La misma estará presidida por el Director/Jefe del C.R.D e integrada por los responsables de cada dependencia de este centro. Su finalidad es la de decidir sobre la incorporación de internos, paso de fase, expulsiones, exclusiones y todo lo relacionado con el tratamiento.

Capítulo III Area Orden Interno

Artículo 123.- Estará a cargo de la Conducción, Seguridad y Supervisión del CRD; Como así también coordinará las distintas actividades terapéuticas con el Área Asistencia y Tratamiento.

Artículo 124.- Un integrante del Area Orden Interno del CRD participará en las entrevistas de la fase de Evaluación.

Artículo 125.- Esta Área cumple una doble función, en tanto sostiene sus responsabilidades de guarda de la seguridad de Residentes y Equipo Terapéutico, pero también es miembro de dicho Equipo, participando activamente en las actividades de tratamiento.

Sección I Subárea de Selección y Evaluación de Preadmisión

Artículo 126.- Seleccionará y evaluará el perfil de los internos que necesiten ser incorporados al programa. La misma se realizará con un abordaje asistencial integral, o sea unificando los criterios tanto del Área Orden Interno como del Área División Asistencia y Tratamiento.

Sección II Subárea Despacho

Artículo 127.- Realizará todo lo vinculado con la tramitación de expedientes tanto de agentes como de los internos residentes.

**Apartado I
Oficina de Estadística**

Artículo 128.- Su función es supervisar técnicamente la recolección y procesamiento de datos estadísticos del Centro de Rehabilitación.

**Sección III
Jefatura de Turno**

Artículo 129.- Tendrá por función velar tanto por la seguridad del personal a su cargo como la de los internos residentes. Será responsable de coordinar y fiscalizar las distintas tareas del programa.

**Apartado I
Escribiente**

Artículo 130.- Será el responsable de la tramitación de los expedientes de la jefatura de turno. Oficiará de secretario en las reuniones de la J.A.A.P.

**Sección IV
Coordinación de Operadores Socio Terapéuticos**

Artículo 131.- Su función es de controlar, fiscalizar y coordinar a los Operadores Socio Terapéuticos, las que serán comunicadas al Jefe de Turno.

**Sección V
Coordinación de Talleres Productivos**

Artículo 132.- Su finalidad es coordinar los talleres y actividades destinadas a la capacitación laboral.

**Sección VI
Operadores Socio Terapéuticos**

Artículo 133.- Realizará la supervisión directa de los residentes, aplicando las herramientas terapéuticas.

**Capítulo IV
Area Asistencia y Tratamiento**

Artículo 134.- Comprende la totalidad de las actividades de asistencia terapéutica efectuadas a los residentes, asimismo la investigación, capacitación y proyectos, sobre la temática.

Sección I
Subárea de Coordinación y Tratamiento

Artículo 135.- Tendrá por función coordinar y supervisar las actividades que se cumplen en todos los Servicios de tratamiento, Servicios: - Psicología - Clínica - Asistencia Social – Psiquiatría - Educación – Asistencia Espiritual – Talleres Terapéuticos.

Sección I
Subárea Investigación y Capacitación

Artículo 136.- Su finalidad es el diseño y ejecución de estrategias de formación en el campo de las toxicomanías, promoviendo y desarrollando actividades de investigación científica sobre el tema.

TITULO VIII
FUNCIONES

Artículo 137.- Las funciones que se explicitan a continuación no serán taxativas ni excluyentes y de ninguna manera limitarán a los miembros de cada Servicio, pudiendo cualquiera de ellos en tanto han sido formados como Operadores Socio-Terapéuticos, coordinar diversas Técnicas Grupales y supervisar el funcionamiento y utilización de las Herramientas propias de las Terapias del Contexto.

Capítulo I
Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia

Artículo 138.- La Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia (JAAP) será presidida por el Director/Jefe del CRD y constituida por los Jefes del Equipo Interdisciplinario y del Área Orden Interno, así como representantes de cada una de los Servicios que comprenden el tratamiento.

Artículo 139.- La JAAP será el órgano responsable de cuya autoridad y decisión dependerán las políticas de admisión al CRD, la orientación a observar en casos puntuales y las oportunidades en que deberán producirse las exclusiones, expulsiones, altas y cambios de fase de los residentes, además de las restantes funciones que se explicitan en el marco del presente Reglamento.

Artículo 140.- La JAAP se reunirá con una periodicidad no menor a una vez por mes, pudiendo convocar a sus reuniones a diferentes miembros del Equipo Terapéutico, a efectos de lograr información acabada sobre el estado actual y la evolución de los Residentes y lograr así que sus resoluciones sean más amplias y consensuadas.

Artículo 141.- Será responsabilidad de la JAAP supervisar que se confeccione un legajo terapéutico para cada Residente, así como que cada Servicio del tratamiento vuelque en la parte pertinente del mismo, todas las evaluaciones e intervenciones que realicen, así como una copia de los informes que se eleven a las autoridades.

Sección I **Servicio Asistencia Social**

Artículo 142.- El trabajador social integrado al proceso de tratamiento del CRD cumple una función terapéutica profesional tanto educativa como preventiva y asistencial, dadas las situaciones de disfunciones familiares que atraviesan los adictos.

Artículo 143.- Atenderá aquellas situaciones en las que se requiera asesoramiento o estímulo para lograr un uso más racional de sus recursos de red social, asistiendo en necesidades de demanda tanto explícita como implícita.

Artículo 144.- En sus intervenciones, el trabajador social intervendrá para fortalecer y promover las relaciones vinculares de la familia.

Artículo 145.- A modo de Diagnóstico, el trabajador social efectuará la medición e interpretación de las situaciones y problemas que el Residente presenta a nivel vincular y socio-familiar, lo que volcará en el Legajo Terapéutico.

Artículo 146.- Las relaciones del interno con su familia, en tanto fueren convenientes para ambos y compatibles con su tratamiento, deberán ser facilitadas y estimuladas.

Artículo 147.- El Residente podrá recibir la visita de personas, de miembros de organismos oficiales o privados que posean personería jurídica con el objeto específico de favorecer sus posibilidades de reinserción social.

Artículo 148.- En modo particular se velará por la regularización de los documentos personales del interno.

Artículo 149.- En los aspectos no contemplados en el presente Reglamento, se estará a lo estipulado en el Decreto N° 1136/97.

Sección II **Servicio Educativa**

Artículo 150.- Será función principal de este Servicio garantizar el derecho del Residente de mantener, fomentar y mejorar su educación e instrucción.

Artículo 151.- Se brindará enseñanza obligatoria a los residentes analfabetos y a quienes no hubieren alcanzado el nivel mínimo fijado por la Ley.

Artículo 152.- Los planes de enseñanza corresponderán al sistema de educación pública para que el residente pueda, a su egreso, tener la posibilidad de continuar sus estudios sin inconvenientes, y los certificados de estudios y diplomas extendidos por la autoridad educacional competente no contendrán ninguna indicación de que fueron cursados en un establecimiento penitenciario.

Artículo 153.- En el CRD la asistencia a las actividades de Educación Formal tendrá carácter obligatorio, como todas las otras actividades del Programa.

Artículo 154.- Tal como se mencionara en el Artículo 27 del presente Reglamento, se utilizarán para los Residentes del CRD espacios del Área Educación en forma exclusiva o en horarios no coincidentes con el resto de los internos.

Artículo 155.- Se promoverá la participación de los Residentes en actividades de Educación Física, Deportes y Recreación, a los efectos de mejorar su condición física, su coordinación psico-motriz y fundamentalmente su capacidad de integración con grupos de pares y aceptación de normas, esto último, a través de deportes de equipo y recreación activa.

Artículo 156.- Se trabajará en el desarrollo de aspectos ético-valorativos, a través de actividades grupales, talleres, y otras dinámicas que sean oportunas.

Sección III

Servicio Psicología

Artículo 157.- El Psicólogo acompañará terapéuticamente a los residentes durante toda la estadía en el CRD.

Artículo 158.- Deberá realizar un Psicodiagnóstico que permita detectar rasgos salientes de personalidad que se incluirán en el Legajo del Residente.

Artículo 159.- El terapeuta trabajará procurando ofrecer modelos vinculares, privilegiando la discriminación a modo de intervención organizadora que va al encuentro del problema confusional propio de los trastornos adictivos.

Artículo 160.- Más allá del secreto profesional, el Psicólogo consignará en el Legajo del residente todo cambio relevante y trabajará con las normativas de aceptación del Compromiso de Adhesión al Programa de Asistencia, pudiendo inducir al Residente a abrir en espacios grupales o ante el Equipo Terapéutico, temas que esté tratando a nivel individual, en caso que lo considere relevante.

Sección IV

Servicio Operadores Socio Terapéuticos

Artículo 161.- Será función primordial de los Operadores Socio Terapéuticos mantener vigente la utilización de las Herramientas de la Terapia del Contexto por parte de los Residentes.

Artículo 162.- Los Operadores serán quienes coordinen los Grupos de Apertura y de Cierre.

Artículo 163.- Ante una trasgresión o falta, realizarán un Llamado de Atención poniendo en conocimiento al/a los Residente/s que recibirán una Medida Educativa.

Artículo 164.- A la mayor brevedad pondrán en conocimiento de lo sucedido a los miembros de la JAAP, a los efectos de que la Medida Educativa sea consensuada por el Equipo Terapéutico, y puesta en conocimiento del/de los Residente/s.

Artículo 165.- Los Operadores socioterapéuticos llevarán un Libro de Medidas Educativas que se menciona en el Artículo 104 del presente Reglamento, y, en caso necesario, estará a su cargo el sistema excepcional de distribución de medicación mencionado en el Artículo 21 inc. a) de este Reglamento.

Artículo 166.- Los Operadores Socio-Terapéuticos, podrán coordinar o co-coordinar algunas de las Técnicas Grupales propias del Modelo de Abordaje.

Otras Intervenciones Específicas -Asistencia Médica-

Artículo 167.- El Médico Clínico deberá realizar una evaluación del estado de salud de cada Residente al ingreso al CRD, elaborando un informe fundado, e indicando si requiere algún tipo de tratamiento específico o derivación a alguna especialidad del área.

Artículo 168.- Todos los informes, prescripciones y estudios que realice quedarán debidamente integrados en el Legajo Clínico del Residente en el CRD.

Artículo 169.- Asimismo realizará controles médicos periódicos de todos los Residentes, en forma mensual.

Artículo 170.- El Médico atenderá en consulta a Residentes por audiencia pedida por éstos y/o a solicitud de la JAAP.

Artículo 171.- En casos especiales y de requerir tratamiento farmacológico de cualquier índole, el mismo será administrado a los Residentes, por parte de personal médico o de enfermería.

Artículo 172.- De resultar imposible lo estipulado en el Artículo anterior, se procederá conforme al mecanismo planteado en el Artículo 19 inciso a) del presente Reglamento.

Sección V Asistencia Psiquiátrica

Artículo 173.- El Médico Psiquiatra podrá evaluar a los internos que la JAAP determine, a los efectos de dictaminar, mediante informe fundado, si estos se encuadran en los Criterios de Exclusión. En el caso de que el establecimiento no cuente con un Médico Psiquiatra, esta evaluación será realizada por un Psicólogo.

Artículo 174.- Asimismo, a los efectos de evaluar el ingreso al CRD, informará de los internos que se encuentren bajo tratamiento psicofarmacológico, en relación a la posibilidad de retirar la medicación sin que se produzca una descompensación, reevaluando a los mismos cuando se haya suspendido dicho tratamiento y habiendo transcurrido un tiempo prudencial que permita analizar el estado de salud mental. En el caso de que el establecimiento no cuente con un Médico Psiquiatra, este informe será realizado por un Médico Clínico en conjunto con un Psicólogo.

Artículo 175.- La JAAP podrá solicitar su intervención para evaluación de Residentes en situaciones puntuales, cuando así lo considere.

Artículo 176.- Las intervenciones del Médico Psiquiatra se incluirán en el Legajo del Residente.

Sección VI Requisa

Artículo 177.- La requisita deberá efectuar los controles a fin de evitar el ingreso de sustancias psicoactivas o cualquier otro elemento inadecuado, para garantizar la seguridad de los Residentes y del equipo terapéutico, conforme a las reglamentaciones en vigencia.

Artículo 178.- En el CRD los Operadores Socio Terapéuticos podrán realizar inspecciones oculares diariamente.

Artículo 179.- Se realizarán academias a cargo del Jefe del Area Orden Interno destinadas al personal de Requisita referentes a la modalidad de trabajo del CRD.

Artículo 180.- El Director/Jefe del CRD, o cualquier miembro de la JAAP, podrá solicitar a la autoridad correspondiente que se realice requisita en las instalaciones del CRD cuando lo considere necesario.

Artículo 181.- Cuando los Residentes egresen o se reintegren al establecimiento, sea a raíz de un comparendo, a hospital, visita de penal a penal, etc. Se le realizarán los controles necesarios conforme a las reglamentaciones en vigencia.

Artículo 182.- Al reintegrarse al CRD, si el Operador u otro miembro del Equipo Terapéutico observará en el residente indicadores que pudieran señalar que éste se encuentra bajo el efecto de sustancias psicoactivas, podrá solicitar al Servicio Médico se realicen los análisis clínicos correspondientes para su confirmación, sin requerir autorización judicial.

Para ello:

- a) Se incluirá la aceptación expresa de someterse a este tipo de estudios por parte del Residente en el Compromiso de Adhesión.
- b) Se procurará contar en los establecimientos los reactivos necesarios
- c) Se capacitará al personal del servicio médico, incluidos enfermeros, en la aplicación de estos reactivos

TITULO IX PROGRESIVIDAD

Artículo 183.- El Gabinete Técnico-Criminológico y el Equipo Terapéutico del CRD confeccionarán y actualizarán en forma conjunta el Programa de Tratamiento Individual (PTI) de los internos incorporados al tratamiento en el CRD, estableciendo la rehabilitación de la drogadependencia como uno de los objetivos a cumplir dentro del mismo.

Artículo 184.- El Presidente de la JAAP y/o el Jefe del Equipo interdisciplinario, o quien en su momento lo/s reemplace/n, habiendo sostenido las correspondientes reuniones de equipo a los efectos de nutrirse del total de la información necesaria, participarán del Consejo Correccional cuando se traten aspectos relacionados a internos incorporados al CRD.

Artículo 185.- Estos miembros de la JAAP en el Consejo Correccional tendrán voz pero no tendrán voto, a los efectos de ajustar el funcionamiento del mismo al Reglamento de las Modalidades Básicas de la Ejecución.

TITULO IX CAPACITACION Y SUPERVISION

Artículo 186.- Es indispensable que el personal que se asigna a desempeñarse en los CRD esté debidamente capacitado, tanto Personal Superior como Subalterno del Escalafón Profesional como General.

Artículo 187.- Preferentemente, el personal será capacitado en forma previa a su incorporación al equipo terapéutico del CRD, y la capacitación se mantendrá en forma continua y permanente.

Artículo 188.- Los Cursos de Formación para Operadores Socio-Terapéuticos serán teórico-vivenciales y preferentemente dictados en el establecimiento donde esté ubicado el CRD; este nivel de capacitación será condición excluyente para desempeñarse en el mismo.

Artículo 189.- La formación puede comprender desde cursos básicos de formación como Operador Socio-Terapéutico, hasta pasantías, seminarios, conferencias relacionadas con la temática de la dependencia a sustancias psicoactivas, cursos externos o mediante la obtención de becas para la especialización del personal.

Artículo 190.- Se fomentará que los miembros de los equipos terapéuticos realicen pasantías en Comunidades Terapéuticas del medio libre, al igual que las adscripciones de intercambio por lapsos no mayores a una semana entre equipos de diferentes CRDs.

Artículo 191.- Se promoverán las actividades de formación en materia de tratamiento para personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en la órbita de los Institutos de Formación del Servicio Penitenciario Federal, de manera que todo el personal en servicio cuente con una base de conocimientos en la temática.

Capítulo I Capacitación en servicio

Artículo 192.- Es necesario contar con espacios de capacitación en servicio que sean brindados a los Equipos Terapéuticos por parte de personal profesional capacitado e idóneo, que cuente con formación y experiencia tanto en la modalidad de comunidad terapéutica.

Artículo 193.- Estos espacios de capacitación en servicio pueden realizarse, por lo menos, en DOS (02) formas no excluyentes entre sí:

- a) En reuniones de equipo en los mismos espacios de los CRD.
- b) En actividades puntuales en los Institutos de Formación.

Capítulo II Supervisión externa

Artículo 194.- La supervisión externa es necesaria tanto para el buen funcionamiento del Programa como para el bienestar psico-físico del Equipo Terapéutico, evitando el desgaste laboral (burn out). Para ello, en estos espacios, se deberá tener en cuenta la realización de actividades grupales de contención para los miembros del Equipo Terapéutico, entre otras acciones.

Artículo 195.- Los espacios de supervisión externa estarán a cargo de un equipo de trabajo conformado por personal idóneo, que cuenten con formación y experiencia en la temática.

ACTA DE COMPROMISO DE ADHESION AL PROGRAMA ASISTENCIAL GRUPAL PARA ADICTOS (A.G.A.)

En la ciudad de a los.....días del mes de.....del año 20.....
entre el/a Sr./a.....D.N.I. N°.....,en
adelante EL/LA INTERNO/A-PACIENTE y los Coordinadores del Programa A.G.A. del
Complejo/ Unidad N°..... del Servicio Penitenciario Federal, en este acto representados
por

en adelante llamado EL EQUIPO, convienen en celebrar este COMPROMISO DE
ADHESIÓN AL **PROGRAMA ASISTENCIAL GRUPAL PARA ADICTOS (A.G.A.)**,
que se regirá por las cláusulas siguientes:

PRIMERA: EL/LA INTERNO/A-PACIENTE acepta transitar, con carácter de obligatorio,
por TRES (03) Fases del Tratamiento, debiendo cumplimentar cada una de ellas con sus
diferentes modalidades y requisitos para ser promovido a la siguiente.

SEGUNDA: EL EQUIPO evaluará los progresos y retrocesos de EL/LA INTERNO/A-
PACIENTE, le efectuará los señalamientos pertinentes y le comunicará las decisiones que
impliquen modificaciones al tratamiento y aún en su exclusión por violación de las normas
que en este acto se compromete a respetar.

TERCERA: EL/LA INTERNO/A-PACIENTE al incorporarse al Programa tendrá las
siguientes obligaciones:

- a) Asistir y participar activamente en TODAS las actividades establecidas como parte del
PROGRAMA ASISTENCIAL GRUPAL PARA ADICTOS (A.G.A.) (asambleas,
entrevistas individuales, grupales, familiares, actividades deportivas, escolares y laborales).
- b) Someterse a los procesos evaluativos que las autoridades del A.G.A. consideren
necesario implementar desde las distintas áreas de intervención (médicos, odontólogos,
psicólogos, asistentes sociales, educadores y terapeutas ocupacionales).
- c) Cumplir con el proceso de desintoxicación y rehabilitación, fomentando idéntica actitud
entre sus iguales.
- d) Comenzar o continuar un proceso educativo formal o informal.
- e) Aceptar las observaciones y señalamientos que su grupo y su Equipo Terapéutico
pudieran formular en relación a eventuales conductas o actitudes reñidas con el espíritu del
Programa de Asistencia Grupal.
- f) Observar en todo momento un comportamiento o conducta respetuosa y adecuada,
adoptando una armónica relación de convivencia con sus compañeros y acatar las directivas
que le fueran impartidas.

CUARTA: Durante el transcurso de todo el proceso terapéutico-educativo comprendido en
el Programa A.G.A., EL/LA INTERNO/A-PACIENTE colaborará y facilitará la labor de
los profesionales actuantes, brindando información fidedigna.

En prueba de conformidad, previa lectura, y puestos en conocimiento EL/LA INTERNO/A-
PACIENTE de los principales aspectos del "Programa", se firman tres (03) ejemplares de un
mismo tenor y a un solo efecto. -

.....
INTERNO/A-PACIENTE

.....
P/Programa AGA