

SESIONES ORDINARIAS

2012

ORDEN DEL DÍA N° 1251

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

Impreso el día 2 de noviembre de 2012

Término del artículo 113: 13 de noviembre de 2012

SUMARIO: **Plan** Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan-IACOP). Creación.

1. **Puiggrós, Segarra y Bianchi (M. C.)**. (398-D.-2012.)
2. **Carrió, Terada y Ré**. (662-D.-2012.)¹
3. **Donda Pérez**. (702-D.-2012.)
4. **Grosso y Puiggrós**. (3.044-D.-2012.)
5. **Fiad, Albarracín, Gil Lavedra, Álvarez (E. M.), Alfonsín, Tunessi, Biella Calvet, Storani, Costa y Juri**. (4.195-D.-2012.)
6. **Schmidt Liermann, Pinedo, González (G. E.), Michetti, Bertol y De Marchi**. (4.215-D.-2012.)
7. **Brawer, Chieno y Basterra**. (5.480-D.-2012.)
8. **Pietragalla Corti, Larroque, De Pedro, Santillán, Cleri, Fernández Sagasti, Mendoza (M. S.) y Alonso (M. L.)**. (5.833-D.-2012.)

- I. **Dictamen de mayoría.**
- II. **Dictamen de minoría.**
- III. **Dictamen de minoría.**

I

Dictamen de mayoría*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 los proyectos de ley de los señores diputados Puiggrós, Segarra y Bianchi (M. C.), Carrió, Terada y Ré, Donda Pérez, Grosso y Puiggrós, Fiad, Giubergia, Albarracín, Gil Lavedra, Álvarez, Alfonsín, Tunessi, Biella Calvet, Storani, Costa, y Juri, Schmidt Liermann, Pinedo,

González, Michetti, Bertol, y De Marchi, Brawer, y Basterra, Pietragalla Corti, Larroque, De Pedro, Santillán, Cleri, Fernández Sagasti, Mendoza, Alonso (M. L.), relacionados con la creación del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones y han tenido a la vista los expedientes 4.056-D.-2012 Carrió, De Prat Gay, Ré, Piemonte, Comi y 4.445-D.-2012 Guzmán, Currién, Regazzoli, Robledo, Wayar, Videla, Garramuño, Molina, Yazbek y Comelli, relacionados al tema; 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, ...*PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE
LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – *Creación*. Créase el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), cuya autoridad de aplicación será la que determine el Poder Ejecutivo Nacional.

Art. 2° – *Consumos problemáticos*. A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia química alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

¹ Reproducido.

Art. 3° – *Objetivos*. Los objetivos del Plan IACOP son:

- a) Prevenir los consumos problemáticos mediante la actuación directa del Estado;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria integral a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos rehabilitados de algún consumo problemático.

Art. 4° – *Autoridad de aplicación. Función*. La autoridad de aplicación del Plan IACOP será la encargada de coordinar las distintas herramientas del plan. Para eso, articulará las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios y secretarías nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda, para dar cumplimiento a lo dispuesto en los capítulos II, III y IV de esta ley.

CAPÍTULO II

De la prevención

Art. 5° – *Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos*. Créanse los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

A tal efecto, la autoridad de aplicación podrá elaborar acuerdos con otros ministerios del gobierno nacional, como así también con las provincias, los municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para incorporar los centros que se crean en este artículo a los espacios comunitarios ya existentes en los distintos territorios.

También podrán hacerse acuerdos a tal efecto con las universidades pertenecientes al Sistema Universitario Nacional.

Art. 6° – *Integración y funcionamiento*. Los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos dispondrán de personal suficiente para llevar a cabo sus funciones y deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos.

Art. 7° – *Funciones específicas*. Son funciones de los Centros de Prevención de Consumos Problemáticos:

- a) Recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos;
- b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a);

- c) Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos, como así también organizar esos eventos en el caso en que no los hubiera;
- d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del Plan IACOP;
- e) Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.

CAPÍTULO III

De la asistencia

Art. 8° – *Prestaciones obligatorias*. Todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la ley 24.754, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

Art. 9° – *Derechos y garantías de los pacientes*. Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental.

Art. 10. – *Pautas de asistencia*. La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización.
- b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;

- c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por 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 los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

Art. 11. – *Consejo Federal de Salud.* La autoridad de aplicación coordinará con el Ministerio de Salud de la Nación y a través del Consejo Federal de Salud con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adhesión de las mismas a la presente ley, que permita el cumplimiento de este capítulo.

Art. 12. – *Deberes y control.* Las provincias o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran a la presente ley deberán garantizar la asistencia sanitaria a los consumos problemáticos con los parámetros que dispone el artículo 10 de esta ley. La autoridad de aplicación será la encargada de controlar el efectivo cumplimiento de la ley por parte de las provincias adherentes.

Ninguna disposición de la presente ley puede servir para quitar derechos y garantías estipuladas en la ley 26.657, que es de cumplimiento obligatorio para las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 13. – *Efectores.* La autoridad de aplicación abrirá un Registro Permanente de Efectores en el que se inscribirán los efectores habilitados tanto gubernamentales como no gubernamentales dedicados al diagnóstico, deshabitación, desintoxicación y rehabilitación de los consumos problemáticos, que hayan sido debidamente habilitados para funcionar por las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los tratamientos integrales a los que refiere este capítulo sólo podrán ser realizados por los efectores inscriptos en el registro. Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran al presente plan deberán adoptar las normas de habilitación y fiscalización de efectores que la autoridad de aplicación establezca.

Art. 14. – *Plazas.* Los hospitales generales del sistema de salud pública de las provincias que adhieran a la ley deberán garantizar la disponibilidad de camas para los casos extremos que requieran la internación del sujeto que padezca algún consumo problemático.

CAPÍTULO IV

De la integración

Art. 15. – *Integración.* Cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una

situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración.

Art. 16. – *Alternativas.* La fase de integración posee dos componentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación del sujeto. El componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

Art. 17. – *Inclusión educativa. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente educativo todos los sujetos aludidos en el artículo 15, que no hubieran completado su escolaridad primaria o secundaria, y hubiesen sido atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Art. 18. – *Inclusión educativa. Beca de estudio.* Los beneficiarios del componente educativo tendrán derecho a la percepción de una beca cuyo monto definirá la autoridad de aplicación, que servirá como incentivo y como medio para afrontar los costos de los estudios. Los beneficiarios deberán mantener la escolaridad y el no cumplimiento de este requisito hará perder el beneficio otorgado. Antes de la pérdida del beneficio, los tutores, miembros del espacio puente o responsables de los centros de prevención deberán procurar por el retorno del sujeto a la escuela.

Una vez finalizada la escolaridad obligatoria el beneficiario dejará de percibir la beca de estudio. Sin embargo, si el sujeto siguiera estando en la situación de vulnerabilidad social a la que alude el artículo 15 de esta ley y corriese riesgo el éxito de su tratamiento, podrá requerir ser incorporado al plan de integración laboral del artículo 20.

Art. 19. – *Medidas.* Las medidas que deberán tomarse para que las personas completen la escolaridad obligatoria son:

- a) El diseño de espacios puente, que acompañen a los niños, jóvenes y adultos en la reinscripción al sistema educativo y en el apoyo en la escuela;
- b) El seguro de condiciones básicas y de recursos para la tarea escolar: útiles, material didáctico y libros;
- c) La designación de facilitadores pedagógicos que actúen como tutores y orienten el proceso;
- d) El fortalecimiento de las capacidades docentes mediante capacitación específicamente dirigida a comprender la problemática de los consumos compulsivos;
- e) El establecimiento de nexo con el grupo social al que pertenecen las personas afectadas, a fin de prevenir prematuramente problemas que puedan aparecer en el proceso;

f) El reporte a las instancias asistenciales o de prevención en caso que se visualicen consumos compulsivos graves.

Art. 20. – *Inclusión laboral. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente laboral todos los sujetos mayores de 18 años a los que alude el artículo 15, atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Podrán ser incluidos en el componente laboral los/as adolescentes de 16 (dieciséis) y 17 (diecisiete) años de edad por razones debidamente fundadas cuando dicha inclusión forme parte del proyecto de recuperación y de inserción socioeducativa del/la joven.

Art. 21. – *Convenios intersectoriales.* La Autoridad de Aplicación está facultada para articular acciones y firmar convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación, con organismos estatales de las provincias, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con organizaciones no gubernamentales con el fin de articular el ingreso de los jóvenes a los que se refiere el artículo 20, en los programas existentes en otras jurisdicciones.

Art. 22. – *Informaciones y orientación ocupacional.* La autoridad de aplicación debe organizar talleres, charlas y otras actividades, con el objeto de transmitir a los beneficiarios de este componente una cultura de trabajo formal, brindarles conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores e identificar y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral. La participación de los beneficiarios en todas estas actividades es gratuita.

Art. 23. – *Inscripción de programas y efectores.* Los efectores inscriptos en el Registro Permanente de Efectores informarán sobre los sujetos en tratamiento que cumplen con las condiciones del artículo 20 con el fin de que sean incluidos en el componente laboral. A ellos se les sumarán los que sean derivados desde las oficinas de prevención a las que alude el capítulo II de esta ley.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Art. 24. – *Presupuesto.* El Poder Ejecutivo nacional debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del plan IACOP.

Art. 25. – Los Poderes Ejecutivos de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran el plan IACOP, deberán incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias que de acuerdo a las obligaciones y necesidades de cada jurisdicción resulten necesarias para el cumplimiento del plan IACOP.

Art. 26. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 27. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 23 de octubre de 2012.

María E. P. Chieno. – Roberto J. Feletti. – Horacio Pietragalla Corti. – Carlos G. Donkin. – Eric Calcagno y Maillmann. – María L. Alonso. – José D. Guccione. – María C. Regazzoli. – José R. Uñac. – Cristina I. Ziebart. – María E. Bernal. – Rosana A. Bertone. – María del Carmen Bianchi. – Mara Brawer. – Daniel A. Brue. – Jorge A. Cejas. – Luis F. J. Cigogna. – Marcos Cleri. – Stella M. Córdoba. – Alfredo C. Dato. – Anabel Fernández Sagasti. – Fabián M. Francioni. – Miriam G. del Valle Gallardo. – Graciela M. Giannettasio de Saiegh. – Nancy S. González. – Leonardo Grosso. – Gastón Harispe. – Carlos M. Kunkel. – Jorge A. Landau. – Sandra M. Mendoza. – Mario A. Metaza. – Carlos J. Moreno. – Carmen R. Nebreda. – Juan M. Pais. – Julia A. Perié. – Ana M. Perroni. – Adriana V. Puiggrós. – Rubén A. Rivarola. – Aída D. Ruiz. – Adela R. Segarra. – Javier H. Tineo. – Rodolfo F. Yarade. – María E. Zamarreño. – Alex R. Ziegler.

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 los proyectos de ley, de los señores diputados Puiggrós, Segarra y Bianchi (M. C.), Carrió, Terada y Ré, Donda Pérez, Grosso y Puiggrós, Fiad, Giubergia, Albarracín, Gil Lavedra, Alvarez (E. M.), Alfonsín, Tunessi, Biella Calvet, Storani, Costa y Juri, Schmidt Liermann, Pinedo, González (G. E.), Michetti, Bertol y De Marchi, Brawer, Chieno y Basterra, Pietragalla Corti, Larroque, De Pedro, Santillán, Cleri, Fernández Sagasti, Mendoza (M. S.), Alonso (M. L.), relacionados con la creación del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones y han tenido a la vista los expedientes 4.056-D.-2012 Carrió, De Prat Gay, Ré, Piemonte, Comi, y 4.445-D.-2012 Guzmán, Currilén, Regazzoli, Robledo, Wayar, Videla, Garramuño, Molina, Yazbek y Comelli, relacionados al tema; con las modificaciones propuestas, creen innecesario abundar en más detalles que los expuestos en los fundamentos que acompañan el proyecto 5.833-D.-2012, por lo que los hacen suyos y así lo expresan.

Horacio C. Pietragalla Corti.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Durante las jornadas que se llevaron a cabo en esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación sobre despenalización de la tenencia de estupefacientes para consumo personal, organizadas en forma conjunta por las comisiones de Legislación Penal y de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico, resultó coincidente entre los disertantes que, más allá de la adecuación constitucional que requiere la ley 23.737, es indispensable una normativa que cambie el paradigma represivo que instauró dicha ley, por el paradigma preventivo-asistencial en cuanto al trato a las personas adictas.

Es por ello que, sin perjuicio de lo que ocurra con la ley 23.737, se propone la aprobación de este proyecto de ley mediante el cual se establece el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Icopro) conformado por tres objetivos fundamentales: la prevención, la asistencia y la integración.

En primer lugar, es importante destacar que se regulan los “consumos problemáticos”, cuya definición se encuentra en el artículo 2° del proyecto de ley, entendiendo por tales no sólo a las adicciones al alcohol, tabaco y drogas, sino también a las conductas compulsivas hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud; ampliándose de este modo el campo de acción del Plan Icopro.

En cuanto a la autoridad de aplicación del Plan Icopro, creemos que por las características interagenciales del mismo, resulta conveniente que sea el Poder Ejecutivo nacional el que la determine.

A fin de dar cumplimiento al objetivo de prevención del Plan Icopro, se crean los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, los que se instalarán en los barrios más vulnerables del territorio nacional. Dichos centros atenderán las demandas de los consumidores y sus familiares, así como también recorrerán el territorio a fin de acercar a la comunidad información sobre las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del plan y así lograr facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados a los mismos. Es importante que estos centros pasen a ser una referencia comunitaria para la gente del territorio y las distintas organizaciones sociales, clubes o escuelas de la zona.

Asimismo, teniendo en cuenta que el gobierno ya cuenta con algunas oficinas de otros planes o ministerios en barrios de alta vulnerabilidad, se prevé la posibilidad que los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos puedan funcionar adheridos a los espacios gubernamentales existentes, previo acuerdo de la autoridad de aplicación con quien corresponda.

Se trata, ni más ni menos, de garantizar la presencia del Estado en el territorio mismo para actuar cuando sea necesario, por ello se aspira a que los centros funcionen en el horario más amplio posible, incluso durante la noche, para facilitar la llegada a los consumidores. Es sabido que en la mayoría de los casos de consumos problemáticos la persona es renuente a acercarse a pedir ayuda. Por eso, la intención es que si la persona no va al Estado, el Estado vaya a la persona.

Con respecto a la etapa asistencial del Plan Icopro, se obliga a las obras sociales, entidades de medicina privada, establecimientos de salud públicos y todos aquellos agentes que otorguen servicios médicos asistenciales a brindar las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que además quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

También, el proyecto establece que los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, reafirmando que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657, de salud mental.

El artículo 10 del proyecto especifica las pautas que deberán cumplir, al brindar la asistencia integral de los consumos problemáticos, las obras sociales, las prepagas y el sistema de salud pública de las provincias que adhieran a la norma. Se prioriza la asistencia en hospitales polivalentes, se incorpora el modelo de “reducción de daños” y se garantiza la disposición de camas cuando sea requerida una internación de casos extremos, como obligación de los centros de salud de las provincias adheridas. Ningún hospital público podrá rechazar el ingreso de personas afectadas por consumos problemáticos aduciendo falta de camas, lo que sucede de forma habitual en la actualidad.

La autoridad de aplicación buscará la adhesión al Plan Icopro de las provincias a través del Consejo Federal de Salud, para lo cual coordinará su intervención con el Ministerio de Salud de la Nación, y controlará el efectivo cumplimiento de la ley por parte de las provincias adheridas.

Asimismo, la autoridad de aplicación abrirá y llevará en forma actualizada un registro permanente de efectores, y sólo los allí inscritos estarán autorizados para realizar los tratamientos integrales a los que alude la ley.

Finalmente, el plan prevé una etapa de integración. Su fundamento radica en que, más allá de la tarea que pueda realizar el Estado en materia preventiva y del acceso de las personas que padezcan un consumo problemático a un tratamiento integral en la parte asistencial, cuando los afectados sean personas con alta vulnerabilidad social, que estén insertas en un contexto socioeconómico que condiciona el éxito del tratamiento, es probable que una vez recuperadas vuelvan a caer en el consumo.

El plan otorga dos alternativas de inclusión para estas personas que tienen mayor preponderancia a

reincidir en el consumo: la educativa, para quienes no hayan completado la escolaridad obligatoria; y la laboral, para los mayores de 18 años o excepcionalmente menores de 16 y 17 años.

En el caso del componente educativo, los beneficiarios del mismo tendrán derecho a una beca de estudio siempre que mantengan la condición de alumno regular. La beca servirá de estímulo para asistir a la escuela y para cubrir los gastos que la misma erogue.

Esa beca se perderá cuando finalice la escolaridad obligatoria. Sin perjuicio de ello, el proyecto prevé que si el sujeto sigue estando en situación de riesgo, se lo pueda incluir en el plan de inclusión laboral.

La otra alternativa de inclusión es la laboral. Entre otras previsiones, se faculta a la autoridad de aplicación a firmar convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y organizaciones no gubernamentales, a fin de incorporar a los beneficiarios recuperados de consumos problemáticos en los distintos planes laborales ya existentes.

Se deja en claro que para la elaboración del presente proyecto se tuvieron en consideración algunos antecedentes presentados en esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación, como por ejemplo los proyectos 517-D.-08, 398-D.-12 y 3.044-D.-12.

Como se decía al principio, se busca un cambio de paradigma en el abordaje a los sujetos con consumos problemáticos para pasar de una lógica represiva que los trata como delincuentes a una lógica preventivo-sanitaria que los tratará como sujetos con problemas que necesitan de la ayuda y no de la represión del Estado.

Es por eso que les pido a mis colegas diputados que acompañen este proyecto.

Horacio Pietragalla Corti. – Andrés Larroque. – Eduardo E. De Pedro. – Walter M. Santillán. – Marcos Cleri. – Anabel Fernández Sagasti. – Mayra S. Mendoza. – María L. Alonso.

II

Dictamen de minoría

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 los proyectos de ley, de los señores diputados Puigrós, Segarra, y Bianchi (M. C.), Carrió, Terada, y Ré, Donda Pérez, Grosso, y Puigrós, Fiad, Giubergia, Albarracín, Gil Lavedra, Álvarez (E. M.), Alfonsín, Tunessi, Biella Calvet, Storani, Costa, y Juri, Schmidt Liermann, Pinedo, González (G. E.), Michetti, Bertol y De Marchi, Brawer, Chieno, y Basterra, Pietragalla Corti, Larroque, De Pedro, Santillán, Cleri, Fernández Sagasti, Mendoza (M. S.), Alonso (M. L.), relacionados con la creación del Programa Nacional de Asisten-

cia Pública de las Adicciones y han tenido a la vista los expedientes 4.056-D.-2012 Carrió, De Prat Gay, Ré, Piemonte, Comi, y 4.445-D.-2012 Guzmán, Currilén, Regazzoli, Robledo, Wayar, Videla, Garramuño, Molina, Yazbek, y Comelli, relacionados al tema, 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 la Cámara de Diputados,...

LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ADICCIONES, ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRACIÓN DE PERSONAS QUE LOS PADECEN

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – La presente ley tiene por objeto la prevención de los consumos problemáticos y las adicciones, asegurar el derecho de acceso a la salud y la integración de todas las personas que los padezcan y el pleno goce de los derechos humanos de ellas y de sus familias.

Art. 2° – Son definiciones de la presente ley:

- a) Consumos problemáticos: aquellos consumos que excedan la ocasionalidad y que mediando o sin mediar sustancia alguna, afectan negativamente, en forma ocasional o crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales. Los mismos pueden estar dirigidos a sustancias psicoactivas –legales o ilegales– o ser producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos;
- b) Adicción: dependencia psíquica y/o física a una sustancia o una actividad. Se caracteriza por la dependencia a los efectos que produce y por una compulsión a continuar consumiendo o realizando la conducta por cualquier medio;
- c) Prevención integral: todas las acciones específicas o inespecíficas que se encuentren destinadas a un abordaje multidimensional, intersectorial e intersubjetivo y a desarrollar una conciencia individual y social de lo que ocasionan los consumos problemáticos y adicciones;
- d) Atención integral: todas las acciones socio-sanitarias urgentes, inmediatas y a largo plazo que tengan por objeto mejorar el estado de la salud psicofísica y las condiciones de integración social de la persona que sufra un consumo problemático o adicción;
- e) Integración: todas aquellas acciones que se desarrollen para garantizar la inclusión educativa, laboral y social de las personas con consumos problemáticos o adicciones;

- f) Modelo de reducción de daños: aquellas acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen consumos problemáticos o adicciones y que promuevan la disminución de riesgos para su salud individual y colectiva atenuando todo daño asociado a dicha problemática;
- g) Efectores públicos: los centros oficiales que funcionan en hospitales, centros de salud mental periféricos, unidades asistenciales-sanitarias periféricas con asistencia en salud mental, centros específicos de prevención y asistencia en I, II y III nivel y servicios de atención en crisis (SAC), así como todo otro organismo del Estado nacional, provincial o municipal que lleve a cabo la prevención, atención, diagnóstico, orientación, tratamiento propiamente dicho, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación de consumos problemáticos o adicciones;
- h) Efectores privados: todas las personas jurídicas legalmente constituidas y habilitadas por los órganos competentes, cuyo objetivo social contemple la prevención, atención, diagnóstico, orientación, tratamiento propiamente dicho, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación de consumos problemáticos o adicciones; así como también toda otra medida psicoterapéutica, ya sea en forma ambulatoria o residencial, destinada a la mejora de las condiciones psicofísicas y sociales de las personas que los padecen;
- i) Derivación asistida y protegida: aquella derivación que realiza el profesional a cargo, a fin de garantizar el tratamiento más adecuado con el efector que corresponda asegurando continuidad en la asistencia;
- j) Patología dual: coexistencia de dos tipos de trastorno, un trastorno por consumo problemático o adicción y cualquier otro tipo de trastorno mental.

Art. 3° – Son objetivos de la presente ley:

- a) El abordaje intersectorial y multidisciplinario de todas las acciones de prevención, atención e integración;
- b) El fortalecimiento y la capacitación de los centros de salud mental y centros de salud de carácter público y privado existentes en el ámbito nacional, provincial y municipal;
- c) Garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demanden atención por padecer problemas de adicciones o consumos problemáticos, respetando la singularidad de las personas y todos los derechos que le asisten en virtud de la ley 26.657.

CAPÍTULO II

Autoridad de aplicación

Art. 4° – Es autoridad de aplicación de la presente ley, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y el Ministerio de Salud en forma conjunta, y está encargada de articular y coordinar acciones con los ministerios, secretarías y demás organismos públicos intervinientes en la materia.

Art. 5° – Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Llevar adelante los objetivos de la presente ley y monitorear y evaluar continua y sistemáticamente las acciones a fin de determinar su eficacia e impacto sobre la problemática;
- b) Promover y coordinar la aplicación de esta ley en el marco los consejos federales correspondientes, en el ámbito de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- c) Impulsar acciones en articulación y coordinación con los distintos ministerios y secretarías del Poder Ejecutivo nacional, las jurisdicciones provinciales y municipales, las universidades y los organismos de carácter civil con competencia en la materia;
- d) Coordinar un registro nacional de efectores públicos y privados, de inscripción obligatoria para las instituciones, encargado de verificar que las mismas estén debidamente habilitadas para funcionar;
- e) Relevar los recursos existentes en cada jurisdicción en materia de atención de consumos problemáticos y adicciones a fin de articular y vehicular estrategias que alcancen las necesidades de todo el territorio nacional;
- f) Coordinar con las jurisdicciones las acciones necesarias para adecuar las normativas y protocolos de fiscalización locales a fin de que los efectores públicos y privados, cualquiera sea su forma jurídica, se adapten a los objetivos de la presente ley;
- g) Incorporar el modelo de reducción de daños;
- h) Incorporar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, los datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables que afectan o se relacionen con el consumo problemático o adicciones;
- i) Colaborar en el diseño de políticas públicas comunicacionales que enfatizan la prevención y educación como parte del mejoramiento de la calidad de vida;
- j) Promover e impulsar la investigación, docencia y capacitación continua de los recursos humanos en materia de adicciones y consumos problemáticos;
- k) Incorporar e implementar programas o acciones destinadas a la integración laboral y educativa

para personas que se encuentren en la etapa de recuperación por padecer algún consumo problemático o adicción;

- l) Promover la implementación de la presente ley en el ámbito de los servicios penitenciarios, asegurando a las personas privadas de su libertad todos los derechos que le correspondan en virtud de esta ley, incorporando nuevos programas y adecuando los ya existentes;
- m) Elaborar programas de atención y reinserción dirigidos a personas y familias afectadas por algún consumo problemático o adicción en los ámbitos laborales, educativos, de organismos públicos, servicios penitenciarios e instituciones policiales.

Art. 6° – La autoridad de aplicación debe elaborar los siguientes programas a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley:

- a) Programas de atención y reinserción dirigidos a la población penitenciaria que aseguren el seguimiento posterior a la excarcelación;
- b) Programas de atención a los jóvenes internados en centros de menores;
- c) Programas de asistencia integral a las familias de los afectados por el consumo problemático de drogas;
- d) Programas de detección y de intervenciones breves en ámbitos laborales y educativos, deportivos y recreativos;
- e) Programas destinados a población con patología dual;
- f) Programas específicos dirigidos a menores especialmente vulnerables por su situación personal, familiar o social, con especial incidencia en hijos de personas con problemas de adicciones;
- g) Programas acreditados de prevención universal, selectiva e indicada, en los ámbitos familiar, educativo y extraescolar, mejorando la capacitación de todos los agentes implicados, especialmente en el desarrollo de factores de protección frente al consumo de drogas, la detección y el abordaje de los primeros consumos;
- h) Programas acreditados de prevención dirigidos a estudiantes universitarios;
- i) Programas en los ámbitos laborales para iniciar tratamiento y apoyo tutelado a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de consumos problemáticos o adicciones;
- j) Programas de seguimiento y apoyo post-rehabilitación destinados a evitar la recaída o reincidencia.

Los programas del presente artículo pueden ser elaborados también por cualquier otro organismo competente en la materia, y podrán ser implementados previa aprobación de la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO III

Acciones de capacitación

Art. 7° – La autoridad de aplicación debe establecer cursos de capacitación para los profesionales de la salud y operadores terapéuticos que trabajen en el campo de las adicciones tanto en efectores públicos y privados. Los profesionales de la salud y operadores terapéuticos que no cuenten con capacitación alguna al momento de promulgada la presente ley, deberán realizar esta capacitación como exigencia para trabajar en el área de las adicciones.

La autoridad de aplicación en coordinación con el Ministerio de Educación y su Consejo Federal debe establecer criterios únicos o comunes de capacitación que cumplan con un estándar establecido.

Art. 8° – La autoridad de aplicación juntamente con las universidades nacionales, deben promover la realización de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación y difusión de conocimientos científicos en materia de consumos problemáticos y adicciones.

Art. 9° – Las acciones de capacitación que se realicen en el ámbito de esta ley, deben tener en cuenta la diversidad cultural de la población, la prevalencia y los patrones de consumo, a fin de contar con recursos humanos capacitados para la atención de la problemática.

Art. 10. – La autoridad de aplicación debe impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones y consumos problemáticos y la promoción de la formación y capacitación continua de los recursos humanos orientados a la prevención y atención de consumos problemáticos y adicciones.

Art. 11. – La autoridad de aplicación en coordinación con otros organismos y organizaciones civiles y ONG debe promover programas de capacitación gratuita para familiares de personas con consumos problemáticos o adicciones y vecinos de zonas de mayor incidencia del consumo de drogas, para que participen en políticas de contención y promoción de actividades recreativas, culturales y deportivas para niños, adolescentes y jóvenes. La misma debe incluir orientación sobre servicios de salud y sus derechos e información destinada a familiares y amigos de personas con consumos problemáticos o adicciones a efectos de detectar, manejar y evitar la codependencia.

Art. 12. – La autoridad de aplicación debe diseñar campañas de información en las zonas más sensibles al consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco en coordinación con municipios y ONG.

Art. 13. – La autoridad de aplicación en coordinación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social debe promover programas de formación de agentes en el ámbito laboral, a fin de incrementar la prevención

de consumos problemáticos o adicciones; y asegurar la participación activa de los sindicatos en estas acciones.

Art. 14. – La autoridad de aplicación debe establecer programas de capacitación a los funcionarios de las instituciones judiciales y policiales acerca de la aplicación de la presente ley.

Art. 15. – La autoridad de aplicación a través de sus consejos federales debe impulsar la formación y desarrollo en unidades municipales, barriales o comunales en prevención y atención, que funcionen como espacios de referencia, información y orientación sobre la problemática de los consumos problemáticos y adicciones que integren a la familia, a la comunidad, entidades educativas, a los centros de salud y a las organizaciones sociales.

CAPÍTULO IV

Acciones de prevención

Art. 16. – La autoridad de aplicación debe crear una línea gratuita 0800 encargada de brindar información acerca de puntos de contacto, centros de atención, centros de calle, centros barriales y efectores públicos y privados de todo el país que atiendan consumos problemáticos y adicciones y los derechos que le asisten.

Art. 17. – El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en conjunto con la autoridad de aplicación, debe elaborar programas de prevención de consumos problemáticos y adicciones en los ámbitos laborales tanto públicos como privados.

Art. 18. – La Secretaría de Medios de la Nación, en conjunto con la autoridad de aplicación, debe diseñar y difundir a través de medios masivos de comunicación y redes sociales, campañas de prevención e información acerca de las consecuencias del consumo de drogas y otras sustancias y actividades que generen adicciones, al menos dos veces al año.

Art. 19. – La Secretaría de Deportes de la Nación en conjunto con la autoridad de aplicación debe impulsar programas deportivos que promuevan la integración de las personas con consumos problemáticos y adicciones en los sectores más vulnerables de la sociedad con el objetivo de fomentar la cultura del deporte, como medio para crear valores como la autosuperación, la competencia sana, la vida saludable y el compañerismo.

Art. 20. – La Secretaría de Cultura de la Nación, en conjunto con la autoridad de aplicación, debe impulsar programas y actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre y el aprendizaje de habilidades y promoverá la creación de espacios recreativos, sociales y culturales.

Art. 21. – La Secretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia en conjunto con la autoridad de aplicación debe:

- a) Implementar estrategias de prevención primaria, dirigidas a población joven que no ha tenido experiencia con consumos problemáticos

o adicciones, tendiente a generar conductas de rechazo hacia los mismos;

- b) Implementar estrategias de prevención secundaria, dirigidas a población que ha tenido un primer contacto con sustancias psicoactivas u otros consumos, tendiente a evitar el consumo problemático.

Art. 22. – La presente ley debe adecuarse a los principios y objetivos expresados en la ley 26.586, Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas.

Art. 23. – La autoridad de aplicación conforme a la ley 26.586 y en coordinación con el Ministerio de Educación debe promover el diseño de programas y estrategias cuyo objetivo sea la prevención y capacitación en materia de los consumos problemáticos y adicciones en los planes de estudio adecuados a los niveles educativos primario y secundario, y en los contenidos de las carreras de formación docente y de profesiones terciarias y universitarias relacionadas con la salud.

Art. 24. – Todos los organismos públicos, no mencionados en el presente capítulo, y con competencia en materia de consumos problemáticos y adicciones, pueden desempeñar funciones o crear programas específicos, siempre que respeten los objetivos de la presente ley.

Art. 25. – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos de detección específicos de los distintos consumos problemáticos y adicciones que sean de efectividad comprobada.

CAPÍTULO V

Registro Nacional de Efectores Públicos y Privados

Art. 26. – La autoridad de aplicación debe coordinar y actualizar un Registro Nacional de Efectores Públicos y Privados dedicados a la prevención, atención, diagnóstico, deshabitación, desintoxicación y rehabilitación de consumos problemáticos y adicciones de inscripción obligatoria. A tal fin, los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deben remitirle toda la información que les sea requerida.

La autoridad de aplicación, además, debe convocar a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco del Consejo Federal de Salud a efectos de establecer pautas comunes de habilitación y control de funcionamiento de los efectores en la presente ley y efectuará un relevamiento de los recursos existentes en cada jurisdicción en materia de prevención y atención de las adicciones a fin de articular y vehicular estrategias que alcancen las necesidades de todo el territorio nacional.

Art. 27. – Los efectores que presten servicios en el área de las adicciones deben, a su vez, inscribirse en el mencionado registro, a fin de ser incluidos en el listado oficial. Los tratamientos integrales a los que se refiera la presente ley sólo podrán ser realizados por los efectores inscritos en el registro.

Art. 28. – La información del registro será pública y de fácil acceso.

CAPÍTULO VI

Atención integral

Art. 29. – Los tratamientos que se ofrezcan a las personas que padecen un consumo problemático o adicción deben enmarcarse en la ley 26.657 de salud mental, y deben ser abordados respetando la individualidad de cada caso, interviniendo en el diagnóstico y en la determinación del tratamiento adecuado, un grupo interdisciplinario de profesionales compuesto al menos por un psicólogo, un psiquiatra, un médico clínico y un asistente social. Si fuere necesario se debe convocar la asistencia de otro profesional del área que requiera el caso determinado.

El tratamiento comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social.

Art. 30. – Para la atención inmediata de quien padece un consumo problemático o adicción, la institución o profesional interviniente debe evaluar de acuerdo a su estado actual cuál es la asistencia correspondiente o derivación necesaria a fin de asegurar el acceso a la atención integral.

Debe priorizarse aquella estrategia de tratamiento que menos comprometa la continuidad de los lazos sociales del paciente como los familiares, afectivos, laborales, y educativos. Esto se determinará, a través de la labor de un trabajador social que evaluará el estado de situación familiar, la dinámica vincular, la posición económico-laboral, las condiciones habitacionales y la trayectoria de vida del paciente.

Estas estrategias deben intervenir en la dimensión social, subjetiva y sanitaria y de acuerdo a las particularidades con las que cada modalidad y sus diversos dispositivos determinen para su implementación. Los tratamientos que se lleven a cabo deben contemplar la interacción con espacios individuales, grupales, familiares sociales, interinstitucionales y redes sociales.

Art. 31. – La autoridad de aplicación debe desarrollar un protocolo de derivaciones entre los distintos servicios y programas descritos en la presente ley, que orientará sobre los recorridos que las personas podrán transitar en pos de iniciar o continuar el tratamiento integral de acuerdo al consumo problemático o adicción que presente.

Art. 32. – El efector que tenga a su cargo la derivación, es decir, el traslado de la persona a otro dispositivo de salud, debe realizar este acto asegurando que la institución de destino posea disponibilidad para su recepción, arbitrando medios para personalizar adecuadamente esta acción, bajo la modalidad de derivación asistida y protegida.

Art. 33. – En los casos de pacientes intoxicados, una vez compensado el cuadro clínico, se evaluará la continuidad de su tratamiento y en los casos que fuera

necesario, se realizará la derivación a los efectores donde asistan a personas con consumos problemáticos y adicciones.

Art. 34. – El sistema de atención integral a los consumos problemáticos y adicciones tanto en el sistema público, estatal, no estatal, privado y de la seguridad social debe contar con:

- a) Dispositivos ambulatorios estatales o no estatales, privados y de la seguridad social: son aquellos a los que los pacientes concurren en forma diaria o semanal para realizar actividades de salud y rehabilitación que fueran indicadas. Se trata de espacios terapéuticos para personas no internadas que reciben tratamientos individuales y/o grupales, controles psiquiátricos, médicos, psicológicos, talleres terapéuticos y toda otra medida indicada por los profesionales;
- b) Hospitales y centros de día estatales o no estatales, privados y de la seguridad social: son aquellos que se caracterizan por incluir tanto actividades asistenciales como clínico-terapéuticas, pudiendo ser de una jornada completa o media jornada. Se debe conjugar la terapéutica clínico-asistencial, que tome en cuenta la singularidad del sujeto, caso por caso, con una valoración del contexto de la persona y de sus variables sociales, fomentar la contención familiar y comunitaria, acentuar el desarrollo y fortalecimiento de la trama social particularizada en el paciente;
- c) Dispositivos de internación: son residencias del sistema estatal o no estatal, privado y de la seguridad social transitorias, que ofrecen un tercer nivel de atención. Están destinados a pacientes en situación de crisis y a aquellos que, atento el estado de salud y severidad del consumo problemático o adicción que presentan, todo intento de tratamiento ambulatorio pudiera o hubiese resultado infructuoso.

El proceso, el funcionamiento, la modalidad y las características de la internación se registrarán conforme ley 26.657, de salud mental.

Art. 35. – La autoridad de aplicación debe establecer puntos de contacto e información para personas con consumos problemáticos y adicciones, que estarán encargados de brindar información acerca de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y de actividades que generen algún consumo problemático o adicción, los medios de protección de enfermedades infectocontagiosas y la ubicación y funcionamiento de efectores públicos y privados a los que puedan acceder para un tratamiento de rehabilitación y otros servicios de salud.

Los puntos de contacto e información podrán ser fijos o móviles y deben estar ubicados cerca de sitios relacionados con el consumo de drogas u otras activi-

dades que generen adicción y en lugares especialmente frecuentados por los jóvenes, como ser a la salida de las escuelas, plazas, lugares de esparcimiento, en la entrada de los estadios de fútbol, en la entrada de los recitales de música y en la puerta de edificios públicos.

Art. 36. – La autoridad de aplicación debe establecer centros de apoyo para personas con consumos problemáticos y adicciones que se encuentren en situación de calle, que serán denominados Centros Comunitarios de Calle. Éstos deberán estar abiertos los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día, garantizar los servicios básicos de alimentación y alojamiento y brindar apoyo psicológico, social, médico y nutricional adecuado.

Art. 37. – La autoridad de aplicación, además de los centros comunitarios de calle, debe establecer en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social “centros barriales” ubicados en zonas particularmente vulnerables en todo el territorio nacional dirigidos a la problemática del consumo de drogas y que estarán divididos de acuerdo al nivel de involucramiento del usuario o consumidor problemático en tres niveles sucesivos.

El nivel 1 debe integrarse por los “centros de involucramiento” que deben contar con instalaciones adecuadas para ofrecer alojamiento y alimentación a las personas con consumos problemáticos o adicciones. Permanecerán abiertos los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día, no exigirán la abstención a las drogas, y dispondrán el acceso al servicio de acompañamiento terapéutico. El cuerpo terapéutico de este nivel decidirá el momento en que la persona con un primer nivel de involucramiento cumplió el objetivo de esta instancia y se encuentra en condiciones de pasar al siguiente nivel.

El nivel 2 debe integrarse por “centros de deshabituación” que deben poseer las mismas instalaciones que los centros de involucramiento, además de espacios de esparcimiento que tendrán tv por cable, mesas con juegos y espacios donde se dispongan recursos para practicar deportes de acuerdo al espacio que posean. Además, deben contar con un grupo interdisciplinario de profesionales que debe estar integrado por un médico clínico, un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social y dos operadores terapéuticos.

El nivel 3 debe integrarse por “centros de integración” que deben contar con un equipo especializado en la integración de personas que se encuentren en recuperación de un consumo problemático o adicción que deben estar compuestos por un asistente social, un profesional del derecho, un docente y un profesional del área de relaciones laborales. Los mismos deben proveer herramientas para la búsqueda laboral o reinserción laboral y cursos de capacitación técnica con salida laboral. En el caso de menores, deben establecer un nexo para el inicio o la reanudación de estudios primarios o secundarios.

A fin de cumplimentar el accionar de los centros de integración, la autoridad de aplicación debe celebrar convenios de puestos laborales con empresas y/o instituciones locales públicas o privadas, para facilitar el acceso a la inserción laboral, y también con universidades o centros privados de educación terciario y demás instituciones locales.

Art. 38. – En todos los casos, el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y otros, responsable de la atención y tratamiento de las personas con consumos problemáticos o adicciones, realizará una evaluación integral del estado de salud general del paciente, incluyendo evaluaciones psicológicas, psiquiátricas, nutricionales y sociales, además del estado clínico. Esta constituirá el elemento fundamental y será prioritario para definir la modalidad y tiempo necesario de tratamiento como también la complejidad necesaria para la atención dentro de los dispositivos disponibles.

Art. 39. – Para el cumplimiento de los artículos precedentes la autoridad de aplicación además de crear los centros comunitarios de calle y los centros barriales en las zonas de alta vulnerabilidad social, debe elaborar acuerdos con los demás ministerios nacionales y con sus similares en las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios para adaptar las instalaciones ya existentes, donde se tendrán en cuenta a las de las organizaciones civiles y cualquier otra institución que tenga centros destinados a estos fines.

CAPÍTULO VII

Integración

Art. 40. – La autoridad de aplicación juntamente con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y demás organismos nacionales con competencia en la materia y sus homólogos provinciales deben adecuar sus programas o diseñar e implementar nuevos, a fin de garantizar la integración educativa y laboral de los egresados de comunidades terapéuticas o efectores públicos y privados y de las personas que se encuentren realizando un tratamiento para superar su adicción o consumo problemático.

Art. 41. – La autoridad de aplicación juntamente con el Ministerio de Educación y en el marco del Consejo Federal de Educación, deben promover la adecuación de dispositivos existentes y poner en funcionamiento los necesarios para garantizar el retorno a la escolaridad de personas que se encuentren en recuperación de un consumo problemático o adicción.

Art. 42. – La autoridad de aplicación a fin de garantizar la integración educativa para las personas que no han completado la escolaridad obligatoria debe:

- a) Asegurar condiciones básicas y de recursos para la tarea escolar;
- b) Diseñar acciones y programas que acompañen a los niños, jóvenes y adultos en la reinserción al sistema educativo y en el apoyo en la escuela;

- c) Fortalecer las capacidades docentes mediante capacitación específicamente dirigida a comprender e identificar la problemática de los consumos problemáticos y adicciones;
- d) Establecer nexos con el grupo social al que pertenecen las personas afectadas, a fin de prevenir prematuramente problemas que puedan aparecer en el proceso;
- e) Articular con las instancias de prevención y atención para una eficaz integración.

Art. 43. – La autoridad de aplicación a fin de garantizar la integración laboral debe:

- a) Organizar talleres, charlas y otras actividades gratuitas con el objeto de transmitir a las personas una cultura de trabajo formal, brindar conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral;
- b) Realizar un relevamiento permanente a fin de elaborar un listado de las personas en condiciones de ser incluidas en el plan;
- c) Proponer los candidatos para cubrir las ofertas de empleo de acuerdo a sus aptitudes y necesidades;
- d) Promover la capacitación laboral, en oficios o profesiones y promover prácticas o pasantías laborales en empresas o instituciones públicas o privadas que integren laboralmente a las personas en tratamiento o rehabilitación;
- e) Direccionar el otorgamiento de subsidios para emprendimientos productivos y capacitaciones destinados a personas en tratamiento y/o post-tratamiento.

Art. 44. – El Estado nacional, entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos o de transferencia de actividades del Estado al sector privado por cualquier título, deben incluir en la contratación de nuevo personal o en su renovación o en la modificación de los contratos vigentes, cláusulas que dispongan la obligatoriedad de contratar a personas propuestas conforme el inciso c), del artículo 43, de la presente ley, en una proporción que no sea inferior al 1 % de la plantilla de su personal y también a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.

Art. 45. – La autoridad de aplicación debe ejecutar acciones de fiscalización y seguimiento para asegurar el cumplimiento por parte de las personas y de las instituciones, de las condiciones, requisitos y obligaciones establecidos, con sujeción a lo dispuesto en la presente ley y a las normas que al respecto se dicten.

A tal fin se deben realizar acciones de monitoreo y evaluación del impacto de los programas, los cuales

deben constituir un insumo para la elaboración de informes sobre resultados cualitativos y cuantitativos de su implementación y para facilitar, eventualmente su rediseño.

CAPÍTULO VIII

Servicios penitenciarios

Art. 46. – La autoridad de aplicación debe crear centros intramuros de prevención y atención de consumos problemáticos y adicciones para las personas privadas de su libertad, en los servicios penitenciarios.

Los centros intramuros deben ser asistidos y coordinados por personas civiles.

Art. 47. – Los servicios penitenciarios deben adoptar para la detección de personas con consumos problemáticos y adicciones, todos aquellos protocolos de detección elaborados por la autoridad de aplicación.

Art. 48. – La autoridad de aplicación debe elaborar convenios de capacitación con el personal de los servicios penitenciarios a fin de lograr:

- a) El respeto por los derechos que le asisten a las personas con consumos problemáticos o adicciones;
- b) El tratamiento diferenciado cuando se trate de mujeres embarazadas o con hijos menores;
- c) La no estigmatización, el maltrato y discriminación de las personas con problemas de consumos problemáticos o adicciones;
- d) Que personal de los servicios penitenciarios no use la función de policía para detectar personas con posibles problemas de consumos o adicciones.

Art. 49. – Las personas que inicien un tratamiento por consumos problemáticos o adicciones dentro o fuera de los servicios penitenciarios no deben perder los derechos a los talleres de trabajo ni a los derechos de estudio, o cualquier convenio que tenga el servicio penitenciario de índole laboral o educativa, a menos que un diagnóstico comprobado por el personal médico determine la no conveniencia de estas tareas o actividades.

Art. 50. – Los servicios penitenciarios, bajo supervisión de la autoridad de aplicación, deben planificar y adecuar las secciones instaladas y la infraestructura edilicia de sus establecimientos destinados al tratamiento de las personas con problemas de consumos problemáticos y adicciones, conforme a la totalidad de la población carcelaria de cada centro, la prevalencia real de los mismos y las condiciones de salubridad previstas en la ley 24.660.

CAPÍTULO IX

Monitoreo y evaluación

Art. 51. – La autoridad de aplicación debe incorporar al sistema nacional de vigilancia epidemiológica los

datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables tales como condicionamientos psicológicos, sociales y económicos de la incidencia y prevalencia de problemáticas asociadas a los consumos problemáticos y adicciones.

Art. 52. – La autoridad de aplicación debe promover la intensificación de los estudios cuantitativos y cualitativos a los efectos de establecer las causas que inciden en el consumo, métodos de consumo, zonas de consumo, tipo de droga, riesgos epidemiológicos y todo otro indicador que la autoridad de aplicación decida.

Art. 53. – La autoridad de aplicación a fin de evaluar datos acerca de los consumos problemáticos y adicciones debe:

- a) Desarrollar informes técnicos y estadísticas a partir de la información que se analice en relación al consumo de sustancias psicoactivas y que sean útiles para entender mejor el problema y adecuar permanentemente las políticas públicas;
- b) Monitorear sistemática y regularmente el consumo de sustancias psicoactivas y evaluar la eficiencia y eficacia de las acciones de la presente ley;
- c) Monitorear los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular;
- d) Monitorear las tendencias en morbilidad vinculada al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular, en el sistema de salud.

La información se debe recabar del Observatorio Argentino de Drogas y de todos los organismos pertinentes.

Art. 54. – La autoridad de aplicación, en un plazo máximo de ciento ochenta (180) días debe elaborar un informe que contenga:

- a) Datos epidemiológicos respecto a la problemática de los consumos problemáticos y las adicciones;
- b) Un relevamiento exhaustivo de la capacidad instalada y de los recursos humanos 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.

CAPÍTULO X

Cobertura

Art. 55. – Los establecimientos sanitarios públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y

23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial integral y con abordaje multidisciplinario a las personas con consumos problemáticos y adicciones acorde a lo establecido en la ley 24.455, las cuales quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

CAPÍTULO XI

Disposiciones finales

Art. 56. – Los programas y planes que abarquen la prevención, atención e integración existentes a nivel nacional, provincial y municipal se deben adecuar a los principios de la presente ley en un plazo inferior a veinticuatro (24) meses.

Art. 57. – El Poder Ejecutivo nacional debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento de la presente ley.

Art. 58. – El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 59. – La presente ley es de orden público.

Art. 60. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 23 de octubre de 2012.

Mario R. Fiad. – Miguel Á. Giubergia. – Fabián F. Peralta. – Bernardo J. Biella Calvet. – Alicia M. Ciciliani. – Claudio R. Lozano. – Nora G. Iturraspe. – Eduardo P. Amadeo. – Miguel Á. Basse. – Atilio F. S. Benedetti. – Ivana M. Bianchi. – Olga I. Brizuela y Doria De Cara. – Ricardo Buryaile. – Juan F. Casañas. – Victoria A. Donda Pérez. – Olga E. Guzmán. – Silvia C. Majdalani. – Julio C. Martínez. – Eduardo Santín. – Cornelia Schmidt Liermann. – María L. Storani. – Enrique A. Vaquié. – Graciela S. Villata. – Juan C. Zabalza.

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 los proyectos de ley 398-D.-2012, 662-D.-2012, 702-D.-2012, 3.044-D.-2012, 4.056-D.-2012, 4.195-D.-2012, 4.215-D.-2012, 4.445-D.-2012, 5.480-D.-2012 y 5.833-D.-2012.

Habiendo analizado los mismos, desde la presidencia de la comisión se unificaron todos los expedientes, con un amplio consenso político, proceso en el cual se incorporó la participación de especialistas y profesionales en la materia, mediante los debates realizados en esta Cámara de Diputados, y en el tratamiento de comisión de todos los proyectos con el objeto de llegar a una redacción que mantenga un equilibrado consenso entre los actores sociales y las distintas representaciones políticas, a excepción del Frente para la Victoria que no se sumó al consenso y presentó un dictamen propio sobre la base del expediente 5.833-D.-2012.

Desde la presidencia de la comisión, se trabajó arduamente con todos los sectores políticos, llegando a un dictamen unificado, consensuado tanto política como socialmente pretendiendo subsanar los vacíos que existen en materia de adicciones y consumos problemáticos, que se pusieron en evidencia cuando se realizaron los debates de despenalización en el mes de junio en la Cámara de Diputados, por iniciativa de la presidencia de la comisión.

La propuesta que llega como dictamen unificado en esta ocasión, intenta cubrir la demanda social y sanitaria que existe, proponiendo una ley marco, que abarque de manera multisectorial la prevención, atención integral e integración de todas las personas que padezcan un consumo problemático o adicción, intentándose cubrir todas las demandas y necesidades. El proyecto propone la prevención, discriminando todos los ámbitos donde pueda realizarse, y distinguiendo distintos contextos sociales y diferentes etapas de consumo.

En cuanto a la atención se propone que sea integral, interdisciplinaria, con pautas fundamentales para el buen procedimiento y tratamiento de este flagelo, cuidando los aspectos singulares, sociales y culturales de cada individuo, identificando una red sanitaria básica, necesaria y suficiente, donde también se integra un sistema de centros barriales en zonas de particular vulnerabilidad.

Con respecto a la integración social abarca los aspectos laboral y educativo, esenciales para la inserción de personas con problemas de consumo o adicción, a una vida en sociedad, en armonía con el entorno y consigo mismo. También se incluyen en este dictamen la capacitación de los distintos recursos humanos, un aspecto fundamental para encarar de manera responsable esta problemática, sin descuidar detalles, se tiene en cuenta un registro nacional de efectores, una deuda que necesita ser saldada inmediatamente para encarar cualquier tipo de acción sanitaria en la esfera de las adicciones y consumos problemáticos.

Se consideraron los servicios penitenciarios y los entornos de encierro, siendo de fundamental aten-

ción esta área, que pareciera olvidada en el tiempo en materia legislativa e inclusiva, específicamente en materia de adicciones.

Se establece por último un capítulo de evaluación y monitoreo, el cual orienta la búsqueda de variables y estadísticas, censos y estudios epidemiológicos en materia de adicciones y consumos problemáticos, involucrando al Observatorio Argentino de Drogas y organismos competentes en la materia, y la propia evaluación y monitoreo de la ley y todos sus contenidos programáticos, de modo de realimentar de manera positiva la efectiva aplicación de la misma.

Este dictamen propone la aplicación del mismo en el ámbito de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y el Ministerio de Salud en forma coordinada, porque entendemos que una ley compleja y articulada como lo es ésta que estamos tratando, requiere indefectiblemente la mención de la autoridad de aplicación para el cumplimiento adecuado para el cual fue pensada.

Por todo lo expuesto, con las modificaciones efectuadas, solicitamos la sanción del presente proyecto de ley que intenta comenzar a ordenar los servicios asistenciales en esta materia, en todo nuestro país; y luego de un exhaustivo análisis le prestan su acuerdo favorable.

Mario R. Fiad.

III

Dictamen de minoría

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 los proyectos de ley, de los señores diputados Puiggrós, Segarra, y Bianchi, Carrió, Terada, y Ré, Donda Pérez, Grosso y Puiggrós, Fiad, Giubergia, Albarracín, Gil Lavedra, Álvarez, Alfonsín, Tunesi, Biella Calvet, Storani, Costa, y Juri, Schmidt Liermann, Pinedo, González, Michetti, Bertol y De Marchi, Brawer, Chieno, y Basterra, Pietragalla Corti, Larroque, De Pedro, Santillán, Cleri, Fernández Sagasti, Mendoza, y Alonso, relacionados con la creación del Programa Nacional de Asistencia Pública de las Adicciones y han tenido a la vista los expedientes 4.056-D.-2012, Carrió, De Prat Gay, Ré, Piemonte, Comi, y 4.445-D.-2012, Guzmán, Currián, Regazzoli, Robledo, Wayar, Videla, Garramuño, Molina, Yazbek, y Comelli, relacionados al tema; 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,...

PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE
DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – *Creación*. Créase el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), cuya autoridad de aplicación será la que determine el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 2° – *Consumos problemáticos*. A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia química alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Art. 3° – *Objetivos*. Los objetivos del Plan IACOP son:

- a) Prevenir los consumos problemáticos mediante la actuación directa del Estado;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria integral a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos rehabilitados de algún consumo problemático.

Art. 4° – *Autoridad de aplicación. Función*. La autoridad de aplicación del Plan IACOP será la encargada de coordinar las distintas herramientas del plan. Para eso, articulará las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios y secretarías nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda, para dar cumplimiento a lo dispuesto en los capítulos II, III y IV de esta ley.

CAPÍTULO II

De la prevención

Art. 5° – *Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos*. Créanse los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

A tal efecto, la autoridad de aplicación podrá elaborar acuerdos con otros ministerios del gobierno nacional, así como también con las provincias, los municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

para incorporar los centros que se crean en este artículo a los espacios comunitarios ya existentes en los distintos territorios.

También podrá hacerse acuerdos a tal efecto con las universidades pertenecientes al Sistema Universitario Nacional.

Art. 6° – *Integración y funcionamiento*. Los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos dispondrán de personal suficiente para llevar a cabo sus funciones y deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos.

Art. 7° – *Funciones específicas*. Son funciones de los Centros de Prevención de Consumos Problemáticos:

- a) Recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos;
- b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a);
- c) Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos; así como también organizar esos eventos en el caso en que no los hubiera;
- d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del Plan IACOP;
- e) Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.

CAPÍTULO III

De la asistencia

Art. 8° – *Prestaciones obligatorias*. Todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la ley 24.754, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

Las erogaciones que generen estos tratamientos a las obras sociales deberán ser compensadas por la Administración de Prestaciones Especiales (APE).

Art. 9° – *Derechos y garantías de los pacientes.* Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657, de salud mental.

Art. 10. – *Pautas de asistencia.* La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;
- c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por 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 los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

Art. 11. – *Consejo Federal de Salud.* La autoridad de aplicación coordinará con el Ministerio de Salud de la Nación y a través del Consejo Federal de Salud con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adhesión de las mismas a la presente ley, que permita el cumplimiento de este capítulo.

Art. 12. – *Deberes y control.* Las provincias o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran a la presente ley deberán garantizar la asistencia sanitaria a los consumos problemáticos con los parámetros que dispone el artículo 10 de esta ley. La autoridad de aplicación será la encargada de controlar el efectivo cumplimiento de la ley por parte de las provincias adherentes.

Ninguna disposición de la presente ley puede servir para quitar derechos y garantías estipuladas en la ley 26.657, que es de cumplimiento obligatorio para las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 13. – *Efectores.* La autoridad de aplicación abrirá un registro permanente de efectores en el que se inscribirán los efectores habilitados tanto gubernamentales como no gubernamentales dedicados al diagnóstico, deshabitación, desintoxicación, y rehabilitación de los consumos problemáticos, que hayan sido debidamente habilitados para funcionar por las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los tratamientos integrales a los que refiere este capítulo sólo podrán ser realizados por los efectores inscritos en el registro. Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran al presente plan, deberán adoptar las normas de habilitación y fiscalización de efectores que la autoridad de aplicación establezca.

Art. 14. – *Plazas.* Los hospitales generales del sistema de salud pública de las provincias que adhieran a la ley deberán garantizar la disponibilidad de camas para los casos extremos que requieran la internación del sujeto que padezca algún consumo problemático.

CAPÍTULO IV *De la integración*

Art. 15. – *Integración.* Cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración.

Art. 16. – *Alternativas.* La fase de integración posee dos componentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación del sujeto. El componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

Art. 17. – *Inclusión educativa. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente educativo todos los sujetos aludidos en el artículo 15, que no hubieran completado su escolaridad primaria o secundaria, y hubiesen sido atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Art. 18. – *Inclusión educativa. Beca de estudio.* Los beneficiarios del componente educativo tendrán derecho a la percepción de una beca cuyo monto definirá la autoridad de aplicación, que servirá como incentivo y como medio para afrontar los costos de los estudios. Los beneficiarios deberán mantener la escolaridad y el no cumplimiento de este requisito hará perder el beneficio otorgado. Antes de la pérdida del beneficio, los tutores, miembros del espacio puente o responsables

de los centros de prevención deberán procurar por el retorno del sujeto a la escuela.

Una vez finalizada la escolaridad obligatoria el beneficiario dejará de percibir la beca de estudio. Sin embargo, si el sujeto siguiera estando en la situación de vulnerabilidad social a la que alude el artículo 15 de esta ley y corriese riesgo el éxito de su tratamiento, podrá requerir ser incorporado al plan de integración laboral del artículo 20.

Art. 19. – *Medidas.* Las medidas que deberán tomarse para que las personas completen la escolaridad obligatoria son:

- a) El diseño de espacios puente, que acompañen a los niños, jóvenes y adultos en la reinserción al sistema educativo y en el apoyo en la escuela;
- b) El seguro de condiciones básicas y de recursos para la tarea escolar: útiles, material didáctico y libros;
- c) La designación de facilitadores pedagógicos que actúen como tutores y orienten el proceso;
- d) El fortalecimiento de las capacidades docentes mediante capacitación específicamente dirigida a comprender la problemática de los consumos compulsivos;
- e) El establecimiento de nexo con el grupo social al que pertenecen las personas afectadas, a fin de prevenir prematuramente problemas que puedan aparecer en el proceso;
- f) El reporte a las instancias asistenciales o de prevención en caso que se visualicen consumos compulsivos graves.

Art. 20. – *Inclusión laboral. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente laboral todos los sujetos mayores de 18 años a los que alude el artículo 15, atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Podrán ser incluidos en el componente laboral los/as adolescentes de 16 (dieciséis) y 17 (diecisiete) años de edad por razones debidamente fundadas cuando dicha inclusión forme parte del proyecto de recuperación y de inserción socioeducativa del/la joven.

Art. 20 bis. – El Estado nacional, entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos o de transferencia de actividades del Estado al sector privado por cualquier título, deben incluir en la contratación de nuevo personal o en su renovación o en la modificación de los contratos vigentes, cláusulas que dispongan la obligatoriedad de contratar a personas propuestas conforme el artículo 20 de la presente ley, en una proporción que no sea inferior al 1 % de la plantilla de su personal y también a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.

Art. 21. – *Convenios intersectoriales.* La autoridad de aplicación está facultada para articular acciones y firmar convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación, con organismos estatales de las provincias, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con organizaciones no gubernamentales con el fin de articular el ingreso de los jóvenes a los que se refiere el artículo 20, en los programas existentes en otras jurisdicciones.

Art. 22. – *Informaciones y orientación ocupacional.* La autoridad de aplicación debe organizar talleres, charlas y otras actividades, con el objeto de transmitir a los beneficiarios de este componente una cultura de trabajo formal, brindarles conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores e identificar y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral. La participación de los beneficiarios en todas estas actividades es gratuita.

Art. 23. – *Inscripción de programas y efectores.* Los efectores inscritos en el Registro Permanente de Efectores informarán sobre los sujetos en tratamiento que cumplen con las condiciones del artículo 20 con el fin de que sean incluidos en el componente laboral. A ellos se les sumarán los que sean derivados desde las oficinas de prevención a las que alude el capítulo II de esta ley.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Art. 24. – *Presupuesto.* El Poder Ejecutivo nacional debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Plan IACOP.

Art. 25. – Los poderes ejecutivos de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran al Plan IACOP, deberán incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias que de acuerdo a las obligaciones y necesidades de cada jurisdicción resulten necesarias para el cumplimiento del Plan IACOP.

Art. 26. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 27. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 23 de octubre de 2012.

Lino W. Aguilar.

INFORME

Honorable Cámara:

Atento a la existencia de un dictamen de mayoría que contempla la creación de un Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, presento el siguiente dictamen de minoría con la finalidad que las erogaciones que generen la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, a las obras sociales, sean compensadas por la Administración de Prestaciones especiales (APE).

La APE, mediante el decreto 1.198/2012 fue absorbida por la Superintendencia de Servicio de Salud, quedando dentro de su estructura organizativa. Tiene como objeto principal la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de las prestaciones y patologías de altos costos y baja incidencia y las patologías crónicas de cobertura prolongada relativa a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Seguro de Salud.

La APE desarrolla una gestión mediante los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, el cual se integra con el 10 % de los aportes y contribuciones que reciben de las obras sociales sindicales y con el 15 % o el 20 % de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales del personal de dirección y las asociaciones profesionales de empresarios.

Como es de público conocimiento las obras sociales se encuentran con un gran problema de financiamiento, debido a que se le sigue agregando obligaciones de cobertura de nuevas prácticas que generan un desequilibrio económico entre el aporte de los trabajadores y el incremento de los costos generados por estas prácticas.

La solidaridad que configura el sentido de las obras sociales importa la colaboración de todos los miembros que la integran para combatir las contingencias que afectan a cada uno de sus integrantes necesitados. Se ha considerado que “la sociedad debe estar obligada no sólo por imperativos morales sino por la imposición legal a contribuir en la medida de sus posibilidades al sostenimiento del bienestar común que se retrovierte a la comunidad” (considerando VII del punto 5 de la Declaración Iberoamericana de Seguridad Social. V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social).

Asimismo considero que el dictamen de mayoría si bien contempla la inclusión laboral de los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos y se encuentren en situación de vulnerabilidad social, considero que con la aprobación de este proyecto tal cual está redactado, no aseguraría la inclusión efectiva de estas personas. Por esa razón la incorporación del artículo 21 bis, que se encuentra en el otro dictamen, otorga una solución tangible a aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, con una necesidad imperiosa de que el Estado los incorpore y les otorgue la posibilidad de desarrollar sus potencialidades.

Como dirigente gremial fomentaré la creación de puestos de trabajo para todos los integrantes de la sociedad argentina y fundamentalmente para aquellas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad tal que requiera el incentivo para ser incorporados en la sociedad laboral y obtener la dignidad que el trabajo genera.

Por los motivos expuestos, presento este dictamen de minoría.

Lino W. Aguilar.

ANTECEDENTES

1

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA PÚBLICA INTEGRAL DE LAS ADICCIONES

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

Art. 2° – 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. 3° – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías establecidos en la 26.657, de salud mental, según se establece en su artículo 4°.

Art. 4° – Son objetivos del Programa Nacional de Asistencia Pública Integral 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 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) Impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones; la promoción de la formación y capacitación continua de los recursos humanos orientados a la prevención y asistencia de las adicciones;
- c) Coordinar el accionar del programa con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deporte, derechos humanos y otras necesarias para un abordaje intersectorial;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños, entendiéndolo por ello 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.

El Senado y Cámara de Diputados, ...

**CREACIÓN DEL PROGRAMA DE
EMERGENCIA NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS
ADICCIONES**

Artículo 1° – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación el Programa de Emergencia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones.

Art. 2° – El Ministerio de Salud deberá coordinar sus acciones con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, el Centro Nacional de Reeducción Social, universidades nacionales, las máximas autoridades competentes en políticas de salud y drogas de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 3° – Los objetivos del programa son la prevención, el tratamiento y recuperación de las patologías adictivas, la reducción de la demanda y la creación y fortalecimiento de conductas individuales de rechazo al consumo de drogas.

Los principios rectores del programa son la participación y concientización social, la consideración de la evidencia científica, el abordaje multidisciplinario, la integralidad, y la equidad.

Así como la implementación intensiva y sostenida en el tiempo de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria en materia de adicciones, tanto dirigidos a la población en general, como focalizados en grupos de riesgo.

Prevención

Art. 4° – Se denomina prevención a las acciones tendientes a desarrollar una conciencia individual y social sobre los problemas sanitarios y sociales que ocasionan el consumo de drogas, así como al desarrollo de capacidades individuales de rechazo a la oferta de drogas.

La prevención en materia de adicciones se concreta a través de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Art. 5° – El Ministerio de Salud coordinará con las autoridades mencionadas en el artículo 2°, según sus competencias, las siguientes acciones:

- a) Creación de equipos multidisciplinarios encargados de diagramar y controlar la ejecución de las estrategias de prevención;

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 Integral de las Adicciones, para el abordaje de la problemática de las adicciones;
- b) Coordinar las acciones para la ejecución del programa con el Consejo Federal de Salud (COFESA).
- c) Coordinar a través de la Dirección de Salud Mental y Adicciones acciones intersectoriales con los ministerios de Desarrollo Social y de Educación y las secretarías de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), de Cultura, Derechos Humanos y Medios de Comunicación 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, incorporando mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares;
- d) Coordinar con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, planes de prevención en el trabajo y de inserción socio-laboral para las personas con adicciones;
- e) 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, incorporando el modelo de reducción de daños;
- f) Incorporar al sistema nacional de vigilancia epidemiológica los datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables tales como condicionamientos psicológicos, sociales y económicos de la incidencia y prevalencia de las adicciones.

Art. 8° – Las jurisdicciones que adhieran al presente programa deben adecuar sus servicios de asistencia especializada en adicciones y salud mental, así como sus centros de atención primaria de la salud, a los principios establecidos en la Ley de Salud Mental, 26.657.

Art. 9° – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Artículo 10. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Adriana V. Puiggrós. – María del Carmen
Bianchi. – Adela R. Segarra.*

- b) Implementación de estrategias de prevención primaria, dirigidas a población joven que aún no ha tenido experiencia con drogas, tendiente a generar conductas de rechazo hacia las mismas;
- c) Implementación de estrategias de prevención secundaria, dirigidas a población que ya ha tenido un primer contacto con drogas, tendiente a evitar el consumo problemático;
- d) Implementación de estrategias de prevención terciaria, dirigidas a población que consume drogas, tendiente a insertarlos en tratamientos de recuperación y asistencia, para evitar los daños a la salud asociados y a que se profundice el cuadro de consumo;
- e) Intensificación de los estudios cuantitativos y cualitativos llevados a cabo por el Observatorio Argentino de Drogas a los efectos de establecer las causas que inciden en el consumo, métodos de consumo, tipo de droga, zonas de consumo, riesgos epidemiológicos y todo otro indicador que la autoridad de aplicación decida;
- f) Campaña nacional de información, sensibilización y concientización social de los efectos nocivos que producen en la salud el uso de drogas. La información suministrada a la población deberá ser veraz y establecida científicamente;
- g) Capacitación gratuita para familiares de consumidores y vecinos de zonas de mayor incidencia del consumo de drogas, para que participen en políticas de contención y promoción de actividades recreativas culturales y deportivas para niños, adolescentes y jóvenes. Incluirá orientación sobre servicios de salud y sus derechos;
- h) Información destinada a familiares y amigos de adictos a efectos de detectar, manejar y evitar la codependencia;
- i) Direccionamiento de planes sociales, emprendimientos productivos y becas de estudio hacia zonas caracterizadas como de mayor riesgo;
- j) Creación de espacios educativos, recreativos, deportivos y culturales próximos y/o insertos, a las zonas sensibles al consumo de drogas;
- k) Diseño de campañas de información en las zonas más sensibles al consumo de drogas en coordinación con municipios y ONG.

Tratamiento y asistencia

Art. 6° – Se denomina tratamiento y asistencia a las acciones terapéuticas y de intervención sociosanitaria que tienen por objeto mejorar el estado de salud psicofísica de los consumidores de drogas, promoviendo el abandono de su consumo y acompañándolos en el proceso terapéutico de recuperación. Deberán contemplarse las necesidades y circunstancias sociales,

culturales y económicas de cada paciente, integrando a su familia al proceso terapéutico de recuperación, evitando su estigmatización y minimizando los casos de judicialización.

Art. 7° – El Ministerio de Salud coordinará con las autoridades mencionadas en el artículo 2°, según sus competencias, las siguientes acciones:

- a) Política de intervenciones sociosanitarias proactivas y en el territorio;
- b) Evitar la estigmatización del consumidor de drogas;
- c) Exigir y controlar el fiel cumplimiento de las leyes 24.455 y 24.788 por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, en los aspectos pertinentes a la presente ley, sancionando duramente los incumplimientos y dilaciones;
- d) Tratamientos terapéuticos e interdisciplinarios de recuperación de las adicciones gratuitos para aquellas personas que no cuenten con cobertura de obra social o medicina prepaga;
- e) Análisis, tratamiento terapéutico y medicación gratuita contra las enfermedades asociadas al consumo;
- f) Tratamiento terapéutico y contención psicológica gratuita a las familias de los consumidores de drogas;
- g) La autoridad de aplicación deberá proveer los medios necesarios a las personas que no puedan concurrir a los efectores de salud o centro en el cual se cumpla en parte o de forma total el tratamiento, por cuestiones físicas o económicas, con el objetivo de asegurar el acceso a la prestación. Esta asistencia será extensiva a los familiares que acompañen y asisten al paciente en el proceso terapéutico;
- h) Priorizar las estrategias de tratamiento en la familia, incluyéndola en el proceso terapéutico;
- i) Implementar mecanismos adecuados para atender cuadros de adicción que manifiesten grave deterioro psicofísico y resulten en un peligro para el enfermo o para terceros. En estos casos, respetando todas las garantías constitucionales, se permitirá a los familiares o al Estado acceder en forma rápida y eficiente a los institutos de la protección de personas y curatela, cuando la gravedad de la adicción a juicio del profesional médico así lo requiera, como única forma de detener el proceso de deterioro psicofísico del enfermo;
- j) Implementar similares medidas a las propuestas en los establecimientos penitenciarios federales y provinciales, a los efectos de ofrecer tratamiento terapéutico a los consumidores de drogas que están privados de su libertad, indistintamente de su situación procesal;

- k) Los efectores de salud pertenecientes al sistema público deberán contar con servicios de emergencia y personal capacitado para atender casos de intoxicación por drogas, así como de protocolos de actuación estandarizados;
- l) La autoridad de aplicación en coordinación con universidades nacionales diseñará un programa de capacitación permanente y gratuita para profesionales y técnicos en prevención;
- m) La calidad de las prestaciones, tanto del sistema público como del privado, deberá ser auditada de manera periódica por la autoridad de aplicación;
- n) La autoridad de aplicación en coordinación con las autoridades provinciales controlará la calidad de los servicios ofrecidos por los efectores del sistema de salud privado que participen y colaboren con los objetivos de la presente, exigiendo que las terapéuticas implementadas respeten criterios científicos, y abonando sus servicios en tiempo y forma;
- o) La autoridad de aplicación en coordinación con el Ministerio de Acción Social de la Nación, el Ministerio de Trabajo, y sus homólogos provinciales, direccionará el otorgamiento de subsidios para emprendimientos productivos, capacitaciones, y/o becas de estudio destinados a los pacientes en tratamiento y/o postratamiento;
- p) Implementación de acciones de reducción de daños a través de intervenciones focalizadas en poblaciones de riesgo no abordables por otros medios;
- q) Elección del personal especializado a través de concurso público de oposición y antecedentes.

Art. 8° – La autoridad de aplicación establecerá en coordinación con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, centros de atención interdisciplinarios destinados a prestar atención sociosanitaria a personas consumidoras de drogas. Estos centros contarán con las prestaciones adecuadas para ofrecer su servicio y canalizar a los pacientes a los programas y/o tratamientos adecuados a cada caso. Deberán contar además con la infraestructura necesaria para casos de emergencias médicas y poder efectuar derivaciones.

Art. 9° – Los centros de atención interdisciplinaria deberán instalarse en zonas sensibles al consumo de drogas, priorizando las de escasos recursos socioeconómicos.

Art. 10. – Los centros de atención interdisciplinaria, a través de efectores de salud capacitados a tal efecto, realizarán intervenciones sociosanitarias de prevención y concientización en conjunto con miembros de la comunidad.

Art. 11. – La Nación asistirá técnica y financieramente a las jurisdicciones con mayor incidencia en

la problemática, para la conformación de equipos interdisciplinarios especializados e instalación de infraestructura en todos los centros de salud y hospitales públicos de la zona.

Art. 12. – Los efectores de salud podrán desarrollar acciones de reducción de daños como parte de su abordaje cuando esta estrategia de intervención sea considerada adecuada.

Art. 13. – Las acciones de reducción de daño son aquellas que tienen por objetivo la corrección terapéutica de los problemas de adicción a las drogas y la minimización de los daños a la salud asociados a su consumo, propendiendo a que el consumidor se acerque al sistema sanitario para su atención general y posterior derivación e inclusión en el sistema sanitario formal.

Estas acciones serán llevadas a cabo por efectores de salud y sociosanitarios capacitados, y podrán ser:

- a) Centros de contención social, locaciones físicas destinadas a intervenciones socio-sanitarias de contención, dirigidas por equipos multidisciplinarios, ubicados en proximidad a zonas marginales de alto consumo de drogas. En estos centros se atenderán las carencias inmediatas de: alimentación, higiene corporal, vestimenta, descanso, etcétera. Se ofrecerá atención sanitaria, información y orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, suministro de preservativos y derivación sanitaria;
- b) Unidades móviles de emergencia social (vehículos, locaciones prefabricadas móviles, etcétera) dirigidas por equipos multidisciplinarios, ubicados in situ actúan directamente en poblaciones que no acuden a los centros de tratamiento y que tienen condiciones de muy alta marginalidad;
- c) Programas focalizados para prevenir el contagio de enfermedades como el VIH o hepatitis tipo B o C por el hábito de compartir jeringas;
- d) Programas focalizados sobre consumidores activos.

En los casos precitados, y a los efectos de lograr los objetivos de esta estrategia de intervención sociosanitaria, las fuerzas de seguridad se abstendrán de perseguir a los consumidores de drogas en las proximidades de estos centros, sin perjuicio de aquellas acciones dirigidas exclusivamente a la reducción de la oferta.

Art. 14. – El Estado nacional promoverá la creación, en cada una de las jurisdicciones provinciales y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de centros sanitarios especializados en el tratamiento de enfermos duales. A tal efecto dispondrá de una partida especial destinada a solventar los gastos que demande la construcción y/o refuncionalización de edificaciones preexistentes destinadas a cumplir con este objetivo en el término de doce (12) meses a partir de la sanción de la presente.

Art. 15. – La ejecución de las obras de infraestructura y la adquisición de los bienes y servicios que demande el presente programa quedará a cargo de la autoridad de aplicación, quien podrá firmar convenios según los criterios de eficiencia, eficacia y economía que el programa requiera. Deberán respetarse las normas de contrataciones que aseguren la transparencia. El control de la ejecución del gasto quedará a cargo de la Auditoría General de la Nación.

Art. 16. – Las erogaciones que demande este programa serán solventados de manera inmediata por el gobierno nacional, incluyendo partidas que requieran las universidades nacionales. El control de la ejecución será responsabilidad de la autoridad de aplicación.

Seguridad ciudadana

Art. 17. – La seguridad ciudadana contempla acciones que tienden a reducir las consecuencias sociales de la fabricación, venta y distribución de drogas y las tendientes a su subsanación.

Art. 18. – Créase dentro del ámbito de los efectores de salud y establecimientos escolares un ámbito de recepción de datos sobre fabricación, venta y distribución de drogas, totalmente independiente de los equipos asistenciales.

Art. 19. – El aporte de datos será anónimo y voluntario pudiendo realizarse de cualquier modo. La autoridad de aplicación no podrá poner limitaciones de orden administrativo, formal o requerir a las personas la presentación de pruebas. En ningún caso se podrá recabar información de las instancias de tratamiento, las que se encuentran protegidas por el debido secreto profesional.

Art. 20. – Los datos recolectados deberán ser remitidos de forma inmediata a la autoridad de aplicación a fin de que ésta al órgano judicial y administrativo competente.

Art. 21. – La autoridad de aplicación por vía de reglamentación deberá conformar los equipos de profesionales necesarios para la recepción de los datos y su procesamiento.

Art. 22. – En el término de seis (6) meses desde la sanción de la presente ley, la autoridad de aplicación deberá instalar los centros de contención social y las unidades móviles de emergencia social, en las zonas en donde se haya detectado una mayor problemática en el consumo de drogas, privilegiándose aquellas de menores recursos socioeconómicos.

Art. 23. – Autorícese al Poder Ejecutivo nacional a realizar las modificaciones presupuestarias que demanden de la puesta en funcionamiento del presente programa.

Art. 24. – Esta ley será reglamentada dentro de los sesenta (60) días corridos luego de su promulgación.

Art. 25. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Elisa M. A. Carrió. – Juan C. Morán. – Alicia Terada. – Héctor Toty Flores. – Héctor H. Piemonte. – Griselda A. Baldata.

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES

CAPÍTULO I

Creación

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

CAPÍTULO II

Objetivos

Art. 2° – Son objetivos del Programa Nacional de Asistencia 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 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;
- 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 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 socio-sanitarias 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.

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 disminución 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 de las Adicciones;
- b) Coordinar acciones intersectoriales con los Ministerios de Desarrollo Social y de Educación y las Secretarías de Cultura, Derechos Humanos y Medios de Comunicación 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, incorporando mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares;
- c) Coordinar con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, planes de prevención en el trabajo y de inserción socio-laboral para las personas con adicciones;
- d) Desarrollar en su ámbito un área destinada a la investigación, docencia, asesoramiento y capacitación en materia de adicciones;
- e) 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;
- f) Incorporar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica los datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables tales como condicionamientos psicológicos, sociales y económicos de la incidencia y prevalencia de las adicciones;

- g) Coordinar con las jurisdicciones que adhieran al presente plan las acciones necesarias para adecuar las normativas y protocolos de fiscalización locales a fin de que los efectores privados y los provenientes de los organismos de la sociedad civil, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, se adecuen a los principios establecidos en el artículo 8° de la presente ley.

Art. 7°.– La autoridad de aplicación, en un plazo máximo de ciento ochenta (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 y de los recursos humanos 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, así como sus centros de atención primaria de la salud, a fin de que funcionen como equipos interdisciplinarios 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 (2) 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) Crear centros de apoyo para adictos en situación de calle y refugios;
- e) Establecer puntos de contacto e información aplicando estrategias de reducción de daños;
- f) Organizar equipos de calle;
- g) 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;
- h) Incluir en el plan de tratamiento estrategias de reducción de daños con el objeto de minimizar los daños asociados al problema de adicción;

- i) Acordar con el paciente, en el marco del consentimiento informado por escrito, la propuesta de tratamiento;
- j) 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;
- k) 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 determine, procurando que ésta sea una medida de último recurso y por el menor tiempo posible de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental, 26.657.

CAPÍTULO V

Centros de apoyo para adictos en situación de calle

Art. 9° – Los centros de apoyo para adictos en situación de calle tienen por objeto contribuir con el diagnóstico, la mejora socio-sanitaria y la facilitación de la derivación terapéutica de los adictos en situación de calle.

Art. 10. – Los centros de apoyo para adictos en situación de calle, deben estar disponibles veinticuatro horas al día, siete días a la semana, debiendo garantizar los servicios básicos de alimentación, apoyo psicológico y social, la atención de enfermería, la detección de enfermedades infectocontagiosas y el apoyo médico y psiquiátrico adecuado.

CAPÍTULO VI

Refugios

Art. 11. – Los refugios son lugares para pasar la noche, con el objetivo de mejorar las condiciones de los adictos en situación de calle, procurando la eliminación de los medios propicios para el consumo.

Art. 12. – Los refugios deben estar disponibles en el período nocturno, durante los siete días de la semana, debiendo garantizar los servicios básicos de alimentación, apoyo psicológico y social, la atención de enfermería, la detección de enfermedades infectocontagiosas y el apoyo médico y psiquiátrico adecuado.

CAPÍTULO VII

Puntos de contacto e información

Art. 13. – Los puntos de contacto e información están destinados a evitar o reducir el consumo de drogas y sus daños.

Art. 14. – Los puntos de contacto e información deben difundir información sobre:

- a) la accesibilidad, ubicación y funcionamiento de los servicios para el tratamiento de rehabilitación de drogas y otros servicios de salud;

- b) la accesibilidad y funcionamiento de los servicios de asistencia jurídica;
- c) la accesibilidad y funcionamiento de los servicios y centros de fomento de empleo y formación;
- d) Los riesgos con el uso de drogas psicotrópicas;
- e) los medios de protección contra las enfermedades infectocontagiosas.

Art. 15. – Los puntos de contacto e información pueden ser fijos o móviles, debiendo estar ubicados cerca de sitios relacionados con el consumo de drogas, en lugares especialmente frecuentados por los jóvenes y en edificios públicos.

CAPÍTULO VIII

Equipos de calle

Art. 16. – Los equipos de calle están destinados a promover la reducción de daños, interviniendo en los espacios y edificios públicos donde el consumo de drogas puede ser vivido como un problema social.

Art. 17. – Los equipos de calle tendrán las siguientes funciones:

- a) Difundir las herramientas y programas para reducir daños;
- b) Proporcionar información dentro de las instalaciones;
- c) Interactuar con los consumidores que se enfrentan a situaciones de riesgo, si así ellos lo requiriesen;
- d) Fomentar la derivación adecuada de personas en riesgo, previo consentimiento de la misma;
- e) Participar en situaciones de primeros auxilios que se producen de emergencia o negligencia.

CAPÍTULO IX

Transferencia de fondos de Nación a jurisdicciones

Art. 18. – *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. 19. – *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, centros públicos especializados, centros de apoyo para adictos en situación de calle, refugios, puntos de contacto e información, equipos de calle y centros de atención primaria de la salud con equipos interdisciplinarios que consten en el relevamiento establecido en el artículo 7º, 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 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 socio-sanitario;
- d) Garantizar la capacitación permanente de profesionales y técnicos integrantes del Sistema 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 7º, 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. 20. – *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, centros interdisciplinarios y centros públicos especializados, o crear nuevos centros, conforme a las necesidades establecidas según indica el artículo 7º, inciso c), de la presente ley.

Art. 21. – *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 de las Adicciones.

También debe contemplar la reasignación progresiva de los recursos que actualmente se destinan a becas para tratamiento.

CAPÍTULO X

Obras sociales y prepagas

Art. 22. – La autoridad de aplicación, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, debe controlar que todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23.661 den cumplimiento a lo establecido en la ley 24.455. Asimismo, la autoridad de aplicación verificará que los servicios de medicina prepaga se ajusten a lo dispuesto en la ley 24.754. Asimismo, debe extremar los recaudos en la habilitación y control de la calidad de las prestaciones en adicciones que se brinden en los establecimientos asistenciales a fin de garantizar no solamente el cumplimiento de la normativa vigente en la materia sino también que la atención que brinden los profesionales se ajuste a los protocolos aceptados por las autoridades científicas en la materia, y a las pautas establecidas en el artículo 8º de la presente ley.

CAPÍTULO XI

Disposiciones complementarias

Art. 23. – *Adhesión.* Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 24. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Victoria A. Donda Pérez.

4

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PÚBLICA INTEGRAL DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ADICCIONES

Artículo 1º – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación el Programa Nacional de Prevención y Atención Pública Integral de los Consumos Problemáticos y Adicciones.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley, se entiende por:

Prevención integral de consumos problemáticos y adicciones a las acciones específicas e inespecíficas cuyo abordaje multidimensional, intersectorial e intersubjetivo se orienta a la promoción de prácticas saludables; a la promoción de la integración social-, comunitaria y el lazo social, garantizando el respeto y la promoción del pleno goce y ejercicio de derechos humanos y sociales de las personas.

Atención pública integral de consumos problemáticos y 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 los aspectos sociales, familiares e individuales que, de manera singular, hacen a las condiciones propiciatorias de las problemáticas asociadas al consumo o a las adicciones.

Art. 3° – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas con consumos problemáticos y adicciones tienen todos los derechos y garantías en su relación con los servicios de salud, según lo establecido en el artículo 4° de la ley 26.657, de salud mental.

Art. 4° – Son objetivos del Programa Nacional de Prevención y Atención Pública Integral de los Consumos Problemáticos y Adicciones:

- a) Desarrollar un sistema público y gratuito de prevención integral y atención universal para el abordaje de las problemáticas asociadas a los usos/consumos y a las adicciones en todo el territorio nacional, que contemple a la prevención y a la atención como procesos que deben darse en el área de salud de un modo articulado a partir de los diferentes modelos comprobados y avalados de intervención sobre la base de la diversidad, los variados contextos donde se presentan las problemáticas, las características particulares de las jurisdicciones, comunidades y/o ámbitos y la singularidad de las personas y sus problemáticas. Se incluyen las diversas formas de consumos problemáticos y adicciones, coordinando acciones con planes y programas en vigencia;
- b) Garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con consumos problemáticos y adicciones reconocidos en los artículos 1° y 2° de la ley 26.657, de salud mental;
- c) Considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en los artículos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 25 y 26 de la ley 26.657, de salud mental;
- d) Impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones y la promoción de la formación y capacitación continúa de los recursos humanos orientados a la prevención y atención de las adicciones;
- e) Coordinar el accionar del programa con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deporte, derechos humanos y otras necesarias para un abordaje intersectorial de los procesos tanto de prevención como de atención;

- f) Articular y promover el accionar en red de las organizaciones sociales actuantes en la materia de cada jurisdicción y/o ámbito, y contribuir con herramientas formativas a su participación en los procesos de prevención y atención;
- g) Generar condiciones de accesibilidad simbólica y geográfica a las instituciones de atención en salud mental y adicciones;
- h) Garantizar la atención de personas que padecen problemáticas asociadas a los consumos y adicciones en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657, de salud mental;
- i) Incorporar el modelo de reducción de daños, entendiéndolo por ello 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.

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, para el abordaje de problemáticas asociadas a los consumos y adicciones;
- b) Llevar en forma actualizada un registro de los efectores gubernamentales y no gubernamentales, dedicados al diagnóstico, deshabituación, desintoxicación, rehabilitación y prevención de las adicciones, que hayan sido debidamente habilitadas para funcionar por las provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de sus organismos competentes;
- c) Articular el accionar con los efectores de cada jurisdicción;
- d) Coordinar las acciones para la ejecución del programa con el Consejo Federal de Salud (COFESA);
- e) Coordinar a través de la Dirección de Salud Mental y Adicciones acciones intersectoriales con los ministerios de Desarrollo Social y de Educación y las secretarías de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), de Cultura, Derechos Humanos y Medios de Comunicación y otras áreas relevantes, y con sus similares de las jurisdicciones que adhieran al presente programa, a fin de desarrollar programas y pautas para un abordaje intersectorial de las problemáticas asociadas a los consumos y adicciones, que puedan ser implementadas por cada una de las jurisdicciones, incorporando mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, incluyendo el accionar

de organizaciones sociales actuantes en materia de prevención, y en particular de organizaciones de usuarios y familiares de servicios de atención en salud mental y adicciones;

- f) Coordinar con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, planes de prevención en el trabajo y de inserción socio-laboral para las personas que padecen consumos problemáticos y adicciones;
- g) 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;
- h) Incorporar al sistema nacional de vigilancia epidemiológica los datos que produzcan las jurisdicciones, orientando la búsqueda a la inclusión de variables tales como condicionamientos psicológicos, sociales y económicos de la incidencia y prevalencia de problemáticas asociadas a los consumos y adicciones.

Art. 7° – Las jurisdicciones que adhieran al presente programa deben adecuar sus servicios de asistencia especializada en adicciones y salud mental, así como sus centros de atención primaria de la salud a los principios establecidos en la ley 26.657, de salud mental.

Art. 8° – Queda incorporada en el Programa Médico Obligatorio (PMO) la cobertura del tratamiento integral de las personas con consumos problemáticos y adicciones, según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

Art. 9° – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 10. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Leonardo Grosso. – Adriana V. Puiggrós.

5

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN,
PREVENCIÓN, ASISTENCIA INTEGRAL
Y REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL PARA
PERSONAS CON ADICCIONES Y CONSUMOS
PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – Declárase de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina la lucha contra el narcotráfico y la prevención del uso problemático de drogas.

Art. 2° – Créase el Programa Nacional de Educación, Prevención, Asistencia Integral y Reinserción Social y Laboral para Personas con Adicciones y Consumos Problemáticos de Drogas, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 3° – Son objetivos del programa:

- a) Desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la problemática de las adicciones en todo el territorio nacional;
- b) Fortalecer y capacitar a los servicios de salud mental y centros de salud de carácter públicos y privados, existentes en el ámbito 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 o consumos problemáticos de drogas;
- c) Promover la autonomía individual y la singularidad de las personas que demandan asistencia para el tratamiento de las adicciones, evitando su estigmatización;
- d) Impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones y consumos problemáticos de drogas para proveer de una base científica que permita el diseño de políticas públicas en la materia;
- e) Impulsar acciones prioritarias en articulación y coordinación con los distintos ministerios y secretarías del Poder Ejecutivo nacional, las jurisdicciones provinciales y municipales, las universidades y los organismos de carácter civil con competencia en la materia;
- f) Crear un registro de efectores públicos y privados dedicados a la atención de consumos problemáticos de drogas y otras adicciones;
- g) Incorporar el modelo de reducción de daños;
- h) Incorporar el plan de reinserción laboral para personas en situación de vulnerabilidad egresadas de un tratamiento relacionado a un consumo problemático a las drogas u otra adicción;
- i) Incorporar un plan de asistencia a las adicciones para personas privadas de su libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal;
- j) Proveer asistencia técnica y financiera a las jurisdicciones que adhieran al programa.

CAPÍTULO II
Definiciones

Art. 4° – A los efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) *Prevención*: a las acciones tendientes a desarrollar una conciencia individual y social sobre los problemas sanitarios y sociales que ocasionan el consumo de drogas y otras adicciones en los diferentes ámbitos sociales del individuo;

- b) *Asistencia integral*: a las acciones sociosanitarias urgentes, inmediatas y a largo plazo que tengan por objeto mejorar el estado de la salud psicofísica y las condiciones de integración social de la persona que sufra un consumo problemático a las drogas y otros tipos de adicciones;
- c) *Reinserción social*: a la integración en la sociedad de la persona que tiene una adicción o un consumo problemático de drogas que se encuentre en un tratamiento de recuperación a través de educación, capacitación, deportes y cultura;
- d) *Reinserción laboral*: a las acciones tendientes a incorporar en el mercado laboral, a personas que realicen tratamientos para superar una adicción o sean egresados de comunidades terapéuticas o algún efector público o privado;
- e) *Modelo de reducción de daños*: a aquellas acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen adicciones relacionadas a las drogas y que promuevan la disminución de riesgos para su salud individual y colectiva disminuyendo todo daño asociado a dicha problemática;
- f) *Efectores públicos*: a los centros oficiales que funcionan en hospitales generales o psiquiátricos, centros de salud mental periféricos, unidades asistenciales-sanitarias periféricas con asistencia en salud mental, centros específicos de prevención y asistencia en I, II y III nivel y servicios de atención en crisis (SAC), así como todo otro organismo del Estado nacional, provincial o municipal, lleve a cabo la asistencia, diagnóstico, orientación, tratamiento propiamente dicho, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y prevención de las adicciones;
- g) *Efectores privados*: a todas las personas jurídicas legalmente constituidas y habilitadas por los órganos competentes, cuyo objetivo social contemple la asistencia, diagnóstico, orientación, tratamiento propiamente dicho, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y prevención de las adicciones; así como también a toda otra medida psicoterapéutica, ya sea en forma ambulatoria o residencial, destinada a la mejora de las condiciones psicofísicas y sociales de las personas que padecen adicciones;
- h) *Derivación asistida y protegida*: a aquella derivación que realiza el profesional a cargo, a fin de garantizar el tratamiento más adecuado con el efector que corresponda asegurando continuidad en la asistencia.

CAPÍTULO III

Autoridad de aplicación

Art. 5° – El Ministerio de Salud de la Nación será la autoridad de aplicación de este programa y, en conjunto con la Secretaría de Programación para la Prevención

de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, estará a cargo de:

- a) Llevar adelante los objetivos del programa y monitorear y evaluar continua y sistemáticamente las acciones a fin de determinar su eficacia e impacto sobre la problemática;
- b) Coordinar y articular acciones con los ministerios, secretarías y demás organismos públicos intervinientes en razón de la materia;
- c) Promover y coordinar la aplicación de esta ley en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y del Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (Cofedro) en el ámbito de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- d) Crear un registro nacional de efectores públicos y privados, de inscripción obligatoria para las instituciones, encargado de verificar que los mismos estén debidamente habilitados para funcionar y de relevar los recursos existentes en cada jurisdicción en materia de asistencia de las adicciones relacionadas a las drogas, a fin de articular y vehiculizar estrategias que alcancen las necesidades de todo el territorio nacional;
- e) Promover la investigación, docencia y capacitación en materia de adicciones y consumo problemático de estupefacientes.

CAPÍTULO IV

Acciones de capacitación

Art. 6° – La autoridad de aplicación creará cursos de capacitación para los profesionales de la salud y operadores terapéuticos que trabajen en el campo de las adicciones tanto en efectores públicos y privados. Será exigencia para trabajar en el área de las adicciones de efectores públicos y privados contar con esta capacitación.

Art. 7° – Además de las acciones sistematizadas previstas en el artículo precedente, el Ministerio de Salud deberá promover la realización de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación y difusión de conocimientos científicos en materia de adicciones.

Art. 8° – Las acciones de capacitación que se realicen en el ámbito de este programa, deberán tener en cuenta la diversidad cultural de la población, la prevalencia y los patrones de consumo, a fin de contar con recursos humanos capacitados para la atención de la problemática.

CAPÍTULO V

Acciones de prevención

Art. 9° – El Ministerio de Salud deberá crear una línea gratuita 0800 encargada de brindar información

acerca de puntos de contacto, centros de reducción de daño o de atención, centros de calle y efectores públicos y privados de todo el país que atiendan en el área de consumos problemáticos de drogas y otras adicciones y derechos que le asistan.

Art. 10. – El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social elaborará, además, planes de prevención de consumo de drogas y otras adicciones en los ámbitos laborales tanto públicos como privados en conjunto con la autoridad de aplicación.

Art. 11. – La Secretaría de Medios de la Nación, en conjunto con la autoridad de aplicación, diseñará y difundirá a través de medios masivos de comunicación y redes sociales, campañas de prevención e información acerca de las consecuencias del consumo de drogas y otras sustancias y actividades que generen adicciones, al menos una vez al año.

Art. 12. – La Secretaría de Deportes de la Nación impulsará, en conjunto con la autoridad de aplicación, actividades deportivas que promuevan la integración de las personas con consumos problemáticos con el objetivo de fomentar la cultura del deporte, como medio para crear valores como la autosuperación, la competencia sana, la vida saludable y el compañerismo.

Art. 13. – La Secretaría de Cultura de la Nación, en conjunto con la autoridad de aplicación, impulsará actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre y el aprendizaje de habilidades y promoverá la creación de espacios recreativos, sociales y culturales.

CAPÍTULO VI

Registro nacional de efectores públicos y privados

Art. 14. – La autoridad de aplicación deberá crear un registro nacional de efectores públicos y privados dedicados al diagnóstico, deshabituación, desintoxicación, rehabilitación y prevención de las adicciones. A tal fin, los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán remitirle toda la información que les sea requerida.

La autoridad de aplicación, además, convocará a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), a efectos de establecer pautas comunes de habilitación y control de funcionamiento de los efectores definidos en este programa. Y efectuará un relevamiento de los recursos existentes en cada jurisdicción en materia de prevención y asistencia de las adicciones a fin de articular y vehicular estrategias que alcancen las necesidades de todo el territorio nacional.

Art. 15. – Los efectores que presten servicios en el área de las adicciones deberán, a su vez, inscribirse en el mencionado registro, a fin de ser incluidos en el listado oficial.

Art. 16. – La información del registro será pública y se procurará darle la mayor difusión posible.

CAPÍTULO VII

Asistencia integral

Art. 17. – Los tratamientos que se ofrezcan a las personas que padecen un consumo problemático de drogas y otras adicciones deben enmarcarse en la ley 26.657, de salud mental, y deben ser abordados respetando la individualidad de cada caso, interviniendo en el diagnóstico y en la determinación del tratamiento adecuado, un grupo interdisciplinario de profesionales compuesto al menos por un psicólogo, un psiquiatra, un médico clínico y un asistente social. Si fuere necesario se debe convocar la asistencia de otro profesional del área que requiera el caso determinado.

El tratamiento comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social.

Art. 18. – Las jurisdicciones que adhieran a este programa, para ser incluidas dentro del programa, deben adecuar sus servicios de asistencia especializada en adicciones y salud mental, así como sus centros de atención primaria de la salud, a los principios establecidos en la ley 26.657, de salud mental.

Art. 19. – Para el diagnóstico de quien padece un consumo problemático de drogas u otra adicción, el médico a cargo o interviniente, realizará la evaluación del paciente para determinar, de acuerdo a su estado actual, la complejidad necesaria para su atención dentro de los dispositivos disponibles, a fin de evitar deambulaciones innecesarias.

Deberá priorizarse aquella estrategia de tratamiento que menos comprometa la continuidad de los lazos sociales del paciente como los familiares, afectivos, laborales, y educativos. Esto determinará, a través de la labor de un trabajador social que evaluará el estado de situación familiar, la dinámica vincular, la posición económico-laboral, las condiciones habitacionales y la trayectoria de vida del paciente.

Estas estrategias deben intervenir en la dimensión social, subjetiva y sanitaria y de acuerdo a las particularidades con las que cada modalidad y sus diversos dispositivos determinen para su implementación. Los tratamientos que se lleven a cabo contemplarán la interacción con espacios individuales, grupales, familiares, sociales, interinstitucionales y redes sociales.

Art. 20. – El efector que tenga a su cargo la derivación, es decir, el traslado del paciente a otro dispositivo de salud, realizará este acto asegurando que la institución de destino disponga de espacio vacante para recibir a la persona, arbitrando medios para personalizar adecuadamente esta acción, bajo la modalidad de derivación asistida y protegida.

Art. 21. – En todos los casos de pacientes intoxicados, una vez compensado el cuadro clínico, se evaluará la continuidad de su tratamiento y el los casos que fuera necesario, se realizará la derivación a los efectores de asistencia para adicciones.

Art. 22. – El sistema de asistencia integral al consumo problemático de drogas y otras adicciones tanto en el sector público y privado de la salud debe contar con:

- a) *Dispositivos ambulatorios públicos o privados*: son aquellos a los que los pacientes, concurren en forma diaria o semanal para realizar las actividades de salud y rehabilitación que fueran indicadas. Se trata de espacios terapéuticos para personas no internadas que reciben tratamientos individuales y/o grupales, controles psiquiátricos, médicos, psicológicos, talleres terapéuticos y toda otra medida indicada por los profesionales;
- b) *Hospitales y centros de día públicos o privados*: son aquellos que se caracterizan por incluir tanto actividades asistenciales como clínico-terapéuticas, pudiendo ser de una jornada completa o media jornada. Se debe conjugar la terapéutica clínico-asistencial, que tome en cuenta la singularidad del sujeto, caso por caso, con una valoración del contexto de la persona y de sus variables sociales, fomentar la contención familiar y comunitaria, acentuar el desarrollo y fortalecimiento de la trama social particularizada en el paciente;
- c) *Los dispositivos de internación*: son residencias públicas o privadas transitorias, que ofrecen máximo nivel de complejidad. Están destinados a pacientes en situación de crisis y a aquellos que, atento el estado de salud y severidad de consumo que presentan, todo intento de tratamiento ambulatorio pudiera o hubiese resultado infructuoso.

El proceso, el funcionamiento, la modalidad y las características de la internación se regirán conforme la Ley de Salud Mental, 26.657.

Art. 23. – La autoridad de aplicación deberá establecer:

- a) Puntos de contacto e información para personas con consumos problemáticos de drogas y otras adicciones, que estarán encargados de brindar información acerca de las consecuencias del consumo de drogas y sustancias, los medios de protección de enfermedades infectocontagiosas y la ubicación y funcionamiento de efectores públicos y privados a los que puedan acceder para un tratamiento de rehabilitación y otros servicios de salud.

Los puntos de contacto e información podrán ser fijos o móviles y deberán estar ubicados cerca de sitios relacionados con el consumo de drogas y en lugares especialmente frecuentados por los jóvenes como ser a la salida de las escuelas, plazas, lugares de esparcimiento, en la entrada de los estadios de fútbol, en la entrada de los recitales de música y en la puerta de edificios públicos;

- b) Centros de apoyo para personas con consumos problemáticos de drogas y otras adicciones que se encuentren en situación de calle, que serán denominados “Centros de calle”. Estos deberán estar abiertos los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día, garantizar los servicios básicos de alimentación y alojamiento y brindar apoyo psicológico, social, médico y nutricional adecuado;
- c) Centros de reducción de daños dirigidos a mejorar la calidad de vida del usuario de drogas que brindarán información sobre cómo reducir los riesgos asociados a la práctica del consumo, proveerán material descartable de consumo para evitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas en casos requeridos por usuarios e implementarán toda otra acción tendiente a reducir los riesgos ocasionado por el uso indebido de drogas.

Art. 24. – La autoridad de aplicación, además, establecerá en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social “centros barriales” ubicados en zonas particularmente vulnerables que estarán divididos de acuerdo al involucramiento del usuario o consumidor problemático de drogas en tres niveles sucesivos.

El Nivel 1 estará integrado por los centros de involucramiento que deberán contar instalaciones adecuadas para ofrecer alojamiento y alimentación a los usuarios, permanecerán abiertos los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día, no exigirán la abstención a las drogas, y dispondrán el acceso al servicio de acompañamiento terapéutico. El cuerpo terapéutico de este nivel decidirá el momento en que la persona involucrada cumplió el objetivo de esta instancia y se encuentra en condiciones de pasar a la etapa sucesiva.

El Nivel 2 estará integrado por los centros de deshabituación que poseerán las mismas instalaciones que los centros de involucramiento más espacios de esparcimiento que tendrán TV por cable, mesas con juegos y donde se dispongan recursos para practicar deportes. Y, además, deberán contar con un grupo interdisciplinario de profesionales: un médico clínico, un nutricionista, un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social y dos operadores terapéuticos. Los usuarios o consumidores problemáticos de drogas puedan acudir a los profesionales para realizar consultas y solicitar el tratamiento adecuado de acuerdo a cada caso particular,

El Nivel 3 estará compuesto por centros de reinserción social que deberán:

- a) Contar con un equipo especializado en la reinserción social en materia de adicciones: un asistente social, un profesional del derecho, un docente y un profesional del área de relaciones laborales;
- b) Proveer herramientas para la búsqueda laboral o reinserción laboral y cursos de capacitación técnicas con salida laboral;

- c) Celebrar convenios de puestos laborales con empresas y/o instituciones locales públicas o privadas, para facilitar el acceso a la inserción laboral, y también con universidades o centros privados de educación terciaria y demás instituciones locales;
- d) En el caso de menores, se debe establecer un nexo para el inicio o la reanudación de estudios tanto primarios o secundarios.

Art. 25. – En todos los casos, el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y otros, responsable de la atención y tratamiento de las personas consumidoras de drogas u otras adicciones, realizará una evaluación integral del estado de salud general del paciente, incluyendo evaluaciones psicológicas, psiquiátricas, nutricionales y sociales, además del estado clínico. Esta constituirá el elemento fundamental y será prioritario para definir la modalidad de tratamiento y la complejidad necesaria para la atención dentro de los dispositivos disponibles.

CAPÍTULO VIII *Reinserción laboral*

Art. 26. – Los ministerios de Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación deberán adecuar sus planes o diseñar e implementar nuevos, a fin de garantizar la reinserción laboral de los egresados de comunidades terapéuticas o efectores públicos y privados y de las personas que se encuentren realizando en el estadio final de un tratamiento para superar su adicción.

Art. 27. – A tal fin, deberán:

- a) Organizar talleres, charlas y otras actividades gratuitas con el objeto de transmitir a las personas una cultura de trabajo formal, brindarles conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral;
- b) Realizar un relevamiento permanente a fin de elaborar un listado de las personas en condiciones de ser incluidas en el plan;
- c) Proponer los candidatos para cubrir las ofertas de empleo de acuerdo a sus aptitudes y necesidades.

Art. 28. – En todo contrato de concesión de servicios, de transferencia de actividades del Estado al sector privado por cualquier título o de renovación o modificación de los vigentes, se deberán incluir cláusulas que dispongan la obligatoriedad para las empresas de contratar por tiempo indeterminado a una persona propuesta por este plan por cada treinta (30) integrantes de su plantilla de personal.

CAPÍTULO IX *Servicios penitenciarios*

Art. 29. – La autoridad de aplicación deberá crear centros de atención de consumos problemáticos de drogas u otras adicciones para las personas privadas

de su libertad, dentro de los servicios penitenciarios federales.

Art. 30. – El Servicio Penitenciario Federal, bajo supervisión de la autoridad de aplicación, deberá planificar y adecuar las secciones instaladas y la infraestructura edilicia de los establecimientos penitenciarios destinados al tratamiento de las personas con problemas de adicciones, conforme a la totalidad de la población carcelaria de cada centro, la prevalencia real de los adictos y las condiciones de salubridad previstas en la ley 24.660.

CAPÍTULO X *Transferencia de fondos de Nación a jurisdicciones*

Art. 31. – 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. 32. – A los fines de firmar los convenios previstos en el artículo precedente, 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) Incorporar exclusivamente por mecanismos de selección, objetivos y transparentes 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;
- c) Garantizar la capacitación permanente de profesionales y técnicos 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;
- d) Realizar a través del mecanismo de contratación pública las adquisiciones que sean necesarias para la construcción o adecuación de estructuras edilicias;
- e) Prever mecanismos de integración evitando la segregación, discriminación y exclusión

con las áreas de educación, cultura, trabajo, deportes y desarrollo social.

CAPÍTULO XI
Cobertura

Art. 33. – Los establecimientos sanitarios públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina pre-paga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial integral y con abordaje multidisciplinario a las personas con consumo problemático de drogas y otras adicciones acorde a lo establecido en la ley 24.455.

Art. 34. – Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), la cobertura de la asistencia integral de las personas con consumos problemáticos de drogas y otras adicciones.

CAPÍTULO XII
Disposiciones finales

Art. 35. – El Poder Ejecutivo debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Programa Nacional de Educación, Prevención, Asistencia Integral y Reinserción Social y Laboral para Personas con Adicciones y Consumos Problemáticos de Drogas.

Art. 36. – El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 37. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 38. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Mario R. Fiad. – Miguel Á. Giubergia. – Jorge L. Albarracín. – Ricardo R. Gil Lavedra. – Elsa M. Álvarez. – Ricardo Alfonsín. – Juan P. Tunessi. – Bernardo J. Biella Calvet. – María L. Storani. – Eduardo R. Costa. – Mariana Juri.

6

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

RÉGIMEN INTEGRAL DE PREVENCIÓN,
ASISTENCIA, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN
Y REINSECCIÓN DEL CONSUMIDOR
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

TÍTULO I

CAPÍTULO ÚNICO
Principios generales

Artículo 1° – La presente ley es de orden público y constituye un régimen integral de prevención, asis-

tencia, tratamiento, rehabilitación y reinserción, del consumidor de sustancias psicoactivas.

Art. 2° – *Definiciones:* a los fines de la presente ley, se entiende por:

- *Sustancias psicoactivas:* cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.
- *Dependencia a sustancias:* presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo a pesar de problemas significativos relacionados con ese consumo. Se hace con un patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona y a menudo tolerancia, abstinencia e ingesta compulsiva, con deterioro de la vida social, laboral o recreativa por ese consumo y mucho tiempo invertido en la obtención, el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- *Sondas epidemiológicas:* evaluación rápida del estado y tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en población escolarizada y en el ámbito de los programas de calle.

Art. 3° – Son objetivos principales de este régimen:

- a) Educar a la población y especialmente a los jóvenes, acerca de las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que implica el consumo de sustancias psicoactivas;
- b) Desalentar en la población el consumo de sustancias psicoactivas, y prevenir acerca del daño que ocasionan en la vida y la salud, especialmente por parte de los sectores vulnerables de la sociedad;
- c) Garantizar las prestaciones básicas, universales y gratuitas, a cargo del Estado, para que las personas que consuman sustancias psicoactivas, especialmente las que dependen física y psíquicamente de ellas, reciban la asistencia que les permita tratarse, rehabilitarse y reinserirse en su vida social.

Art. 4° – Son principios de este régimen:

- a) El consumo de sustancias psicoactivas es un asunto de salud pública que exige la intervención del Estado;
- b) El consumo de sustancias psicoactivas está condicionado por un grupo de factores de orden biológico, psicológico y del contexto sociocultural que influyen en la problemática del consumo;
- c) Las acciones vinculadas a la prevención del consumo y asistencia al consumidor de sustancias psicoactivas deben ser realizadas con un enfoque pluralista, interdisciplinario e intersectorial;

- d) La educación y la concientización acerca de los daños que genera el uso abusivo de sustancias psicoactivas es la principal vía de prevención;
- e) Los menores de edad deben ser una prioridad para el Estado en las políticas públicas y las acciones que lleve adelante para prevenir el consumo y asistir a los consumidores de sustancias psicoactivas;
- f) La acción estatal contra el consumo de sustancias psicoactivas debe realizarse en forma interjurisdiccional, aunando y coordinando los recursos humanos, materiales y económicos;
- g) El Estado nacional debe velar por el cumplimiento de esta ley en todo el territorio nacional y solventar con sus recursos y en la medida necesaria, los planes y prestaciones que ella establece;
- h) Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son también responsables de la aplicación de esta ley.

TÍTULO II

CAPÍTULO ÚNICO

Políticas públicas en materia de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas

Art. 5° – El Poder Ejecutivo nacional deberá formular e implementar un Plan Nacional Integral de Prevención del Consumo y Asistencia al Consumidor de Sustancias Psicoactivas, de carácter permanente, que contendrá las políticas públicas a desarrollar en la materia en un período de cinco años como mínimo. Deberá darse participación en su elaboración a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y contemplarse el rol de las jurisdicciones locales en la aplicación del plan.

Art. 6° – En la elaboración del plan deberán considerarse e integrarse las políticas y acciones que en la materia desarrollan el Estado nacional y las jurisdicciones locales. Se deberán respetar las particularidades de las regiones y jurisdicciones locales.

Art. 7° – El plan nacional deberá contener las políticas y acciones dirigidas a lograr los siguientes objetivos:

a) Educación y prevención:

1. Disminuir la exposición pública de situaciones que promuevan el consumo de sustancias psicoactivas en la población en general y, en especial, en la población de menores de edad. Se incluye en particular la difusión en los medios de comunicación de prácticas vinculadas con la inducción al consumo de sustancias psicoactivas, o que puedan inducir las.
2. Disminuir la vulnerabilidad de los habitantes en general y, en particular, de los grupos de menores de edad, frente a

situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

3. Concientizar a la población acerca de los daños que produce el consumo de sustancias psicoactivas, a través de la educación formal, en los niveles primario, secundario y universitario.
4. Desarrollar los contenidos informativos acerca del consumo de sustancias psicoactivas, considerando las particularidades de los distintos segmentos de la población como ser la edad, el nivel socio-económico, la región que habita, etcétera, y promover la difusión de esos contenidos a través en los medios de comunicación, campañas masivas y otras formas de concientización de la población.
5. Promover el desarrollo de metodologías preventivas, en el ámbito educativo y del tiempo libre, vinculadas con el fortalecimiento de habilidades para la vida: cognitivas, afectivas, sociales e impulsar transformaciones curriculares que incluyan aspectos de prevención y promoción de la salud.
6. Apoyar la formación de docentes y líderes juveniles, en programas de formador de formadores, como protagonistas en el campo preventivo del consumo de sustancias psicoactivas.
7. Disminuir la vulnerabilidad de los trabajadores, frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas; y promover el diseño y desarrollo de programas de prevención en el ámbito laboral a través de centros preventivos laborales.
8. Apoyar la formación de agentes multiplicadores en el ámbito laboral, a fin de incrementar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas; y asegurar la participación activa de los sindicatos en estas acciones.
9. Promover la no discriminación, la confidencialidad y la cobertura médica asistencial a los afectados por el consumo de sustancias psicoactivas.
10. Impulsar la formación y desarrollo de unidades municipales, barriales o comunales de prevención y atención, que funcionen como espacios de referencia, información y orientación sobre el problema del consumo de sustancias psicoactivas que integren a la familia, a la comunidad educativa, a los centros de salud y a las organizaciones sociales.

11. Asegurar la provisión a las familias de la información necesaria para tratar en ese entorno el problema del consumo de sustancias psicoactivas.

b) Asistencia sociosanitaria:

1. Desarrollar el Sistema Nacional de Asistencia, Rehabilitación y Reinserción del Consumidor de Sustancias Psicoactivas como un sistema público de asistencia integral, universal y gratuita para la atención y tratamiento de las adicciones en todo el territorio nacional, contemplando los diferentes modelos comprobados y avalados de intervención sobre la base de la diversidad, los variados contextos, las características de la adicción y la singularidad de las personas.
2. Desarrollar y aplicar métodos y sistemas para la detección precoz en la población en general y, en particular, en la de los menores de edad que se inician en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente para las instituciones de la comunidad que trabajan con ellos.
3. Asegurar los mecanismos de detección y atención oportuna e integral para la población que se encuentra aún en las etapas de iniciación en el consumo de sustancias psicoactivas, en especial, de los grupos de menores de edad.
4. Promover la capacitación permanente de los recursos humanos de todos los actores vinculados a la asistencia, tratamiento y rehabilitación en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente para la detección temprana de esas prácticas.
5. Garantizar alternativas de tratamiento en el ámbito de la salud que contemplen:
 - a) El desarrollo de equipos especializados de asistencia integral a los consumidores de sustancias psicoactivas.
 - b) La coordinación de la atención de urgencia a través de unidades de desintoxicación aguda, guardias hospitalarias, y en unidades de emergencia móviles, articuladas a una red de servicios.
 - c) La formación de centros de emergencia social que funcionen como espacios de integración y recuperación de consumidores de sustancias psicoactivas de alta capacidad adictiva.
 - d) Programas de reducción de daños incluidos en procesos terapéuticos de diverso grado de complejidad y adap-

tados a las diferentes necesidades de la población.

6. Garantizar la reinserción paulatina a la actividad socio-educativa-laboral de personas en proceso de tratamiento o rehabilitación.
7. Promover la capacitación laboral, en oficios o profesiones y promover prácticas o pasantías laborales en empresas o instituciones públicas o privadas que integren laboralmente a las personas en tratamiento o rehabilitación.
8. Asegurar la asistencia social que permita a las personas en proceso de tratamiento o rehabilitación contar con la orientación necesaria para facilitar su integración a la vida social y familiar.
9. Impulsar en las jurisdicciones locales la conformación de un sistema de asistencia y rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas, que se integre con el sistema nacional, y garantizar que el sistema local tenga capacidad de respuesta acorde con la naturaleza y la severidad del problema.
10. Promover un sistema que proporcione a la familia, a las instituciones educativas, a los empleadores y sindicatos y a la comunidad en general las herramientas para que puedan cumplir, a la par de la ayuda especializada, con su papel propio en la recuperación de las personas afectadas.
11. Garantizar estrategias institucionales de ayuda al recién nacido con daño por abuso o dependencia materna a sustancias psicoactivas.

c) Estudio, monitoreo y planificación:

1. Promover la investigación y estudio del consumo de sustancias psicoactivas desde distintos campos disciplinarios y desarrollar un sistema para analizar toda información que se recolecte en relación al consumo de sustancias psicoactivas, incluidos los medios adecuados para recabar la misma.
2. Desarrollar informes técnicos y estadísticas a partir de la información que se analice en relación al consumo de sustancias psicoactivas y que sean útiles para entender mejor el problema y adecuar permanentemente las políticas públicas.
3. Monitorear sistemática y regularmente el consumo de sustancias psicoactivas y eva-

luar la eficiencia y eficacia de las acciones del presente plan integral.

4. Monitorear los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular.
5. Monitorear las tendencias en morbilidad vinculada al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, por medio de sondas epidemiológicas, aplicadas de forma regular, en el sistema de salud.
6. Desarrollar estrategias específicas para problemas emergentes en las poblaciones vulnerables, que permitan identificar e intervenir sobre los factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.
7. Promover el desarrollo de nuevas estrategias preventivas y asistenciales orientadas a la atención de las dependencias y daños asociados a nuevas sustancias ilícitas de alta capacidad adictiva.
8. Disponer medios de difusión masivos y recursos materiales y humanos para el desarrollo de las acciones preventivas consideradas prioritarias según criterios epidemiológicos.

TÍTULO III

Acciones y vías para garantizar la asistencia, tratamiento, rehabilitación y reinserción de personas que consuman sustancias psicoactivas

CAPÍTULO I

Principios generales

Art. 8° – El Estado nacional debe garantizar con sus recursos presupuestarios las prestaciones básicas e integrales para la asistencia, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de quienes consuman sustancias psicoactivas, especialmente de quienes dependan física o psíquicamente de ellas, con el objeto de brindarles la cobertura necesaria para la recuperación de su salud y calidad de vida.

Art. 9° – A los efectos de esta ley, el consumo personal de sustancias psicoactivas constituye un asunto de salud pública y genera la obligación del Estado de intervenir, especialmente en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de persona menor de edad;
- b) Cuando se trate de persona con incapacidad mental;
- c) Cuando se trate de persona adulta y capaz y se encuentre en riesgo su vida.

Sin perjuicio de la intervención estatal, la persona adulta y capaz podrá requerir voluntariamente la asistencia del Estado.

CAPÍTULO II

Derechos y obligaciones

Art. 10. – Las personas que consuman sustancias psicoactivas tienen los siguientes derechos:

- a) Al acceso gratuito, rápido y sencillo a las prestaciones de atención de la salud que le permitan tratarse y rehabilitarse del consumo de esas sustancias;
- b) A disponer de las vías administrativas y judiciales que le permitan acceder a las prestaciones mencionadas en el inciso anterior;
- c) A la información adecuada, veraz y oportuna, brindada de acuerdo con la etapa de tratamiento en que se encuentren, acerca de los efectos y daños perjudiciales que ocasiona el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, y las prácticas médicas o psicológicas que se le está brindando;
- d) A la asistencia social que le brinde los recursos y herramientas necesarios para planificar un proyecto de vida y el reintegro a su entorno familiar, social y laboral;
- e) A la confidencialidad y no discriminación en la asistencia o tratamiento que reciban.

Deben tener prioridad para su atención y tratamiento quienes dependan física o psíquicamente de las sustancias psicoactivas.

Art. 11. – Los curadores, tutores, padres o representantes legales de las personas que consuman sustancias psicoactivas, tienen los mismos derechos enumerados en el artículo anterior y deben ejercerlos en nombre de sus representados.

Art. 12. – Los hospitales o centros de salud públicos, nacionales o locales cuyas provincias se adhieran, están obligados a brindar las prestaciones de atención de la salud, psicológica y social establecidas por esta ley, en la medida de sus capacidades y especialidades. Deberá darse prioridad a los menores de edad y a los casos en que corra riesgo la vida de la persona.

Art. 13. – Los hospitales, sanatorios o centros de salud privados, así como las asociaciones civiles, fundaciones y entes privados que se dediquen a la atención de consumidores y adictos de sustancias psicoactivas, están obligados, en la medida de sus capacidades y especialidades, a brindar las prestaciones de atención de la salud, psicológica y social, establecidas por esta ley, a partir de la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumo de Sustancias Psicoactivas y bajo las condiciones que se establecen en la presente.

CAPÍTULO III

Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas

Art. 14. – El Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas

es el conjunto de entes públicos y privados que brindan total o parcialmente las prestaciones de atención de la salud, psicológica y social que les permiten a las personas alcanzadas por esta ley recibir la asistencia, tratamiento y rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas. Se conforma por:

- a) Los organismos nacionales;
- b) Los organismos de las jurisdicciones locales;
- c) Los hospitales y centros de salud públicos, nacionales y locales;
- d) Los hospitales, sanatorios y centros de salud privados;
- e) Las asociaciones civiles, fundaciones y entes privados que se dediquen a la atención del consumo de sustancias psicoactivas.

Art. 15. – La dirección del Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas corresponde a la autoridad de aplicación de esta ley, con participación de las jurisdicciones locales, y le compete:

- a) Adoptar las acciones necesarias para asegurar que el sistema brinde las prestaciones de esta ley a todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Promover la creación de sistemas de asistencia y rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas en las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se integren y conecten en forma permanente con el sistema nacional.

Art. 16. – Créase el Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas, que comprende aquellas entidades públicas o privadas que cuentan con los recursos técnicos, materiales y humanos necesarios para brindar las prestaciones de atención de la salud, psicológica y social para asistir, tratar y rehabilitar a las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Art. 17. – Los hospitales, sanatorios y centros de salud privados, así como las asociaciones civiles, fundaciones y entes privados que se dediquen a la atención de quienes consumen sustancias psicoactivas, deberán inscribirse en el Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas. A partir de la inscripción formarán parte del Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas, y en consecuencia tendrán:

- a) La obligación de brindar las prestaciones de salud, psicológica y social establecidas en esta ley;
- b) El derecho de recibir del Estado nacional los fondos para cubrir la atención de las personas que reciban asistencia o tratamiento en sus

instalaciones, en los términos de la reglamentación y de las normas presupuestarias. Las autoridades administrativas nacionales y provinciales son responsables, en la medida de su competencia, de que estas entidades reciban en forma oportuna y expedita los fondos que le corresponden.

Art. 18. – La autoridad de aplicación, junto con las jurisdicciones locales que adhieran a esta ley, debe promover y fomentar la instalación o adecuación de instituciones públicas y privadas para que se dediquen a la asistencia y tratamiento específico e integral de las personas que consuman sustancias psicoactivas.

Art. 19. – A partir de los datos del Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas, la autoridad de aplicación diseñará un sistema de información, a fin de difundir las entidades públicas o privadas que en cada jurisdicción están en condiciones de brindar las prestaciones que establece esta ley.

La información deberá difundirse por medios accesibles a la población en forma gratuita.

La autoridad de aplicación, por sí o a través de las jurisdicciones locales, habilitará una línea telefónica gratuita de asistencia a los jueces que intervengan en los procesos previstos en esta ley.

CAPÍTULO IV

Financiamiento

Art. 20. – Créase el Fondo Nacional del Sistema Nacional de Asistencia, Rehabilitación y Reinserción del Consumidor de Sustancias Psicoactivas.

Art. 21. – El fondo nacional creado por el artículo anterior tiene como objetivo financiar las prestaciones básicas de atención de la salud, psicológica y social que establece esta ley para la asistencia, tratamiento, rehabilitación y reinserción del consumidor de sustancias psicoactivas, en los términos que se establecen en este capítulo.

Art. 22. – Con relación con las jurisdicciones locales, el fondo nacional complementa con sus recursos los que ellas destinan actualmente en sus presupuestos a los organismos públicos y a los hospitales o centros de salud que brindan las prestaciones establecidas en esta ley.

Art. 23. – Para hacer operativo el aporte y la transferencia de recursos, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán adherirse a esta ley y asumir las siguientes obligaciones:

- a) No disminuir los recursos que destinan en sus presupuestos para la atención del consumo de sustancias psicoactivas, procurando incrementar los mismos;
- b) Garantizar que los recursos que reciban del fondo nacional se apliquen a la finalidad para

la cual están destinados, y sean recibidos sin dilaciones por las entidades públicas de sus jurisdicciones que brindan las prestaciones de la ley;

- c) Colaborar en todo lo necesario para facilitar el pago a las entidades privadas que integren el Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Art. 24. – El fondo nacional contribuirá al financiamiento de las entidades privadas que se inscriban en el Registro Nacional de Entidades de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas, y estén obligadas a brindar las prestaciones que establece esta ley. La autoridad de aplicación deberá instrumentar un mecanismo ágil, sencillo y accesible que facilite la transferencia de los recursos para solventar las prestaciones efectivamente realizadas.

Art. 25. – El fondo nacional creado por el artículo 20 de la presente ley, se compondrá de los recursos que anualmente le asigne el presupuesto nacional.

CAPÍTULO V

Medidas judiciales urgentes

Art. 26. – Toda persona puede denunciar judicialmente una de las situaciones establecidas en el artículo 9° de la presente ley, acercando las pruebas de las que disponga a fin de acreditar prima facie la veracidad de los hechos. En estos casos la urgencia se presume.

Art. 27. – Es competente para recibir y tramitar la denuncia el juez de la jurisdicción donde se susciten los hechos denunciados, sin distinción de materia o fuero. Luego de adoptadas las medidas que se prevén en este capítulo, el juez deberá remitir la causa al juez o autoridad del Ministerio Público que en razón de la materia y el fuero hubiese correspondido.

Art. 28. – El juez requerido debe disponer de oficio y con carácter urgente las medidas pertinentes que aseguren las prestaciones que establece esta ley por los medios que brinda el Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas, según la gravedad del caso.

Art. 29. – El juez requerido tiene todas las facultades instructoras y ordenatorias necesarias para llevar adelante su cometido. Las fuerzas de seguridad y los servicios de salud y asistencia social deben prestar la colaboración que se les requiera.

CAPÍTULO VI

Autoridad de aplicación. Coordinación interjurisdiccional

Art. 30. – La autoridad de aplicación de esta ley será la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico dependiente de la presidencia de la Nación.

Art. 31. – Sin perjuicio de las competencias establecidas en la presente ley, corresponde a la autoridad de aplicación:

- a) Cumplir y hacer cumplir la presente ley en lo que corresponda al Estado nacional;
- b) Velar por el cumplimiento de la presente ley por parte de las jurisdicciones locales, prescribiéndole la asistencia necesaria;
- c) Aplicar el Plan Nacional Integral de Prevención del Consumo y Asistencia al Consumidor de Sustancias Psicoactivas;
- d) Coordinar las políticas y acciones nacionales con la de las jurisdicciones locales, en materia de prevención asistencia y rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas;
- e) Prestar asistencia y colaborar con el Poder Judicial de la Nación, el Ministerio Público de la Nación, las fuerzas de seguridad nacionales y los poderes judiciales, ministerio público y fuerzas de seguridad de las jurisdicciones locales para la aplicación de la ley;
- f) Administrar el Fondo Nacional del Sistema Nacional de Asistencia y Rehabilitación del Consumidor de Sustancias Psicoactivas y el registro creado por el artículo 17 de la presente ley;
- g) Asesorar y colaborar con el Poder Ejecutivo en la elaboración del plan integral, asegurando la participación de las jurisdicciones locales;
- h) Impulsar la participación y colaboración de universidades, centros de investigación y entidades públicas y privadas dedicadas al estudio del consumo de sustancias psicoactivas, en el diseño de las acciones que lleve adelante el Estado nacional en la materia.

TÍTULO IV

CAPÍTULO ÚNICO

Disposiciones finales

Art. 32. – Esta ley no deroga aquellas otras normas que establezcan planes o programas para la atención de la drogadicción o el consumo de estupefacientes o sustancias psicoactivas, hasta tanto esos planes y programas no sean integrados e incorporados al plan integral a dictarse.

Art. 33. – El Plan Nacional Integral de Prevención del Consumo y Asistencia del Consumidor de Sustancias Psicoactivas deberá dictarse dentro de los 120 días de sancionada la presente ley.

Art. 34. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir, en lo pertinente, a la presente ley.

Art. 35. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Cornelia Schmidt Liermann. – Federica Pinedo. – Marta G. Michetti. – Gladys E. González. – Paula M. Bertol. – Omar B. De Marchi.

7

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN
DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
Y DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN
(PLAPAI)

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – Créase el Plan Nacional de Prevención de los Consumos Problemáticos y de Asistencia e Integración de las personas que los padecen (PLAPAI), cuya autoridad de aplicación será el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación.

Art. 2° – A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos a aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia química alguna– afectan negativamente, en forma ocasional o crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales, tanto las primarias como las secundarias. Los consumos problemáticos abarcan las adicciones, pero también los abusos e inclusive los usos esporádicos; pueden estar dirigidos a drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, entre otros.

Art. 3° – El Plan Nacional de Prevención de los Consumos Problemáticos y de Asistencia e Integración de las personas que los padecen incluye tres componentes: el preventivo, el asistencial y el de integración, cuyos objetivos centrales son, respectivamente, los siguientes:

- a) Prevención integral de consumos problemáticos: se entiende por prevención integral a todas las acciones que en forma directa o indirecta se encuentren destinadas a evitar la aparición de consumos problemáticos. La mirada preventiva más genérica es el abordaje multidimensional, intersectorial e intersubjetivo que se orienta a la promoción de prácticas saludables y de integración social-comunitaria, garantizando el respeto y la promoción del pleno goce y ejercicio de los derechos humanos y sociales de las personas;
- b) Asistencia integral de consumos problemáticos: se entiende por asistencia integral a todas las acciones sociosanitarias que tengan por objeto mejorar el estado de la salud psicofísica de las personas, procurando superar los aspectos sociales, familiares e individuales que en cada caso y de manera singular constituyan la causa de los consumos compulsivos;
- c) Integración plena: se entiende por integración plena todas aquellas acciones que se desarrollen para garantizar la inclusión educativa,

laboral y social de las personas con consumos problemáticos.

Art. 4° – El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, como autoridad de aplicación, articulará las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 5° – Los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación y Trabajo, Empleo y Seguridad Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) pondrán a disposición del presente plan los distintos programas y dispositivos con los que ya cuentan y diseñarán y pondrán en funcionamiento las nuevas acciones requeridas.

Art. 6° – Los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación y Trabajo, Empleo y Seguridad Social y la Sedronar acordarán con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los respectivos consejos federales, las políticas, actividades, competencias, plazos y presupuestos necesarios para cumplir con lo establecido en el presente plan.

TÍTULO II

De la prevención

Art. 7° – Se conceptualiza a la prevención desde el lugar de la promoción de la salud, siendo éste el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, particularmente la construcción de políticas públicas saludables, la creación de ambientes que favorezcan la salud, el desarrollo de habilidades personales y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Art. 8° – El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales tendrá la responsabilidad de articular y coordinar las políticas, programas y actividades de prevención de los ministerios de Educación, de Desarrollo Social, de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y de Salud y de la Sedronar.

Art. 9° – En el marco de los Consejos Federales mencionados en el artículo 6°, se discutirán las políticas preventivas, sus fundamentos y los dispositivos existentes en cada una de las jurisdicciones, a fin de definir una aproximación integral a la prevención de los consumos problemáticos.

Art. 10. – A nivel territorial, las actividades de promoción de la salud y de prevención de los consumos problemáticos se encontrarán a cargo de los centros comunitarios que se encuentren llevando adelante políticas de inclusión, participación, resolución de conflictos y esparcimiento, ya sean nacionales, provinciales o municipales. Los mismos deberán interactuar estrechamente con las escuelas de la zona, los centros de atención primaria de la salud, las organizaciones no gubernamentales que trabajen con la población, y

todo otro efector que sea reconocido como válido para llegar a la población.

Art. 11. – Son objetivos de prevención territorial:

- a) Promover en la población cubierta, instancias de desarrollo y realización personal y comunitaria, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad;
- b) Vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONG de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo;
- c) Ofrecer información respecto a:
 1. La accesibilidad, ubicación y funcionamiento de los servicios de salud para el tratamiento por consumos problemáticos.
 2. La accesibilidad y funcionamiento de otras instancias de prevención.
 3. La accesibilidad y funcionamiento de los dispositivos de inclusión educativa y laboral.
 4. La accesibilidad y funcionamiento de los centros de asistencia jurídica.
 5. Los riesgos de los distintos tipos de consumos compulsivos;
- d) Realizar un monitoreo epidemiológico de la población cubierta por el centro;
- e) Ofrecer alternativas sanitarias de derivación a consumidores compulsivos;
- f) Ofrecer alternativas de inclusión educativa, laboral y social a consumidores con alto grado de vulnerabilidad;
- g) Realizar un seguimiento personalizado de aquellos individuos que tengan o hayan tenido consumos problemáticos, a fin de ofrecerles instancias que les permitan incrementar sus niveles de salud y autonomía.

TÍTULO III

De la asistencia

Art. 12. – Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas que los presenten tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental.

Art. 13. – El Ministerio de Salud de la Nación será el responsable de desarrollar en todo el territorio nacional, en coordinación con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un sistema público y gratuito de asistencia universal para el abordaje de los padecimientos asociados a los consumos problemáticos, que haga uso de modelos comprobados y avalados de intervención sobre la base de la diversidad, los variados contextos donde se presentan los consumos adictivos,

las características particulares de las comunidades y/o ámbitos y la singularidad de las personas y sus problemáticas. Se incluyen dentro de los consumos problemáticos a los abusos y adicciones a las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, el juego, las nuevas tecnologías, el consumo desenfrenado, y toda otra forma de relación compulsiva con los objetos.

Art. 14. – La atención integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- b) Privilegiar los tratamientos ambulatorios incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona. La internación se considerará como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;
- c) Promover la atención de personas que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños, a fin de disminuir los riesgos para la salud individual y colectiva y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen consumos problemáticos, previniendo propagación de enfermedades contagiosas, muertes por sobredosis, accidentes fatales y todo otro daño asociado;
- e) Garantizar la instancia de internación cuando se encuentre en peligro la vida del consumidor compulsivo o de terceras personas, cumpliendo lo establecido por los artículos 20° a 25° de la ley 26.657;
- f) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral;
- g) Asegurar una asistencia universal, gratuita y de calidad.

Art. 15. – Son funciones del Ministerio de Salud de la Nación:

- a) Articular, garantizar y supervisar el cumplimiento de los objetivos del componente asistencial del Plan Nacional de Prevención de

los Consumos Problemáticos y de Asistencia e Integración de las Personas que los padecen;

- b) Coordinar las acciones con los efectores en cada jurisdicción para la ejecución del Plan en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA);
- c) Acordar con la Sedronar la asignación de recursos para la concreción del sistema público gratuito de atención a los consumos problemáticos;
- d) Llevar en forma actualizada un registro de los efectores gubernamentales y no gubernamentales dedicados al diagnóstico, deshabitación, desintoxicación, rehabilitación y prevención de las adicciones, que hayan sido debidamente habilitados para funcionar por las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- e) Coordinar acciones intersectoriales con las áreas de desarrollo social, educación, trabajo, Sedronar y otras áreas relevantes, a fin de desarrollar pautas y actividades para un abordaje intersectorial de los consumos problemáticos que puedan ser implementadas por cada una de las jurisdicciones, incorporando mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, incluyendo el accionar de organizaciones sociales actuantes en la materia, y en particular de organizaciones de usuarios y familiares de servicios de atención en salud mental y adicciones;
- f) 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 consumos compulsivos;
- g) Asistir financieramente a las jurisdicciones que adhieran al componente asistencial del presente plan;
- h) Desarrollar e implementar un sistema nacional de epidemiología que recoja en forma permanente y exhaustiva las estadísticas que produzcan los servicios asistenciales, incorporando datos acerca de los condicionantes más importantes de la incidencia y prevalencia de los abusos y las adicciones, a fin de orientar las estrategias públicas;
- i) Impulsar la investigación y la docencia en materia de consumos problemáticos y la promoción de la formación y capacitación continua de los recursos humanos orientados a la atención.

Art. 16. – Para llevar adelante la asistencia pública integral en todo el territorio nacional, el Ministerio de Salud de la Nación ha de proponerle a las jurisdicciones la adhesión al componente asistencial del plan nacional. Manifestada la voluntad de adhesión y a efectos de

diagramar la asistencia de la Nación, ésta junto a cada jurisdicción deberá elaborar un informe que contenga:

- a) Un análisis epidemiológico respecto a la problemática de los consumos problemáticos;
- b) Un relevamiento exhaustivo de la capacidad instalada tanto en el sector público, como en el de las obras sociales y en el sector privado, incluyendo las de las organizaciones de la sociedad civil;
- c) Un programa de mediano y largo plazo que apunte a satisfacer la demanda de asistencia a través del sistema público;
- d) Los recursos materiales, humanos y financieros que requiere cada provincia y municipio para adecuar la capacidad instalada o crear nuevos servicios que puedan satisfacer la demanda;
- e) Un listado de las acciones necesarias para adecuar las normativas y los protocolos de fiscalización locales a fin de que los efectores privados y los provenientes de los organismos de la sociedad civil, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, se adecuen a los principios establecidos en el artículo 14° de la presente ley.

Art. 17. – Las jurisdicciones que se encuentren incorporadas al componente asistencial del plan nacional deben adecuar sus servicios de asistencia especializada y de salud mental, así como sus centros de atención primaria de la salud, a los principios establecidos en la ley 26.657, a efectos de:

- a) Evaluar las consultas que espontáneamente reciban de pacientes, familiares y 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 compulsiva;
- c) Proponer al paciente las alternativas posibles, recomendar la más adecuada y acordar con el paciente, en el marco del consentimiento informado, la propuesta de tratamiento;
- d) Llevar adelante los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, en los casos que así se determine, pudiendo ser éstos individuales, familiares o grupales según la necesidad de cada situación particular;
- e) Incluir en el plan de tratamiento estrategias que contemplen, en articulación con los otros componentes, actividades deportivas, artístico-culturales, educativas y laborales;
- f) Adoptar en el plan de tratamiento estrategias de reducción de daños, con el objeto de minimizar los problemas asociados a los consumos;
- g) Reservar un mínimo número de camas de internación, según los mecanismos que establezca la reglamentación para cada jurisdicción, para situaciones de crisis y otras que el plan de tratamiento determine, procurando que ésta sea

una medida de último recurso y por el menor tiempo posible.

TÍTULO IV

De la integración plena

Art. 18. – Cuando las personas que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el Estado las incorporará en dispositivos especiales de “integración plena”.

Art. 19. – El objetivo del componente de integración plena es superar los obstáculos de índole social a fin de que las personas puedan reintegrarse en la comunidad y llevar adelante las actividades que le permitan un desarrollo armónico consigo mismos y con su entorno. La fase de integración plena posee dos subcomponentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación de la persona. El subcomponente educativo tiene como objeto el retorno a la escolaridad, en el nivel en el que se la haya abandonado. El subcomponente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas de las personas.

Art. 20. – Serán beneficiarios del subcomponente educativo todas las personas que no hubieran completado su escolaridad primaria y/o secundaria, y hubiesen sido atendidas por consumos compulsivos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hayan sido derivadas de las instancias preventivas.

Art. 21. – Serán beneficiarios del subcomponente laboral todas las personas mayores de 18 años atendidas por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o que hayan sido derivadas de las instancias preventivas.

Art. 22. – Podrán ser incluidos en el subcomponente laboral los/as adolescentes de 16 (dieciséis) y 17 (diecisiete) años de edad cuando dicha inclusión forme parte del proyecto de reinserción socioeducativa del joven y de acuerdo a las razones debidamente fundadas por los equipos técnicos de salud o de las áreas sociales y otros organismos intervinientes. En estos casos, los organismos estatales competentes en el área de niñez, adolescencia y juventud de las zonas respectivas, realizarán el acompañamiento y la protección de derechos correspondientes.

Art. 23. – El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales para dar cumplimiento a la integración de las personas con consumos problemáticos consensuará las acciones intersectoriales con los ministerios de Educación, de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y de Desarrollo Social. Se discutirán en los respectivos consejos federales las formas para articular el ingreso de las personas en el ciclo educativo o en el ámbito laboral.

Art. 24. – En el subcomponente educativo, la autoridad de aplicación acudirá al Ministerio de Educación,

el que en el marco del Consejo Federal de Educación ha de poner en funcionamiento los dispositivos que garanticen el retorno a la escolaridad.

Art. 25. – Las medidas que podrán tomarse para que las personas completen la escolaridad obligatoria son, entre otras:

- a) La asignación de becas de estudio;
- b) El seguro de condiciones básicas y de recursos para la tarea escolar: útiles, material didáctico y libros;
- c) El diseño de espacios puente, que acompañen a los niños, jóvenes y adultos en la reinserción al sistema educativo y en el apoyo en la escuela;
- d) La designación de facilitadores pedagógicos que actúen como tutores y orienten el proceso;
- e) El fortalecimiento de las capacidades docentes mediante capacitación específicamente dirigida a comprender la problemática de los consumos compulsivos;
- f) El establecimiento de nexos con el grupo social al que pertenecen las personas afectadas, a fin de prevenir prematuramente problemas que puedan aparecer en el proceso;
- g) La articulación con las instancias asistenciales y de prevención para una eficaz integración.

Art. 26. – En el subcomponente laboral, la autoridad de aplicación acudirá al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el que en el marco del Consejo Federal de Trabajo ha de poner en funcionamiento los dispositivos que garanticen la empleabilidad de las personas beneficiarias.

Art. 27. – Las medidas que podrán tomarse para facilitar a la población objetivo el acceso a un trabajo son, entre otras:

- a) La organización de talleres, charlas y otras actividades para transmitir a las personas una cultura de trabajo formal y brindar conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores y sobre cómo enfrentar la primera etapa de desempeño laboral;
- b) La identificación y el fortalecimiento de sus potencialidades para la inserción laboral;
- c) El diseño de programas de capacitación en función de la demanda laboral.

Art. 28. – A fin de ofrecer lugares de inserción laboral a las personas en proceso de rehabilitación, la autoridad de aplicación podrá, entre otras medidas:

- a) Establecer para ellos un cupo en el plantel de recursos humanos de la administración pública central y descentralizada;
- b) Determinar que las empresas que firmen cualquier tipo de contrato con el Estado, reserven una proporción de puestos laborales para estas personas;
- c) Analizar mecanismos de estímulo a la contratación de personas en rehabilitación, entre

los que pueden establecerse reducciones o exenciones impositivas.

TÍTULO V

Disposiciones finales

Art. 29. – Los establecimientos sanitarios públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, las entidades de medicina prepaga enmarcadas en la ley 26.682, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial integral y con abordaje multidisciplinario a las personas con consumos problemáticos, acorde a lo establecido en la ley 24.455.

Art. 30. – Queda incorporada en el Programa Médico Obligatorio (PMO), la cobertura de la asistencia integral de las personas con consumos problemáticos.

Art. 31. – La Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico será la responsable, a través del Observatorio Argentino de Drogas, de realizar estudios e investigaciones por sí, o a través de terceros, sobre los consumos problemáticos de sustancias psicotrópicas, y de colaborar en la definición de las políticas de prevención, asistencia e integración de los mismos.

Art. 32. – El Poder Ejecutivo debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Plan Nacional de Prevención de los Consumos Problemáticos y de Asistencia e Integración de las Personas que los padecen.

Art. 33. – La autoridad de aplicación debe remitir anualmente un informe de lo actuado a las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Educación, de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico y Legislación del Trabajo y Previsión y Seguridad Social de la Cámaras de Diputados y sus equivalentes en la Cámara de Senadores de la Nación.

Art. 34. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 35. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Mara Brawer. – Luis E. Basterra. – María E. P. Chieno.

8

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – *Creación.* Créase el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Ico-

pro), cuya autoridad de aplicación será la que determine el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 2° – *Consumos problemáticos.* A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia química alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Art. 3° – *Objetivos.* Los objetivos del Plan Icopro son:

- a) Prevenir los consumos problemáticos mediante la actuación directa del Estado en los territorios de mayor vulnerabilidad social;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria total a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos recuperados de algún consumo problemático.

Art. 4° – *Autoridad de aplicación. Función.* La autoridad de aplicación del Plan Icopro será la encargada de coordinar las distintas herramientas del plan. Para eso, articulará las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios y secretarías nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda, para dar cumplimiento a lo dispuesto en los capítulos II, III y IV de esta ley.

CAPÍTULO II

De la prevención

Art. 5° – *Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos.* Créanse los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

A tal efecto, la autoridad de aplicación podrá elaborar acuerdos con otros ministerios del gobierno nacional, así como también con las provincias, los municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para incorporar los centros que se crean en este artículo a los espacios comunitarios ya existentes en los distintos territorios.

Art. 6° – *Integración y funcionamiento.* Los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos dispondrán de personal suficiente para llevar a cabo sus funciones y deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos.

Art. 7° – *Funciones específicas.* Son funciones de los Centros de Prevención de Consumos Problemáticos:

- a) Recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan Icopro y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos;
- b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a);
- c) Organizar charlas informativas y eventos sociales y culturales con el fin de prevenir consumos problemáticos;
- d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social las charlas informativas y las herramientas preventivas y de inclusión del Plan Icopro;
- e) Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.

CAPÍTULO III De la asistencia

Art. 8° – *Prestaciones obligatorias.* Todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la ley 24.754 y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

Art. 9° – *Derechos y garantías de los pacientes.* Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657, de salud mental.

Art. 10. – *Pautas de asistencia.* La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables

en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;

- c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por 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 los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

Art. 11. – *Consejo Federal de Salud.* La autoridad de aplicación coordinará con el Ministerio de Salud de la Nación y a través del Consejo Federal de Salud con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adhesión de las mismas a la presente ley, que permita el cumplimiento de este capítulo.

Art. 12. – *Deberes y control.* Las provincias o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran a la presente ley deberán garantizar la asistencia sanitaria a los consumos problemáticos con los parámetros que dispone el artículo 10 de esta ley. La autoridad de aplicación será la encargada de controlar el efectivo cumplimiento de la ley por parte de las provincias adherentes.

Art. 13. – *Efectores.* La autoridad de aplicación abrirá un Registro Permanente de Efectores en el que se inscribirán los efectores habilitados tanto gubernamentales como no gubernamentales dedicados al diagnóstico, deshabituación, desintoxicación, rehabilitación y prevención de los consumos problemáticos, que hayan sido debidamente habilitados para funcionar por las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los tratamientos integrales a los que refiere este capítulo sólo podrán ser realizados por los efectores inscritos en el registro.

Art. 14. – *Plazas.* Los hospitales del sistema de salud pública de las provincias que adhieran a la ley deberán garantizar la disponibilidad de camas para los casos extremos que requieran la internación del sujeto que padezca algún consumo problemático.

CAPÍTULO IV De la integración

Art. 15. – *Integración.* Cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en

riesgo el éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración.

Art. 16. – *Alternativas.* La fase de integración posee dos componentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación del sujeto. El componente educativo tiene como objeto la vuelta a la escuela, en el nivel en el que se haya hecho abandono. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

Art. 17. – *Inclusión educativa. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente educativo todos los sujetos aludidos en el artículo 15, que no hubieran completado su escolaridad primaria o secundaria, y hubiesen sido atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Art. 18. – *Inclusión educativa. Beca de estudio.* Los beneficiarios del componente educativo tendrán derecho a la percepción de una beca cuyo monto definirá la autoridad de aplicación, que servirá como incentivo y como medio para afrontar los costos de los estudios. Los beneficiarios deberán mantener la condición de alumno regular en la escuela y el no cumplimiento de este requisito hará perder el beneficio otorgado.

Una vez finalizada la escolaridad obligatoria el beneficiario dejará de percibir la beca de estudio. Sin embargo, si el sujeto siguiera estando en la situación de vulnerabilidad social a la que alude el artículo 15 de esta ley y corriese riesgo el éxito de su tratamiento, podrá requerir ser incorporado al plan de integración laboral del artículo 20.

Art. 19. – *Tutores.* Los beneficiarios del componente educativo deberán ser incluidos en los planes de tutorías que se encuentren vigentes.

Art. 20. – *Inclusión laboral. Destinatarios.* Serán beneficiarios del componente laboral todos los sujetos mayores de 18 años a las que alude el artículo 15, atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Podrán ser incluidos en el componente laboral los/as adolescentes de 16 (dieciséis) y 17 (diecisiete) años de edad por razones debidamente fundadas cuando dicha inclusión forme parte del proyecto de recuperación y de inserción socioeducativa del/la joven.

Art. 21. – *Convenios intersectoriales.* La autoridad de aplicación está facultada para firmar convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación, con organismos estatales de las provincias, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con organizaciones no gubernamentales con el fin de articular el ingreso de los jóvenes a los que se refiere el artículo 20, en los programas existentes en otras jurisdicciones.

Art. 22. – *Informaciones y orientación ocupacional.* La autoridad de aplicación debe organizar talleres, charlas y otras actividades, con el objeto de transmitir a los beneficiarios de este componente una cultura de trabajo formal, brindarles conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores e identificar y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral. La participación de los beneficiarios en todas estas actividades es gratuita.

Art. 23. – *Inscripción de programas y efectores.* Los efectores inscritos en el Registro Permanente de Efectores informarán sobre los sujetos en tratamiento que cumplen con las condiciones del artículo 20 con el fin de que sean incluidos en el componente laboral. A ellos se les sumarán los que sean derivados desde las oficinas de prevención a las que alude el capítulo II de esta ley.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Art. 24. – *Presupuesto.* El Poder Ejecutivo nacional debe incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Plan Icopro.

Art. 25. – Los Poderes Ejecutivos de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhieran el Plan Icopro, deberán incorporar en el proyecto de ley de presupuesto las asignaciones presupuestarias que de acuerdo a las obligaciones y necesidades de cada jurisdicción resulten necesarias para el cumplimiento del Plan Icopro.

Art. 26. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Art. 27. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Horacio Pietragalla Corti. – Andrés Larroque. – Eduardo E. De Pedro. – Walter M. Santillán. – Marcos Cleri. – Anabel Fernández Sagasti. – Mayra S. Mendoza. – María L. Alonso.