



PROYECTO DE LEY

CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y ASISTENCIA PÚBLICA INTEGRAL DE LAS ADICCIONES A ESTUPEFACIENTES - UNIDADES DE DESINTOXICACION Y CENTROS DE RECUPERACION DE LAS ADICCIONES Y REVINCULACION.

El Senado y Cámara de Diputados...

CAPITULO I: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y ASISTENCIA PÚBLICA INTEGRAL DE LAS ADICCIONES A ESTUPEFACIENTES

Artículo 1°.- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación o en el que el Poder Ejecutivo determine, el Programa Nacional de Prevención y Asistencia Pública Integral de las Adicciones a Estupefacientes.

Artículo 2°.- Objetivos. Son objetivos del Programa Nacional de Asistencia Pública Integral de las Adicciones a Estupefacientes.

- a) Desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la problemática de las adicciones a estupefacientes en todo el territorio nacional, que contemple diferentes modelos comprobados y avalados de intervención sobre la base de la diversidad, los variados contextos sociales y familiares donde se presentan las problemáticas, las características de la adicción y la singularidad de las personas. Se incluyen todo tipo de adicciones, coordinando acciones con planes y programas en vigencia;
- b) Fortalecer y capacitar a los servicios de salud mental y centros de salud de carácter público, existentes en los ámbitos nacional, provincial y municipal, con el objeto de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demandan asistencia por padecer problemas de adicción;
- c) Establecer mecanismos de sostenimiento y dispositivos de apoyo continuo al personal de salud a cargo de atender la problemática.
- d) 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;
- e) Impulsar la investigación y la docencia en materia de adicciones;
- f) Asegurar la calidad de las prestaciones;
- g) Coordinar el accionar del Programa con las áreas de desarrollo social, trabajo, educación, cultura, deporte, derechos humanos y otras necesarias para un abordaje intersectorial;
- h) Incorporar el modelo de reducción de daños;
- i) Asistir financieramente a las jurisdicciones que adhieran al presente Programa Nacional de Asistencia Pública Integral de las Adicciones.



Artículo 3°.- Definición de la asistencia a las adicciones. 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 afectadas.

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

Artículo 5°.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud de la Nación.

Artículo 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 a Estupefacientes, para el abordaje de la problemática 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, entre los que deberán incluirse la implementación de convenios con empresas nacionales, para que las mismas incorporen personas en proceso de reinserción social;
- d) Desarrollar en su ámbito un área destinada a la investigación, docencia, asesoramiento y capacitación en materia de adicciones, debiendo incorporarse en las Universidades Nacionales y centros de estudios terciarios oficiales que dicten carreras vinculadas a la salud, planes de estudios adecuados para las carreras de los profesionales y técnicos integrantes del Sistema Público Integral de Asistencia de las Adicciones a Estupefacientes;
- 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 detección de variables e indicadores, tales como condicionamientos psicológicos, sociales, intergeneracionales y económicos de la incidencia



y prevalencia de los mismos en las adicciones, y la eficacia de las respuestas asistenciales.

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 de salud 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.

h) Procurar el pasaje del actual sistema atomizado a uno integrado, introduciendo los criterios de equidad, eficacia social y epidemiológica, participación, descentralización y regionalización.

Artículo 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 con capacitación adecuada para la atención específica de la problemática de las adicciones, y de los servicios de salud mental relacionada con las adicciones; asimismo deberá informar la existencia de espacios físicos disponibles para la instalación de equipos y pacientes potenciales.

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.

Artículo 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 el tratamiento a seguir, el que debe contemplar las características singulares de la persona, el contexto social y familiar en que la misma se encuentra inserta y las características específicas de la relación adictiva;

c) Proponer al paciente las diversas alternativas sanitarias posibles y recomendar la más adecuada;

d) Incluir en el plan de tratamiento estrategias que contengan actividades deportivas, artístico-culturales, educativas, así como también la incorporación en programas laborales y/o de acción social;

e) Incluir en el plan de tratamiento estrategias de reducción de daños con el objeto de minimizar los daños asociados al problema de adicción;

f) Acordar con el paciente, en el marco del consentimiento informado la propuesta de tratamiento. La aceptación del tratamiento bajo el marco del presente Programa, conlleva la obligación de brindar los informes que se requieran al paciente con fines estadísticos, salvaguardando su privacidad e intimidad, con el objeto exclusivo de mejorar los dispositivos



de atención sanitaria y prevención de adicciones.

g) Llevar adelante los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, en los casos que así se determine, pudiendo ser éstos individuales, familiares, grupales, en los diversos dispositivos existentes, según la necesidad de cada situación particular;

h) Asegurar la existencia de infraestructura adecuada que sea necesaria para cada una de las alternativas terapéuticas que el plan de tratamiento determine, procurando que para el caso que proceda una internación por indicación del profesional tratante, esta sea una medida de último recurso y por el menor tiempo posible.

Artículo 9°.- Transferencia de fondos de Nación a jurisdicciones. 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 y el detalle específico de la demanda atendida o bajo tratamiento.

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

a) Asegurar el acceso de todas 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 el recupero de dichos costos por parte de las jurisdicciones a terceros obligados, en función de las coberturas de salud que tenga el paciente.

b) Mantener el presupuesto propio para el funcionamiento de los servicios, incluyendo la planta de trabajadores de salud mental, centros públicos especializados y centros de atención primaria de la salud con equipos interdisciplinarios que consten en el relevamiento establecido en el artículo 7°, inciso b);

c) Incorporar exclusivamente por mecanismos de selección, objetivos y transparentes, y de acuerdo a las necesidades determinadas en el informe establecido en el artículo 7°, inciso c), a profesionales psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, agentes sanitarios, y otros profesionales del campo médico y psicosocial, de acuerdo a las características y necesidades de cada contexto socio- sanitario;

d) Garantizar la capacitación permanente de profesionales y técnicos integrantes del Sistema Público Integral de Asistencia de las Adicciones, a través de su participación en las acciones de investigación, docencia y asesoramiento de la problemática de las adicciones que desarrolle la autoridad de aplicación;

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



ley;

f) Coordinar con el área de Derechos Humanos o similar de cada jurisdicción, la verificación del cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas que se encuentren bajo asistencia por problemas de adicciones;

g) Prever mecanismos de integración evitando la segregación, discriminación y exclusión con las áreas de educación, cultura, trabajo, deportes y desarrollo social.

Artículo 11°.-Transferencia. La Nación transferirá anualmente los fondos necesarios a las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran al presente Programa Nacional de Prevención y 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 7°, incisos c), de la presente ley.

Artículo 12°.-Asignaciones presupuestarias. Anualmente, el Poder Ejecutivo debe incorporar en el proyecto de Ley de Presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del Programa Nacional de Prevención y Asistencia Pública Integral de las Adicciones. También debe contemplar la reasignación progresiva de los recursos que actualmente se destinan a becas para tratamiento.

Artículo 13°.-Obras sociales y prepagas. 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 8° de la presente ley.

CAPITULO II: UNIDADES DE DESINTOXICACION HOSPITALARIAS

Artículo 14°.- De la creación de Unidades de Desintoxicación (UD) en Hospitales públicos. Dispóngase la creación de Unidades de Desintoxicación Hospitalarias adjuntas a los hospitales públicos nacionales con el objeto de brindar asistencia sanitaria y gratuita a toda persona dependiente de cualquier sustancia adictiva, que presente una dependencia psicofísica muy severa o presencia de patología orgánica que aconseje una supervisión permanente.

Artículo 15°.- Definición. Las Unidades de Desintoxicación (UD) son dispositivos específicos destinados a la desintoxicación de los usuarios de cualquier droga o sustancia de abuso, que presentan problemas de salud y que requieren por tanto un estrecho control y cuidados médicos. A los fines de esta ley se entiende por “desintoxicación” al proceso agudo destinado a remontar los fenómenos de abstinencia por el cual pasa todo adicto a las drogas que interrumpe el consumo de las mismas, hasta que su organismo vuelve a un estado estable



y autorregulado de funcionamiento.

Artículo 16°.- Adscripción. Las Unidades de desintoxicación hospitalaria se adscribirán a los hospitales Públicos perteneciente al Estado Nacional y a los provinciales y municipales que adhieran a la presente, dependiendo de los mismos orgánica y estructuralmente. Las UD estarán aisladas del resto de la estructura hospitalaria contando con todas las instalaciones necesarias para el desarrollo pleno y eficaz de su objetivo. Asimismo, la autoridad de aplicación celebrará convenios con Hospitales públicos locales, Sanatorios y Clínicas de gestión privada de todo el país, para la implementación de Unidades de Desintoxicación en los mismos.

Artículo 17°.- Para el número de Unidades de Desintoxicación a instalarse en cada hospital se tomará en consideración la densidad poblacional, demanda del servicio y existencia de núcleos de riesgo.

Artículo 18°.- Equipo interdisciplinario. Cada Unidad de Desintoxicación contará con un equipo interdisciplinario idóneo conformado por médicos especialistas en psiquiatría, médicos residentes en psiquiatría, médicos toxicólogos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios, y otros profesionales del campo médico y psicosocial que se consideren necesarios, personal administrativo y de seguridad.

Artículo 19°.- Capacitación y formación del personal. Se deberá garantizar la capacitación y formación de todo el personal, así como su permanente actualización en drogodependencias y en otras alteraciones psicológicas y trastornos psiquiátricos asociados a pacientes toxicómanos.

Artículo 20°.- Protección especial al personal. El Ministerio de Salud junto con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo deberán disponer un programa especial de educación y prevención, contención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial para todo el personal involucrado en la atención de las Unidades de Desintoxicación.

Artículo 21°.- Acceso. El acceso de pacientes a las Unidades de Desintoxicación, se realizará directamente o bien por derivación desde cualquier otro efector de Salud. El paciente podrá ser admitido para su tratamiento, por voluntad propia; por orden judicial; solicitud del representante legal en caso de menores de edad; o a pedido de los familiares -ascendientes, descendientes y parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad-, de personas convivientes y/o tutores, curadores o apoyos, ante el riesgo probable de que la persona se dañe a sí misma o a terceros, o que la misma no tenga conciencia cabal de situación, producto de su estado de alienación .

Será obligatorio para todas las Unidades de desintoxicación, adoptar las medidas sanitarias necesarias para brindar una atención inmediata e integral del paciente, y deberá notificarse la misma dentro de las 24 horas, al Juez especial de Prevención y Tratamiento de las Adicciones o el que tenga competencia en razón de la jurisdicción y la materia, a fin de efectuar el efectivo control de legalidad de dicha internación. Previo dictamen pericial y traslado a la Defensoría oficial o particular, si existiere, el Juez evaluará la procedencia de mantenimiento



de la internación con la mayor premura del caso por el menor plazo posible. Todo recurso interpuesto contra la misma, por parte del presunto afectado tendrá efecto devolutivo.

El personal de salud deberá explicar de manera clara, precisa y adecuada, la gravedad y riesgo de su estado de salud, el procedimiento adecuado para su atención inmediata, así como el pronóstico desfavorable ante la ausencia de atención inmediata. En caso de existir patologías o trastornos de personalidad asociados, es obligación del personal de la salud, informar al paciente y a sus representantes o apoyos, las características e incidencias de dicha situación en los tratamientos sugeridos.

En el caso de las personas menores de edad, sin perjuicio de la intervención del representante legal, debe respetarse el derecho de los niños, niñas y adolescentes a opinar y ser escuchados de acuerdo a su capacidad y madurez.

Artículo 22º.-Alta y derivación. Los pacientes ingresados en las Unidades de desintoxicación permanecerán en el tratamiento hasta que los profesionales médicos de la unidad consideren que se ha completado satisfactoriamente la desintoxicación. Una vez obtenida el alta los pacientes serán derivados a instituciones especializadas en rehabilitaciones de conductas adictivas, para continuar con el proceso de recuperación y reinserción social.

Artículo 23º.- Atención a las familias. Las Unidades de Desintoxicación brindarán diversas actividades de apoyo y orientación a las familias de los pacientes internados sobre prevención y tratamiento de adicciones.

Artículo 24º.- Protocolos de atención. La autoridad de aplicación creará y reglamentará los Protocolos, Guías y Recomendaciones Clínicas correspondientes a las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias.

Artículo 25º.-Adhesión. Invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

CAPITULO III: CENTROS DE RECUPERACION DE LAS ADICCIONES Y REVINCULACION SOCIAL

Artículo 26º- Creación. Dispóngase la creación de Centros dedicados al tratamiento para la recuperación de las adicciones y revinculación familiar, laboral y social de las personas adictas, que hubieran completado previamente, el respectivo tratamiento de desintoxicación. Los mismos tienen como función, acompañar al adicto hasta su recuperación psicofísica y su incorporación a la sociedad, restableciendo los vínculos afectivos y sociales necesarios para su desarrollo humano saludable; así como su incorporación o reinserción en el ámbito laboral y/o profesional.

Artículo 27º- Tratamiento gratuito garantizado. La Autoridad de aplicación, deberá garantizar las plazas necesarias para que todos los habitantes de la Nación con problemas de adicción, tengan la posibilidad de recibir tratamiento gratuito en un Centro de Recuperación y Revinculación Social, a lo largo de todo el territorio nacional; manteniendo una cercanía razonable al domicilio de pertenencia o en donde residiera el familiar o persona a cargo. A cuyo fin, la autoridad celebrará los convenios correspondientes con las jurisdicciones que adhieran a la presente ley, en un todo de acuerdo con los artículos 9º y 10º de la presente ley.



Artículo 28°- Equipo profesional. El tratamiento brindado en los Centros, será llevado adelante por un equipo interdisciplinario de profesionales universitarios y técnicos especializados en cada tarea; y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, y de asistencia social. Pudiendo prestarse en forma ambulatoria, con o sin retiro, con internación o alternativamente, según el caso lo requiera.

Artículo 29°- Prestaciones. Los Centros contarán con las siguientes prestaciones:

- a) Gabinete interdisciplinario de diagnóstico y recepción;
- b) consultorios externos, con equipos de interconsulta permanente;
- c) plazas disponibles para brindar servicio de Hospital de día, Hospital de noche e internación sin retiro;
- d) unidades de intervención en crisis y urgencias;
- e) equipos especializados en niñez y adolescencia;
- f) locaciones bajo su dirección y monitoreo a fin de implementar el sistema “casas de medio camino”;
- g) capacitación laboral y talleres de artes y oficios;
- h) cuerpo de acompañantes terapéuticos;
- i) equipo de seguimiento de trabajadores sociales, que le presten la ayuda que las personas que culminen el tratamiento requieran; tanto económica, como de reinserción laboral, familiar y comunitaria.

Artículo 30°- Modalidades de tratamiento. Llegado el paciente a un Centro, sea por derivación de una unidad de desintoxicación, de otro Centro, sea por propia voluntad, solicitud de un familiar, conviviente o representante legal, y/o por derivación de un Juez especial de Prevención y Tratamiento de las Adicciones, será diagnosticado por el Gabinete interdisciplinario de diagnóstico y recepción, que establecerá las condiciones y modalidades de tratamiento a seguir en el Centro. Pudiéndose recomendar la modalidad de:

- a) Hospital de día, para aquellos casos que el diagnóstico médico así lo permita y posean un lugar de residencia apto y un grupo familiar que le ofrezca la contención necesaria para el éxito del tratamiento;
- b) Hospital de día y Hospital de noche, para aquellos que no posean lugar de residencia apto y un grupo familiar que le ofrezca la contención necesaria para el éxito del tratamiento;
- c) Hospital de noche con tratamiento en consultorios externos durante el día, para aquellos que estén en condiciones y les fuera recomendable mantener actividades diarias fuera del Centro, sean laborales, educativas, de esparcimiento, artísticas, o sociales en general, pero no posean lugar de residencia apto y un grupo familiar que le ofrezca la contención necesaria para el éxito del tratamiento;
- d) Tratamiento en consultorios externos, cuando la etapa del tratamiento así lo permita;
- e) Internación sin retiro, cuando la gravedad de la adicción lo hiciera necesario;
- f) Sistema de “casas de medio camino”, como etapa subsiguiente a la externación o a la modalidad de Hospital de noche.

En todos los casos, se incorporarán progresivamente, capacitación laboral y talleres de artes



y oficios, de acuerdo a la instancia de recuperación que estuviera transitando el paciente.

Artículo 31°- Los tratamientos psicológicos o psiquiátricos que en cada caso se determine, podrán ser individuales, familiares o grupales. El cambio de una modalidad a otra de tratamiento, deberá ser recomendado por los profesionales a cargo del tratamiento de cada paciente, autorizado por el Gabinete interdisciplinario de diagnóstico y recepción.

Artículo 32°- Propuesta de tratamiento. En cada caso, se deberá acordar con el paciente o el representante legal, la propuesta de tratamiento; salvo en los casos en que existiera una orden judicial, o un pedido expreso de los familiares y/o de personas convivientes, ante el riesgo probable de que la persona se dañe a sí misma o a terceros, o que la misma no tenga conciencia cabal de situación, producto de su estado de alienación. En estos últimos supuestos, de ser necesario llevar adelante un tratamiento sin consentimiento expreso del paciente, será obligatorio para el Centro receptor del paciente, dar inmediata intervención al Juez especial de Prevención y Tratamiento de las Adicciones, o el que tenga competencia en razón de la jurisdicción y la materia, en los términos y a los mismos fines de lo dispuesto por el art. 21 de la presente.

En el caso de los menores de edad, sin perjuicio de la intervención del representante legal, debe respetarse el derecho de los niños y adolescentes a opinar y ser escuchados.

Artículo 33°- Casas de medio camino. Las “casas de medio camino” deberán ser instrumentadas bajo la dirección y monitoreo directo de los profesionales de cada Centro, debiendo contar con un acompañante terapéutico durante el día, y con la asistencia del equipo de seguimiento de trabajadores sociales del mismo. Podrán habitar en una misma residencia, más de una persona en tratamiento, si fuera recomendable; pero la cantidad de conviviente no podrá superar la cantidad de tres pacientes, en forma simultánea.

Artículo 34°- Dirección. Los Centros estarán dirigidos por un profesional universitario de las carreras de psiquiatría, psicología o medicina, que exhiba preparación y experiencia en adicciones, previo concurso de posiciones y antecedentes.

Artículo 35°- Gabinete interdisciplinario de diagnóstico y recepción. El Gabinete interdisciplinario de diagnóstico y recepción, deberá estar integrado por al menos un profesional universitario de las carreras psiquiatría, de psicología y de medicina, que exhiban preparación y experiencia en adicciones, previo concurso de posiciones y antecedentes, los que deberán dictaminar en conjunto para cada caso; debiendo contar con una cantidad de profesionales que sean necesarios en proporción a la cantidad de pacientes del Centro.

Artículo 36°- Capacitación permanente. La Autoridad de aplicación procurará que todos los profesionales, técnicos y agentes de la salud que presten funciones en los Centros, se capaciten y actualicen sus conocimientos en materia de adicciones en forma permanente.

Artículo 37°- Sustitúyase el artículo 4° de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios



de salud, las que se deben considerar complementarias a las obligaciones, derechos y garantías que se establecen en la ley específica de creación del Programa Nacional de Prevención y Asistencia Pública Integral de las adicciones a estupefacientes.

Artículo 38.- Sustitúyase el artículo 27° de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 27. — Los hospitales o centros de atención especializados en psiquiatría y salud mental, o adicciones, públicos o privados deben adaptarse a los principios y objetivos expuestos por la presente ley, debiendo garantizar todos los dispositivos de atención que resulten necesarios para el adecuado tratamiento del paciente con afecciones en su salud mental. Queda prohibida la creación de instituciones monovalentes que incumplan los estándares de la presente norma. En los supuestos que proceda la adaptación o sustitución de instituciones para adecuarse normativamente, en ningún caso implicará reducción o merma de personal.

Artículo 39°.- Adhesión. Invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Artículo 40°.- De forma.-

PAULA OLIVETO LAGO
JUAN MANUEL LÓPEZ
VICTORIA BORREGO
MAXIMILIANO FERRARO
MARCELA CAMPAGNOLI



FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente proyecto tiene como antecedente al expediente N° 798-D-2023 de la Diputada, con mandato cumplido, Mariana Stilman y, a su vez, a proyectos impulsados y presentados por la diputada Elisa Carrió desde el año 2012, acompañados y representados sucesivamente por los integrantes del bloque de la Coalición Cívica, mediante los Expedientes 4056-D-2012, 1341-D-2014, 0344-D-2016, 540-D-2018 y 1367-D-2021. El mismo tiene la intención de abordar la problemática de adicción y abuso de estupefacientes desde la prevención y asistencia integral de la problemática de las adicciones, en el marco del respeto de sus derechos personalísimos, atendiendo como fin principal su restablecimiento y recuperación. Este proyecto se complementa con el proyecto de modificación de ley 23.732 impulsado simultáneamente, que primigeniamente fuera presentando conjuntamente con el presente en el marco de la lucha contra el narcotráfico, la despenalización del consumo como principio de reserva del individuo, y las medidas curativas para los adictos a estupefacientes que resultan sometidos a proceso penal por serle imputado algún delito.

Si bien las referidas son diferentes problemáticas que hemos venido trabajando desde hace años, mediante la elaboración de informes y la presentación de diversos proyectos parlamentarios, con el presente proyecto y sus proyectos complementarios, buscamos hacer un abordaje integral de todos ellos. Y lo hacemos en atención al verdadero alcance que tiene el exhorto que efectuara el Máximo Tribunal de Justicia de la Nación, dándole un completo tratamiento.

En efecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en su fallo: "Arriola, Sebastián y otros s/causa n°9080", de fecha 25 de agosto de 2009, hizo lugar al planteo de inconstitucionalidad del art. 14, segundo párrafo, de la ley 23.737, pero a su vez, realizó varias consideraciones sobre esta compleja problemática, que obligan a reabrir el debate en el Parlamento a fin de considerar todas las aristas del problema.

En tanto la discusión que se ha iniciado respecto a los estupefacientes, no puede darse desde un único aspecto, soslayando el deber que tiene el Poder Legislativo de proporcionar el andamiaje jurídico que permita a los habitantes de nuestro país, exigir y gozar de sus derechos constitucionales en relación a la prevención de las adicciones, su tratamiento y la lucha en contra del narcotráfico, que día a día pone en riesgo y vulnera sus derechos personalísimos más elementales. El flagelo de las drogas tiene muchas complejidades y abordarlas con la amplitud y responsabilidad que requiere el caso, es un deber irrenunciable de este Honorable Congreso.



En este sentido, el presente proyecto comienza incorporando en su Capítulo I el "PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA PÚBLICA INTEGRAL DE LAS ADICCIONES", propuesta que fuera tomada de la media sanción que esta Cámara aprobó el 18 de Noviembre de 2009, mediante el voto de Diputados y Diputadas de todos los bloques, tanto de la oposición como del oficialismo; con la finalidad de desarrollar un sistema público de asistencia universal y gratuita para el abordaje de la problemática de las adicciones en todo el territorio nacional y fortalecer el sistema de salud público existente en los ámbitos nacional, provincial y municipal, con el objeto de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, de las personas que demandan asistencia por presentar problemas de adicción. Propuesta que creemos necesario volver a impulsar hasta lograr sea sancionada como ley nacional.

La falta de recursos y ámbitos adecuados para el abordaje de esta problemática ha causado daños irremediables, y ha generado la creación de numerosos espacios informales de tratamiento, los cuáles no cuentan con la habilitación y controles necesarios, pero que son establecidos ante la gran demanda existente de dispositivos adecuados y suficientes para cubrir necesidades de la población.

Que por su parte, el necesario proceso de desmanicomialización de enfermos bajo tratamientos crónicos, exige una readaptación de los dispositivos sanitarios, a fin que todos ellos actúen de manera articulada y coordinada, no solo en las áreas urbanas, sino en los sectores alejados a estos centros urbanos.

Que paradójicamente nuestro país tiene un porcentaje alto de profesionales de la salud, en relación a la población, con relación al resto de los países, pero ese porcentaje decrece ampliamente en otras áreas no urbanas. Obviamente la calidad de la prestación es dispar, y al alejarnos de los grandes centros urbanos, es difícil encontrar psiquiatras y psicólogos, profesionales indispensables para abordar la problemática.

Que entonces, el enfoque que hace hincapié en las características de estas personas como sujeto pleno de derecho, debe tener un correlato cierto con la posibilidad real de que sus derechos de acceso al tratamiento adecuado sea efectivo, pues de lo contrario hablamos de derechos en abstracto, y no de la satisfacción integral de sus derechos personales. Las madres y demás seres queridos que deambulan por pasillos, hospitales y tribunales buscando respuestas para la atención de sus hijos, lejos están de considerarlos como sujetos plenos de derecho, pero necesitan una respuesta para el restablecimiento de su salud. Necesariamente entonces, debe incorporarse el enfoque de vulnerabilidad social, porque no es lo mismo una familia con recursos y cobertura de salud, a una familia que no cuenta con ello.

La salud mental, en general, y en particular, en materia de adicciones, requiere profesionalismo y un abordaje interdisciplinario. Las prohibiciones introducidas por la Ley de Salud Mental, aplicada a las adicciones de forma residual, si bien han trazado una línea



clara y evidente, frente a lo que no debemos tolerar (la denominada “manicomialización”, como un modelo de internaciones indefinidas, muchas veces innecesarias), resultan al menos, insuficientes; en tanto la realidad nos obliga a buscar respuestas en políticas de salud eficaces y concretas, para abordar al problema en todas sus aristas. Lo que conlleva a la necesidad de sancionar una ley específica para el tratamiento de las adicciones.

Con ese objetivo incorporamos en los Capítulos II y III, la creación de las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias y los Centros de Recuperación de las adicciones y Revinculación Social, a fin de garantizar el tratamiento adecuado y gratuito para todos los habitantes de la Nación.

Las primeras, que deben estar ubicadas en los hospitales generales públicos, sanatorios y clínicas, dependiendo de los mismos orgánica y estructuralmente, pero aisladas del resto de la estructura hospitalaria contando con los profesionales y todas las instalaciones necesarias para el desarrollo de su objetivo. Se tratan de unidades destinadas a la desintoxicación de los usuarios de cualquier droga o sustancia de abuso, a lo largo del proceso agudo destinado a remontar los fenómenos de abstinencia por el cual pasa todo adicto a las drogas que interrumpe el consumo de las mismas, hasta que su organismo vuelve a un estado estable y autorregulado de funcionamiento.

Los segundos, Centros dedicados al tratamiento para la recuperación de las adicciones y revinculación familiar, laboral y social de las personas adictas, los cuales tienen como función, acompañar al adicto hasta su recuperación psicofísica y su incorporación a la sociedad, restableciendo los vínculos afectivos y sociales necesarios para su desarrollo humano saludable; así como su incorporación o reinserción en el ámbito laboral y/o profesional.

En la actualidad, existen diversas razones que hacen que la mayoría de los adictos, principalmente de clases medias y bajas, no puedan recibir un tratamiento adecuado. La principal es sin dudas, la falta de instituciones en condiciones de brindar ambos tratamientos en forma gratuita e integral para todo aquel que lo necesite. Lo que venimos a intentar saldar con las disposiciones referidas y contribuir a través de la creación de este programa de alcance nacional.

Y en tanto los recursos presupuestarios, económicos o de infraestructura para tratar adecuadamente a los adictos, no sean suficientes, esto debe cambiar drásticamente, debiendo además celebrarse distintos convenios con los prestadores de salud privados en lo inmediato, así como dar impulso a la creación de nuevos dispositivos de atención.

Este Congreso Nacional ha recibido en innumerables oportunidades, el reclamo de madres, padres y allegados de enfermos que nos reclaman actuar atendiendo a la dura realidad de lo que les toca vivir, reclamando por la ausencia de respuesta estatal ante las características de esta problemática.

Por otro lado, luego de escuchar a los profesionales en el tema, a los familiares e incluso, a los propios adictos en proceso de recuperación, contemplamos que muchas veces, el adicto se niega a aceptar o continuar un tratamiento en forma voluntaria, ya que no tienen conciencia



de su estado de situación y no están en condiciones de afrontar o sostener una decisión en pos de su bienestar.

Por lo cual, entendimos que en algunos casos, es necesario considerarse el tratamiento por prescripción médica, aún sin contar con la voluntad del paciente, como única forma de evitar graves daños en la salud del paciente, e incluso, su muerte por sobredosis o suicidio. Medida que deberá ser avalada por un juez de un fuero específico para la materia de adicciones, a fin de garantizar los derechos personalísimos del paciente.

En noviembre del año 2010 se sancionó la Ley de Salud Mental N° 26.657, que mediante el artículo 4° incluye a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, a quienes le otorga todos los derechos y garantías que se establecen en dicha presente ley en su relación con los servicios de salud. Pero resulta que un su articulado restringe los tratamientos a pedido de un familiar sólo para situaciones muy excepcionales, previendo una intervención judicial que en el estado actual de las cosas, resulta de imposible aplicación.

Para poner en concreto lo que desde un escritorio parece sencillo, las madres nos han relatado a los legisladores, en el marco de la reunión informativa convocada por la Comisión de Narcotráfico y Adicciones de esta Cámara durante el mes de febrero pasado, que los doctores de guardia le comunican al paciente que tiene derecho a decidir no permanecer bajo tratamiento y control médico, pues estando “estabilizado”, se hace hincapié en “su derecho a no permanecer internado”; muchas veces, por la falta de capacidad hospitalaria y carencia de profesionales capacitados, muchas otras por temor a denuncias penales ante el estándar que exige que el profesional asegure la existencia de un “riesgo cierto e inminente”. A lo que se suma la exigencia de convalidación de la prescripción médica, por parte de un juzgado, en un plazo más que exiguo, incumplido la mayoría de las veces. Lo que termina configurando una política de abandono por parte del Estado.

Esta grave circunstancia afecta mayormente a familias de escasos recursos que no cuentan con dispositivos de atención en sus barrios ni respuestas estatales efectivas, y que, su experiencia les indica que el episodio volverá a suceder, con mayor o menor impacto.

Pocos o nulos los casos en que desde el servicio médico se trata de explicar la gravedad de la situación e incluso, la necesidad imperiosa de una internación para mejorar el estado de salud del paciente, y permitir que recobre su actividad familiar, social, y familiar.

Esta problemática impacta también sobre las familias e hijos, pues las conductas inestables, los episodios psicóticos, dan lugar a denuncias de violencia familiar.

En las JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHO celebradas al cumplirse ya el primer año de sancionada la referida ley de salud mental, se pusieron de manifiesto , serias dificultades al respecto: “La Dra. Celia Giordanino disertó sobre los aspectos procesales. “Me voy a referir en especial al capítulo 7, que aborda las internaciones y en particular al artículo 21, que trata de las internaciones involuntarias y es el que más complica en cuanto a los plazos en relación al derecho procesal. Este artículo presenta un plazo de 10 horas, algo que prácticamente no existe en el derecho procesal, para comunicar al juez competente y al organismo de revisión. Además, en el último párrafo se



cercena el derecho del juez a ordenar cualquier internación”.

Por último, la Dra. María Grosso abordó el tema del impacto de la Ley 26657 en el sistema de salud mental: “Todos los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires están judicializados, se presentan a diario amparos y habeas corpus. En salud mental se agrega que asisten al paciente internado de ocho a catorce personas, ven la historia clínica y hacen saber su opinión al paciente. Durante este tiempo se le quita a la atención y se viola el derecho a la intimidad y el secreto médico. Toda esta situación complica el tratamiento y en mi caso en particular, mi función pasó de gestionar el sistema de salud mental a contestar oficios judiciales”.

Por lo mismo, la intervención judicial no debe eliminarse pero debe disponerse de un modo que no redunde indefectiblemente, en la vulneración de la salud de los pacientes que requieren atención por adicciones sin dilaciones.

No están dadas las condiciones para exigir a las instituciones el cumplimiento del exiguo plazo de 10 horas prescripto por la ley, tampoco resultan tiempos procesales habituales por parte de los juzgados, el plazo de 48 horas. Lo que en definitiva no debe impedir u obstaculizar la atención inmediata de un paciente, dentro de un marco de respeto a sus derechos personalísimos, con el debido contralor judicial posterior.

Entendemos que los derechos y garantías de los pacientes, no debe traducirse en mayor burocratización, debiéndose brindar el apoyo y la confianza necesarios a los profesionales actuantes, cuya labor es estar cerca del paciente y sus familias. Por principio y juramento hipocrático, son quienes están capacitados para decidir en pos del bienestar del paciente y han jurado actuar de esa manera y no para causarle un perjuicio; como pareciera surgir de la mirada -demonizante- de una ley que a más de 10 años, ha quedado demostrado, no ha sabido brindar las respuestas que pretendió brindar.

Huelga señalar que hoy, la mayoría de quienes sufren algún tipo de problema de salud mental, siguen siendo abandonados por el Estado, quizás no tanto en los neuropsiquiátricos, pero mucho más en las calles o en las cárceles y comisarías, por delitos cometidos como consecuencia del ingreso en el mundo de las adicciones.

Entendemos que se debe dejar a consideración del equipo de profesionales interdisciplinario, la conveniencia de los distintos tratamientos para la apropiada recuperación del paciente. Incluyendo, de acuerdo a la gravedad del caso, la posibilidad de una internación involuntaria, ante la solicitud de un familiar o persona a cargo, que son quienes –salvo reducidas excepciones- buscan el bienestar de su ser querido.

Como sociedad, debemos confiar en el criterio del personal médico que se ha capacitado y tiene título habilitante, para valorar esta circunstancia, aún coincidiendo en que la internación debe proceder siempre como último recurso, criterio que no se modifica. De hecho, la realidad indica que ante la carencia de recursos disponibles, no hay argumentos reales para suponer que los profesionales ordenarán tratamientos compulsivos, sin necesidad.

Lo que intentamos afirmar, es que último recurso no implica nulo o inexistente, ya que como



se ha manifestado a lo largo de las jornadas presenciales realizadas en febrero del año en curso, las madres reclaman mayores accesos para la internación de sus hijos, pues vislumbran que es el único camino para su recuperación.

Por lo que se propone la posterior intervención de un juez especializado, a fin de controlar la legalidad de la medida compulsiva que médicamente sea recomendable, con intervención de quien represente la defensa de los intereses del paciente. Control que nunca obstará a la prestación oportuna del tratamiento, debiéndose reconocer la autoridad del profesional idóneo que, en definitiva, es garante de la salud e integridad física del paciente.

El Dr. Eduardo Zannoni, juez de la Cámara Civil también se expidió en las referidas jornadas, en un sentido que sintetiza la problemática que venimos a abordar: “Soy crítico de este modo de legislar al que nos tiene acostumbrados el Congreso en estos últimos años, en esta ley se desconfía de los jueces y policías (se quiso dejar sin efecto el artículo 482 del Código Civil que permitía intervenir a la Policía para que los jueces determinen la internación de una persona con un debido proceso). También se desconfía de los psiquiatras que requieren de otras personas para hacer un razonamiento ecuánime. En lo que hace a la estructura del servicio de salud mental, con la ley nada cambió, no hay recursos suficientes, los hospitales carecen de pabellones adecuados para el tratamiento de la salud mental. No hacen falta tantas leyes sino recursos. Esto es un problema de ejecución, no de legislación”.

Y en tal sentido buscamos devolver a cada profesional, órgano o institución, sus facultades y sus responsabilidades ante la problemática, poniendo en primer plano al paciente; haciendo una propuesta en pos de resolver la carencia de recursos concretos, que puede hacerse también desde la sanción de una ley que obligue realizar la inversión necesaria.

Para lo cual, también seguimos insistiendo en que se hace imperioso crear sin demoras, un fuero especializado en adicciones, en tanto se trata de una problemática que supera actualmente el fuero civil, en cuanto al cúmulo de tareas y la celeridad y especializaciones requeridas.

Por todas las consideraciones expuestas, solicito la aprobación del presente Proyecto de Ley.

PAULA OLIVETO LAGO

JUAN MANUEL LÓPEZ

VICTORIA BORREGO

MAXIMILIANO FERRARO

MARCELA CAMPAGNOLI