

SESIONES ORDINARIAS

2009

ORDEN DEL DIA N° 2148

COMISIONES DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES
Y CONTROL DEL NARCOTRÁFICO, DE ACCIÓN SOCIAL
Y SALUD PÚBLICA Y DE PRESUPUESTO Y HACIENDA

Impreso el día 3 de noviembre de 2009

Término del artículo 113: 12 de noviembre de 2009

SUMARIO: **Programa** Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones. Creación. **Gorbacz, Benas, Fein, Macaluse, Bisutti, García Méndez y Belous.** (517-D.-2008.)

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico, de Acción Social y Salud Pública y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de los señores diputados Gorbacz, Benas, Fein, Macaluse, Bisutti, García Méndez y Belous sobre la creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA
PÚBLICA DE LAS ADICCIONES

CAPÍTULO I

Creación

Artículo 1° – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones.

CAPÍTULO II

Objetivos

Art. 2° – Son objetivos del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones:

a) Desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la pro-

blemática de las adicciones en todo el territorio nacional, que contemple diferentes modelos comprobados y avalados de intervención sobre la base de la diversidad, los variados contextos donde se presentan las problemáticas, las características de la adicción y la singularidad de las personas. Se incluyen todo tipo de adicciones, coordinando acciones con planes y programas en vigencia;

- b) Fortalecer y capacitar a los servicios de salud mental y centros de salud de carácter público, existentes en los ámbitos nacional, provincial y municipal, con el objeto de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demandan asistencia por padecer problemas de adicción;
- c) Promover la autonomía individual y la singularidad de las personas que demandan asistencia para el tratamiento de las adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- d) Impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones;
- e) Asegurar la calidad de las prestaciones;
- f) Coordinar el accionar del Programa con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deporte, derechos humanos y otras necesarias para un abordaje intersectorial;
- g) Incorporar el modelo de reducción de daños;
- h) Asistir financieramente a las jurisdicciones que adhieran al presente Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones.

CAPÍTULO III

Definición de la asistencia a las adicciones y de reducción de daños

Art. 3° – A los efectos de la presente ley, se entiende por asistencia de la problemática de las adicciones a todas las acciones sociosanitarias urgentes, inmediatas o de largo plazo que tengan por objeto mejorar el estado de la salud psicofísica y las condiciones de integración social de las personas, a fin de superar las razones sociales, familiares e individuales que en cada caso y de manera singular constituyen la causa de adicción.

Art. 4° – *Reducción de daños.* A los efectos de la presente ley, se entiende por modelo de reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de las personas que padecen adicciones, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

CAPÍTULO IV

Autoridad de aplicación

Art. 5° – La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 6° – Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Articular y supervisar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones, para el abordaje de la problemática de las adicciones;
- b) Coordinar acciones intersectoriales con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deportes y recreación, derechos humanos y otras áreas relevantes, y con sus similares de las jurisdicciones que adhieran al presente programa nacional, a fin de desarrollar programas y pautas para un abordaje intersectorial de las adicciones que puedan ser implementadas por cada una de las jurisdicciones;
- c) Desarrollar en su ámbito un área destinada a la investigación, docencia, asesoramiento y capacitación en materia de adicciones;
- d) Firmar convenios con las universidades nacionales que tengan desarrollo en la materia para diseñar trabajos de investigación acerca de la problemática de las adicciones en los que se contemplen sus distintos tipos, los contextos en los que las mismas se desarrollan, su prevención y tratamiento, considerando estrategias diversas y alternativas de reducción de riesgos de la salud individual y colectiva;
- e) Incorporar al sistema nacional de vigilancia epidemiológica los datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables tales como condicio-

namientos psicológicos, sociales y económicos de la incidencia y prevalencia de las adicciones.

Art. 7° – La autoridad de aplicación, en un plazo máximo de 180 días a partir de la adhesión de cada jurisdicción y en virtud de las que éstas le remitan debe elaborar un informe que contenga:

- a) Datos epidemiológicos respecto a la problemática de las adicciones;
- b) Un relevamiento exhaustivo de la capacidad instalada en el sector público de cada jurisdicción para la atención específica de la problemática de las adicciones, y de los servicios de salud mental relacionada con las adicciones;
- c) Los recursos materiales, humanos y financieros que requiere cada jurisdicción, para adecuar su capacidad instalada o crear nuevos servicios que puedan satisfacer la demanda futura.

Art. 8° – *Funcionamiento.* Las jurisdicciones que adhieran al presente Programa deben adecuar sus servicios de asistencia especializada en adicciones y salud mental, a fin de que funcionen como equipos asistenciales que admitan la demanda, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- a) Evaluar las consultas que espontáneamente reciban de los pacientes, familiares, referentes;
- b) Determinar en un lapso aproximado de dos meses el tratamiento a seguir, el que debe contemplar las características singulares de la persona, el contexto en que la misma se encuentra inserta y las características específicas de la relación adictiva;
- c) Proponer al paciente las diversas alternativas posibles y recomendar la más adecuada;
- d) Incluir en el plan de tratamiento estrategias que contengan actividades deportivas, artístico-culturales, educativas, así como también la incorporación en programas laborales y/o de acción social;
- e) Incluir en el plan de tratamiento estrategias de reducción de daños con el objeto de minimizar los daños asociados al problema de adicción;
- f) Acordar con el paciente, en el marco del consentimiento informado por escrito, la propuesta de tratamiento;
- g) Llevar adelante los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, en los casos que así se determine, pudiendo ser éstos individuales, familiares, grupales, hospital de día u otros dispositivos según la necesidad de cada situación particular;
- h) Asegurar la internación según los mecanismos que establezca la reglamentación para cada jurisdicción, para situaciones de crisis y otras situaciones que el plan de tratamiento deter-

mine, procurando que ésta sea una medida de último recurso y por el menor tiempo posible.

CAPÍTULO V

Transferencia de fondos de Nación a jurisdicciones

Art. 9° – *Convenios con las jurisdicciones.* La autoridad de aplicación debe llevar a cabo convenios bilaterales con las jurisdicciones, contemplando mecanismos periódicos de revisión de las líneas estratégicas, las acciones programáticas y las metas a cumplir, para lo cual deben especificar los mecanismos de transparencia y publicidad de la transferencia y ejecución de los recursos transferidos y toda información relativa al cumplimiento de las acciones del programa.

Estos convenios deberán incluir indefectiblemente mecanismos de monitoreo de la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos, con referencia a los objetivos establecidos en la presente ley.

Art. 10. – *Requisitos.* A los fines de firmar los convenios referidos en el artículo 9° de la presente, las jurisdicciones deberán cumplir con los siguientes requisitos, en los plazos que establezca el convenio:

- a) Asegurar el acceso de las personas que demanden tratamiento de las adicciones al sistema público de asistencia universal y gratuita eliminando todo tipo de arancelamiento o cobro directo, permitiéndose sólo el cobro a terceros pagadores;
- b) Mantener el presupuesto propio para el funcionamiento de los servicios, incluyendo la planta de trabajadores de salud mental y centros públicos especializados que consten en el relevamiento establecido en el artículo 7°, inciso b);
- c) Incorporar exclusivamente por mecanismos de selección objetivos y transparentes, y de acuerdo a las necesidades determinadas en el informe establecido en el artículo 7°, inciso c), a profesionales psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, agentes sanitarios, y otros profesionales del campo médico y psicosocial, de acuerdo a las características y necesidades de cada contexto sociosanitario;
- d) Garantizar la capacitación permanente de profesionales y técnicos integrantes del sistema público de asistencia de las adicciones, a través de su participación en las acciones de investigación, docencia y asesoramiento de la problemática de las adicciones que desarrolle la autoridad de aplicación;
- e) Realizar a través del mecanismo de contratación pública las adquisiciones que sean necesarias para la construcción o adecuación de estructuras edilicias, conforme las necesidades

determinadas en el informe que establece el artículo 7°, inciso a), de la presente ley.

- f) Coordinar con el área de Derechos Humanos o similar de cada jurisdicción, la verificación del cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas que se encuentren bajo asistencia por problemas de adicciones;
- g) Prever mecanismos de integración evitando la segregación, discriminación y exclusión con las áreas de educación, cultura, trabajo, deportes y desarrollo social.

Art. 11. – *Transferencia.* La Nación transferirá anualmente los fondos necesarios a las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran al presente programa nacional de asistencia, con el objeto de adecuar sus servicios de salud mental y centros públicos especializados, o crear nuevos centros, conforme a las necesidades establecidas según indica el artículo 7°, inciso c), de la presente ley.

Art. 12. – *Asignaciones presupuestarias.* Anualmente, el Poder Ejecutivo debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones. También debe contemplar la reasignación progresiva de los recursos que actualmente se destinan a becas para tratamiento.

CAPÍTULO VI

Disposiciones complementarias

Art. 13. – *Adhesión.* Invítase a las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 14. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 28 de octubre de 2009.

Graciela Giannettasio. – Juan Sylvestre Begnis. – Gustavo Marconato. – María del C. Rico. – Graciela Gutiérrez. – Fabián Peralta. – María de la Rosa. – César A. Albrisi. – Esteban Bullrich. – Antonio Morante. – Juan C. Scalesi. – María J. Acosta. – Julio Arriaga. – Griselda Baldata. – Sergio Basteiro. – Rosana Bertone. – Lia F. Bianco. – Susana Canela. – Alberto Cantero Gutiérrez. – María A. Carmona. – Jorge Cejas. – Luis F. Cigogna. – Susana E. Díaz. – Victoria Donda Pérez. – Patricia Fadel. – Héctor Flores. – Eduardo Galantini. – Leonardo Gorbacz. – Alberto Herrera. – Griselda Herrera. – Beatriz L. Korenfeld. – Stella M. Leverberg. – Timoteo Llera. – Marcelo López Arias. – Eduardo Lorenzo Borocotó. – Mario H. Martiarena. – Heriberto A. Martínez Oddone. – Carlos Moreno. – Marta L. Osorio. – Juan M. Pais. –

Guillermo A. Pereyra. – Jorge R. Pérez. – Beatriz L. Rojkés de Alperovich. – Carmen Román. – Mario A. Santander. – Carlos D. Snopek. – Enrique Thomas. – Mónica L. Torfe. – Gerónimo Vargas Aignasse. – Mariano West. – Pablo V. Zancada.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico, de Acción Social y Salud Pública y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de los señores diputados Gorbacz, Benas, Fein, Macaluse, Bisutti, García Méndez y Belous sobre la creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones; y, con las modificaciones propuestas creen innecesario abundar en más detalles que los expuestos en los fundamentos que lo acompañan, por lo que los hacen suyos y así lo expresan.

Graciela M. Giannettasio.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Las adicciones son una problemática de los sujetos donde los procesos culturales, políticos y económicos han tenido y tienen principal incidencia. Por ello, requieren necesariamente una mirada integral que incluya estas múltiples determinaciones.

De este modo, los campos de intervención implicados en el abordaje de la cuestión corresponden tanto a las ciencias de la salud como a las ciencias sociales.¹ El Estado tiene la responsabilidad de garantizar, a través del sistema público de salud, el desarrollo de políticas asistenciales para el tratamiento de las adicciones contemplando la complejidad del problema.

Entendemos que en esta dirección la República Argentina ha considerado el derecho a la salud como un bien jurídico social, consagrado en distintos pactos y tratados internacionales, tales como Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Políticos, la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño.

¹ Silvia Inchaurrega, directora del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y Sida (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario y directora del Servicio Asistencial para Drogadependientes del Centro Regional de Salud Mental de Rosario, plantea, al igual que el licenciado Alberto Calabrese, que para poder abordar el problema de las drogas hay que ir más allá, “ya que una vez que se incorpora el mal a la humanidad, se olvida que los males de la humanidad son muchos más y que las drogas son una expresión de esos males”.

Este marco jurídico garantiza el acceso universal y gratuito a la atención de la salud y ello incluye, desde luego, los problemas relacionados con las adicciones. La realidad dista mucho de ello.

Esto es claro si analizamos el presupuesto 2007: los créditos solicitados en carácter de asistencia se vinculan con el otorgamiento de subsidios personales para tratamiento en organizaciones de la sociedad civil en convenio con la secretaría; los fundamentos para financiar la asistencia se basan en “facilitar la asistencia y rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas, y que, carentes de recursos adecuados, no podrían acceder al tratamiento o recuperación que merecen.

”Dentro del área asistencial se dará cobertura relacionada con el diagnóstico y derivación de todas las personas que concurren solicitando ayuda. Aquellas que, resultando carenciadas o desprotegidas por la seguridad social, requieran de algún tipo de tratamiento, se las encaminará hacia la obtención de un subsidio individual asistencial dentro de la red de instituciones prestadoras, las cuales conforman una red nacional de asistencia. Aquellas personas que, por distintas dificultades, no tuviesen acceso al sistema asistencial serán guiadas hacia el efector más próximo de su domicilio con la finalidad de ser asistido adecuadamente. También, debe señalarse la ayuda existente que recibe la población de todo el país a través de la línea telefónica de consulta.”²

Esta definición de cobertura sólo a los “carentes de recursos” pone a esta problemática social y sanitaria en un nivel de acceso inferior al resto de los problemas sanitarios para los que no existe, al menos en teoría, tal necesidad de demostrar pobreza para poder ser asistido por el Estado.

Las metas que se propuso la Secretaría de Estado para 2007, en asistencia integral a drogodependientes, fue de apenas ¡350 pacientes asistidos!, para todo el año 2007. La asignación del crédito al Programa 16, Sedronar, en la denominación “Asistencia a drogodependientes” es de tan sólo \$ 4.290.000.

Ahora bien, un aspecto importante para considerar son los criterios en el acceso al tratamiento de las personas con problemas de adicciones. Los subsidios tienen un carácter discrecional en su otorgamiento, siempre se establecen criterios de admisión y de inclusión en base a parámetros socioeconómicos. Estas pautas siempre se realizan entre las personas más desaventajadas por su situación socioeconómica. El interrogante es ¿cuáles son los criterios para dejar fuera del acceso a un tratamiento a personas que tienen problemas de adicción?

Por otra parte, las personas menores de 21 años de edad que demandan tratamiento por sí, por su familia

² Proyecto de presupuesto nacional 2007 del Poder Ejecutivo. Asignación de créditos al Programa 16. Denominación: Asistencia a drogodependientes.

o por la Justicia, en el ámbito de la Capital Federal y provincia de Buenos Aires, reciben cobertura desde la Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (DND), Programa de Asistencia e Investigación en Adicciones (PAIDA).³ El PAIDA en “el segundo semestre de 2005/primer semestre de 2006 recibió 837 pedidos de intervención, de los cuales sólo han dado prestación a 317 pedidos. De ellos, 225 fueron derivados a comunidades terapéuticas, 41 a la comunidad terapéutica dependiente del CONAF (Isla Silvia), 41 fueron derivados al Centro de Tratamiento Ambulatorio ‘Garrigós’ dependiente del CONAF, y 10 a centros de día. Los montos distribuidos por persona menor de edad asistida en ONG ascienden a internación \$ 1.187, ambulatorio: \$ 628”.⁴ El interrogante es ¿adónde fueron derivadas aquellas personas menores de 21 años que no recibieron cobertura? ¿No sería posible, en un sistema público de atención, dar mayor respuesta con los mismos recursos?

Estos datos fundamentan la necesidad del presente proyecto de ley que permitirá “desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la problemática de las adicciones en todo el territorio nacional y de fortalecer el sistema de salud público existente en los ámbitos nacional, provincial y municipal, con el objeto de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demandan asistencia por presentar problemas de adicción”.

En lo que respecta a las respuestas organizacionales por parte del sector público de salud, desde provincias y municipios no existen datos organizados sobre la red asistencial pública para el tratamiento de las adicciones; se puede contar con información aislada, que requiere ser sistematizada para poder realizar un diagnóstico preciso sobre la capacidad asistencial instalada y de las necesidades reales que permitan mejorar y crear servicios adecuados a las realidades de los diversos contextos.

Un reducido relevamiento a partir de documentos disponibles en páginas web permiten visualizar con claridad la insuficiencia y desarticulación de los centros asistenciales en materia de adicciones. En ese sentido, poder contar con una coordinación nacional, en el ámbito del Ministerio de Salud, permitirá contribuir con informes diagnósticos sobre las realidades en cada contexto provincial y municipal, así como también dar cuenta efectiva de la capacidad prestacional en recursos técnicos y profesionales, como edificios. Estos datos permitirán tener una acabada noción de cuál es la necesidad y cuál el financiamiento necesario, contemplando la reasignación de recursos que hoy se destinan a subsidios para tratamiento de personas con problemas de adicciones fuera del ámbito de residencia, como es el caso de provincias que realizan convenios

con la Sedronar o con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia para derivar fuera del ámbito provincial a personas que demandan tratamiento, por no contar en las provincias y municipios con recursos asistenciales alternativos. De modo, este plan federal que estamos creando permitirá que cada ciudadano tenga acceso a tratamiento en su comunidad, ya que entendemos que la posibilidad de recuperación está íntimamente relacionada a la integración social, al trabajo en y con la comunidad.

En este sentido, la elaboración de un plan de mediano y largo plazo que apunte a satisfacer la demanda de asistencia, a través del sistema público, podrá ir dando respuesta paulatina y eficiente, teniendo una visión integral de las necesidades financieras en cada jurisdicción que adhiera al presente plan federal, contemplando la reasignación progresiva de los recursos que hoy se utilizan en el marco de una política focalizada de becas y subsidios.

Sin duda alguna la Nación debe asistir financieramente a las jurisdicciones para desarrollar este ambicioso pero necesario plan. Progresivamente la Nación ha ido disminuyendo la masa coparticipable a las provincias, a la vez que ha ido delegando en éstas, distintas funciones. Es hora entonces de revertir, al menos en parte, esa situación injusta ayudando en el marco de un plan serio y definido de asistencia de las adicciones a las provincias del país.

Hemos definido, además, criterios de intersectorialidad para el abordaje de este problema. La posibilidad de incluir a las personas en tratamiento en programas culturales, deportivos, laborales o de otra naturaleza, constituye parte de una intervención integral que asume plenamente el carácter multicausal del problema. De nada sirve un abordaje médico o psicológico si luego el sujeto no puede acceder a vías de realización y desarrollo personal conforme sus particularidades y deseos.

Asimismo, y no menos importante es la inclusión en el Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones de estrategias de reducción de daños como alternativas de tratamiento, pensadas como “todas aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de las personas con adicciones, evitando la extensión de las enfermedades contagiosas, previniendo las muertes por sobredosis, accidentes fatales, y todo otro daño asociado”. Esta incorporación es una clara respuesta del país ante los cambios que se fueron desarrollando en contextos internacionales, regionales y locales, donde las Naciones Unidas han dado un respaldo manifiesto, recomendando a los Estados firmantes de las convenciones internacionales la incorporación de la “reducción de daños” en las “políticas de drogas” locales. La República Argentina en el año 2000 ha hecho expresa esta incorporación a partir de la resolución 351 de la Secretaría de Programación para la Prevención y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar); esta resolución se refiere a los casos de persona/s adicta/s que “no esté inte-

³ Informe del jefe de Gabinete de Ministros, primer semestre de 2006.

⁴ Informe del jefe de Gabinete de Ministros, primer semestre de 2006.

CAPÍTULO II

Objetivos

Art. 2° – *Objetivos.* Son objetivos del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones:

- a) Desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la problemática de las adicciones en todo el territorio nacional, que contemple diferentes modelos de intervención profesional sobre la base de la diversidad, los variados contextos donde se presentan las problemáticas, las características de la adicción y la singularidad de las personas. Se incluyen el alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, ludopatía y toda otra forma de relación con los objetos de carácter compulsivo;
- b) Fortalecer y capacitar a los servicios de salud mental y centros de salud de carácter público, existentes en los ámbitos nacional, provincial y municipal, con el objeto de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demandan asistencia por padecer problemas de adicción;
- c) Respetar la autonomía individual y la singularidad de las personas que demandan asistencia para el tratamiento de las adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- d) Promover la investigación y la docencia en materia de adicciones;
- e) Garantizar la calidad de las prestaciones;
- f) Incluir en el presente Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones, promoviendo acciones organizadas, a las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deportes y recreación, derechos humanos y otras áreas relevantes, como partes integrantes del sistema;
- g) Incorporar el modelo de reducción de daños;
- h) Asistir financieramente a las jurisdicciones que adhieran al presente Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones.

CAPÍTULO III

Definición de la asistencia a las adicciones y de reducción de daños

Art. 3° – *Definición.* A los efectos de la presente ley, se entiende por asistencia de la problemática de las adicciones a todas las acciones sociosanitarias urgentes, inmediatas o de largo plazo que tengan por objeto mejorar el estado de la salud psicofísica y las condiciones de integración social de las personas, a fin de superar las razones sociales, familiares e individuales que en cada caso y de manera singular constituyen la causa de adicción.

grada o atendida en los servicios y programas existentes o que haya fracasado repetidas veces en los mismos” y “esté expuesta a un lato riesgo de daño grave a su salud por enfermedades infecciosas que se relacionan con el abuso de drogas y que también pueda producir accidentes fatales” en los que recomienda al Ministerio de Salud “la adopción de programas y/o medidas [...] a fin de lograr reducir los riesgos para la salud”.⁵ Es también en este sentido que estaremos dando respuestas integrales a las problemáticas de la salud de la población.

Incorporamos además a las áreas de derechos humanos para garantizar la protección de los derechos básicos de las personas en asistencia, porque no desconocemos que la imposición de tratamientos y la forma en que se incorporan a los niños y adolescentes a los circuitos asistenciales del Estado, en muchos casos vulneran sus derechos. Efectivamente, no son pocas las situaciones donde a partir de diagnosticar un problema de adicción se imponen medidas que más se parecen a la prisión o incluso a la expulsión de su comunidad, que a un abordaje sanitario.

Por último, estamos convencidos de que con la creación de un Plan Federal de Asistencia Pública Universal y Gratuita daremos cumplimiento por un lado a los pactos y tratados internacionales y por otro lado posibilitaremos a los ciudadanos consultar, en el sistema de salud público de los hospitales generales y en los centros de salud existentes y por crearse en las provincias y municipios, sin restricciones y con diversas alternativas de tratamiento que les permitan encontrar una salida posible a un problema complejo.

Por lo expuesto solicito a mis pares me acompañen en la sanción del presente proyecto de ley.

*Leonardo A. Gorbacz. – Verónica C. Benas. –
Mónica H. Fein. – Eduardo G. Macaluse. –
Delia B. Bisutti. – Emilio García Méndez.
– Nélide Belous.*

ANTECEDENTE

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

CREACION DEL PLAN FEDERAL
DE ASISTENCIA PUBLICA
DE LAS ADICCIONES

CAPÍTULO I

Creación del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones

Artículo 1° – *Creación.* Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones.

⁵ Resolución 351/2000 de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Sedronar, 31 de julio de 2000.

Art. 4° – *Reducción de daños.* A los efectos de la presente ley, se entiende por modelo de reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de las personas que padecen adicciones, para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas y prevenir las muertes por sobredosis, accidentes fatales, y todo otro daño asociado.

CAPÍTULO IV

Autoridad de aplicación

Art. 5° – *Autoridad de aplicación.* La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 6° – Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Articular, garantizar y supervisar el cumplimiento de los objetivos del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones, para el abordaje de la problemática de las adicciones, de acuerdo a las competencias específicas que surjan de la reglamentación;
- b) Coordinar acciones intersectoriales con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deportes y recreación, derechos humanos y otras áreas relevantes, y con sus similares de las jurisdicciones que adhieran al presente plan federal, a fin de desarrollar programas y pautas para un abordaje intersectorial de las adicciones que puedan ser implementadas por cada una de las jurisdicciones.

Art. 7° – La autoridad de aplicación, en un plazo máximo de 180 días a partir de la adhesión de cada provincia, debe elaborar un informe que contenga:

- a) Un primer informe epidemiológico respecto a la problemática de las adicciones, en colaboración con cada una de las jurisdicciones que adhieran al presente plan federal;
- b) Un relevamiento exhaustivo de la capacidad instalada en el sector público de cada jurisdicción para la atención específica de la problemática de las adicciones, y de los servicios de salud mental relacionada con las adicciones;
- c) Los recursos materiales, humanos y financieros que requiere cada provincia y municipio, para adecuar su capacidad instalada o crear nuevos servicios que puedan satisfacer la demanda futura;
- d) Un programa de mediano y largo plazo que apunte a satisfacer la demanda de asistencia a través del sistema público, para lo cual deberá contemplar la reasignación progresiva de los recursos que actualmente se destinan a becas para tratamiento.

CAPÍTULO V

Desarrollo de programas y de un sistema nacional de epidemiología

Art. 8° – *Desarrollo de programas.* La autoridad de aplicación debe desarrollar en su ámbito programas destinados a la investigación, docencia, asesoramiento y capacitación en materia de adicciones. Dichos programas deben diseñar, en coordinación con las jurisdicciones que adhieran al Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones y las universidades nacionales que tengan desarrollo en la materia trabajos de investigación acerca de la problemática de las adicciones en los que se contemplen sus distintos tipos, los contextos en los que las mismas se desarrollan, su prevención y tratamiento, considerando estrategias diversas y alternativas de reducción de riesgos de la salud individual y colectiva.

Art. 9° – *Sistema Nacional de Epidemiología.* La autoridad de aplicación debe desarrollar e implementar un Sistema Nacional de Epidemiología que recoja en forma permanente y exhaustiva los datos que produzcan los servicios asistenciales, incorporando datos acerca de los condicionantes más importantes de la incidencia y prevalencia de las adicciones, a fin de orientar estrategias públicas adecuadas.

CAPÍTULO VI

De los servicios de salud mental incorporados al Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones

Art. 10. – *Funcionamiento.* Los servicios de asistencia especializada en adicciones y de salud mental que se encuentren incorporados al Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones deben funcionar como equipos asistenciales que admitan la demanda, bajo los siguientes parámetros:

- a) Evaluar las consultas que espontáneamente reciban de los pacientes, familiares, referentes;
- b) Determinar en un lapso aproximado de dos meses el tratamiento a seguir, el que debe contemplar las características singulares de la persona, el contexto en que la misma se encuentra inserta y las características específicas de la relación adictiva;
- c) Proponer al paciente las diversas alternativas posibles y recomendar la más adecuada;
- d) Incluir en el plan de tratamiento estrategias que contengan actividades deportivas, artístico-culturales, educativas, así como también la incorporación en programas laborales y/o de acción social;
- e) Incluir en el plan de tratamiento estrategias de reducción de daños con el objeto de minimizar los daños asociados al problema de adicción;

- f) Acordar con el paciente, en el marco del consentimiento informado por escrito, la propuesta de tratamiento;
- g) Llevar adelante los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, en los casos que así se determine, pudiendo ser éstos individuales, familiares o grupales y/u hospital de día, según la necesidad de cada situación particular;
- h) Reservar un mínimo número de camas de internación, según los mecanismos que establezca la reglamentación para cada jurisdicción, para situaciones de crisis y otras situaciones que el plan de tratamiento determine, procurando que ésta sea una medida de último recurso y por el menor tiempo posible.

CAPÍTULO VII

Transferencia de fondos de Nación a provincia

Art. 11. – *Convenios con las jurisdicciones.* La autoridad de aplicación llevará a cabo convenios bilaterales con las jurisdicciones que adhieran a la misma en los que se consensuarán anualmente las líneas estratégicas, las acciones programáticas y las metas a cumplir por cada jurisdicción.

Estos convenios deberán incluir indefectiblemente mecanismos de monitoreo de la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos, con referencia a los objetivos establecidos en la presente ley.

Art. 12. – *Requisitos.* A los fines de firmar los convenios referidos en el artículo 11 de la presente, las jurisdicciones deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Asegurar el acceso de las personas que demanden tratamiento de las adicciones al sistema público de asistencia universal y gratuita eliminando todo tipo de arancelamiento o cobro directo, permitiéndose sólo el cobro a terceros pagadores;
- b) Mantener el presupuesto propio para el funcionamiento de los servicios, incluyendo la planta de trabajadores de salud mental y centros públicos especializados que consten en el relevamiento establecido en el artículo 7º, inciso b);
- c) Incorporar exclusivamente por concurso público, y de acuerdo a las necesidades determinadas en el informe establecido en el artículo 7º, inciso c), a profesionales psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, agentes sanitarios, y otros profesionales del campo médico y psicosocial, de acuerdo a las características y necesidades de cada contexto sociosanitario;
- d) Garantizar la capacitación permanente de profesionales y técnicos integrantes del sistema público de asistencia de las adicciones, a través de su participación en las acciones de

investigación, docencia y asesoramiento de la problemática de las adicciones que desarrolle la autoridad de aplicación;

- e) Realizar a través del mecanismo de licitación pública las contrataciones que sean necesarias para la construcción o adecuación de estructuras edilicias, conforme las necesidades determinadas en el informe que establece el artículo 7º, inciso a), de la presente ley.

Art. 13. – *Transferencia.* La Nación transferirá anualmente los fondos necesarios a las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran al presente plan federal de asistencia, con el objeto de adecuar sus servicios de salud mental y centros públicos especializados, o crear nuevos centros, conforme a las necesidades establecidas según indica el artículo 7º, incisos c) y d), de la presente ley.

Art. 14. – *Asignaciones presupuestarias.* Anualmente, el Poder Ejecutivo debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Plan Federal de Asistencia Pública de las Adicciones.

Art. 15. – *Monitoreo.* La estructura programática de los presupuestos anuales de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran a la presente ley deben reflejar en forma separada la asignación de los recursos transferidos por la Nación, para facilitar su seguimiento, monitoreo y evaluación en los términos que establezca la reglamentación.

Esta información debe estar disponible públicamente en las páginas web de cada jurisdicción durante el año de ejecución presupuestaria, para corroborar el cumplimiento de las metas establecidas.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones complementarias

Art. 16. – *Reserva de cupos.* Las áreas de educación, cultura, trabajo, deportes y desarrollo social de las jurisdicciones que adhieran al Plan Federal Pública de las Adicciones deben garantizar la reserva de cupos y la plena integración a sus programas y acciones de las personas derivadas por los equipos asistenciales, las que no deberán ser diferenciadas de las normales y regulares que habitualmente realizan, tendiendo a la plena integración.

Art. 17. – El área de derechos humanos o similar de cada jurisdicción verificará el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas que se encuentren bajo asistencia por problemas de adicciones.

Art. 18. – *Adhesión.* Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 19. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Leonardo A. Gorbacz. – Verónica C. Benas. –
Mónica H. Fein. – Eduardo G. Macaluse. –
Delia B. Bisutti. – Emilio García Méndez.
– Nélida Belous.*