

Proyecto de Ley de Compromiso Nacional contra la Pasta Base de Cocaína (PBC)

Artículo 1º: Sistema Nacional de rehabilitación y reinserción:

Créase el Sistema Nacional de Rehabilitación y Reinserción de adictos a la Pasta Base de Cocaína (PBC). Este sistema tendrá carácter gratuito y universal. El sistema nucleará a todos los centros de internación del país (estatales y privados) con la finalidad de coordinar acciones entre todas las instituciones y organismos del Estado vinculadas con la rehabilitación e inserción social de adictos a la PBC. Su integración y conformación estará dentro de la esfera de competencias de la Junta Nacional de Drogas.

Artículo 2º: Comisión Nacional de Lucha Contra las Toxicomanías

Transfiérase la Comisión Nacional de Lucha Contra las Toxicomanías y sus competencias desde el Ministerio de Salud Pública, a la esfera de competencias de la Junta Nacional de Drogas, a los efectos de una mejor coordinación y funcionamiento.

Artículo 3º: Fondo Nacional de Lucha Contra la Pasta Base

Créase el Fondo Nacional de Lucha Contra la Pasta Base para el financiamiento del Sistema Nacional de Rehabilitación y Reinserción de adictos a la Pasta Base de Cocaína (PBC). El Fondo se nutrirá de recursos presupuestales y fondos de cooperación internacional. La administración del Fondo corresponderá a la Junta Nacional de Drogas. El fondo Nacional de Lucha Contra la Pasta Base financiará el tratamiento de cada adicto, según establezca per capita la Junta Nacional de Drogas.

Artículo 3ºBIS. Plan Estratégico Nacional para la Lucha contra la Pasta Base

La Junta Nacional de Drogas deberá formular un Plan Estratégico Nacional para la Lucha Contra la Pasta Base siguiendo las directrices establecidas en esta ley, dentro de los 100 días de aprobada.

El Plan Estratégico Nacional deberá incluir:

- a) Una campaña de difusión pública y en el sistema educativo de los problemas de las adicciones a la Pasta Base de Cocaína.
- b) La coordinación de acciones entre centros de rehabilitación públicos y privados, así como de organizaciones especializadas en adicciones a la PBC.
- c) Establecer un plan de emergencia para dar capacidad para iniciar el tratamiento de internación de al menos 500 pacientes incluyendo centros propios del programa así como también convenios con organizaciones no gubernamentales de trayectoria en el medio.
- d) Un plan educativo elaborado conjuntamente con la UTU y los programas de capacitación del Instituto Nacional de Empleo.
- e) La capacitación de los oficiales de Policía, para realizar el abordaje primario y poder hacer un diagnóstico clínico presuntivo de consumo de pasta base de cocaína.
- f) Implementar que el informe que se eleva al juez lleve un ítem sobre diagnóstico clínico presuntivo de consumo de pasta base de cocaína.
- g) Se generará un protocolo de derivación, para aquellos adictos que sean detectados en los diversos centros de salud del país, coordinando una entrevista de forma inmediata con la CNLT. El diseño de este protocolo estará a cargo del Ministerio de Salud Pública.
- h) Implementar un programa de apoyo y soporte a la familia del adicto de Pasta Base de Cocaína.

Artículo 4: Abordaje primario y derivación.

El oficial de turno en las comisarías de todo el país realizará un abordaje primario sobre consumo de PBC a todos los detenidos, realizando un diagnóstico de “presunción clínica de consumidor”. El ítem diagnóstico presuntivo de consumo de Pasta Base será obligatorio en todas las partes al juez. Para ello deberá realizarse un plan de capacitación a todos los oficiales de policía del país a cargo de la Junta Nacional de Drogas el que deberá presentarse a los 60 días de puesta en vigencia esta ley. Aquella persona que, luego del abordaje primario tuviese el diagnóstico clínico presuntivo de consumo de Pasta Base Cocaína positivo, será derivado indefectiblemente por el Juez a la CNLT (Comisión Nacional de Lucha Contra las Toxicomanías) la cual deberá realizar un diagnóstico en 24 horas al Magistrado interviniente el cual hará uso de la Ley N° 14.294 del 31 de octubre de 1974 en la redacción dada por la Ley N°17.016 del 28 de octubre 1998.

Artículo 5: Centros de recuperación y reinserción:

Los Centros de Recuperación y reinserción están a cargo de la tutela, cuidado, rehabilitación, educación y capacitación de los pacientes en un marco de contención basado en el respeto y la dignificación del hombre. Con un abordaje integral el cual ponga en el centro del problema el individuo; abordándolo interdisciplinariamente y dándole verdaderos elementos para una correcta reinserción social; elementos reales para enfrentar una sociedad compleja y que por prejuicio lo buscara rechazar. El Estado velará porque los centros realicen un trabajo de integración entre pacientes, la familia y la sociedad, preocupándose por el entorno del paciente, brindándole a la familia los mecanismos para poder afrontar y ser continente de este paciente.

Los centros serán de dos tipos:

- a) Centros de alto riesgo los cuales albergaran a los pacientes que luego del abordaje primario sean estatificados como de “difícil manejo o compleja rehabilitación”, o reclusos que estatificación en otro nivel inferior de seguridad por problemas de conductas podrán ser enviados a este nivel. Los cuales no albergarán a más de 30 pacientes cada uno.
- b) Centros de riesgo intermedio y bajo: podrán ser albergados los jóvenes que puedan concurrir por sus propios medios o por solicitud familiar, así como también los jóvenes infractores por disposición judicial según disponga la ley.

Los cuales albergaran a un máximo de 50 pacientes. La vigilancia y seguridad de los mismos estará a cargo del Ministerio del Interior, con personal especialmente capacitado para la tarea. El soporte técnico y medico de la rehabilitación será realizado en coordinación con instituciones no gubernamentales que brindaran servicios. Los centros deberán contar con instalaciones locativas para brindar seguridad pero también para llevar adelante los cursos de capacitación, así como también de esparcimiento y deporte. Los centros estarán discriminados por edad, separando los menores infractores de los mayores.

Artículo 6: Planes Educativos

Se crea una Comisión para la elaboración de planes educativos especializados para los pacientes adictos a la PBC internados en centros de recuperación y reinserción. La Comisión estará integrada por representantes de los centros de internación públicos y privados, la UTU y los programas de capacitación del Instituto Nacional de Empleo. Será coordinada por un representante de la Junta Nacional de Drogas. Los planes educativos deberán tener en cuenta los siguientes principios orientadores:

- a) Incluir una fase que pueda ser cursada por el paciente dentro de su fase de internación, pero que incluya fases que puedan ser completadas de forma ambulatoria.
- b) La evaluación tendrá en cuenta la realidad de los pacientes, procurando incentivar la adquisición de conocimientos y destrezas en función de su grado de recuperación, siempre promoviendo la concurrencia, empeño y motivación.
- c) Se buscará, dentro de lo posible, la reintegración del paciente al sistema educativo formal. Se habilitará en los centros cursos de apoyo para evitar la pérdida de años lectivos de los pacientes.

Artículo 7: Seguimiento y Reinserción:

En la medida que la rehabilitación es un proceso paulatino y progresivo, donde son frecuentes las recaídas, se realizará un seguimiento de los internados por un periodo total de 3 años.

Se establecen tres etapas de seguimiento, diferenciales según el tipo de paciente:

Etapa A. Se realizará durante el primer año post alta y estará a cargo de un equipo multidisciplinario que abordará al internado en instancias individuales y grupales. También se generará una instancia semanal de apoyo a la familia, de manera de integrar la misma al tratamiento. Esta etapa se articulará con el plan educativo del que se encuentra participando el paciente.

Etapa B. Durará el siguiente año. En esta etapa desde el punto de vista de la adicción se buscará que los pacientes de dos instancias grupales por semana. A su vez desde el punto de vista social se buscará que los pacientes realicen tareas comunitarias semanalmente, y se lo guíara en su inserción laboral.

Etapa C. Será el último año, constará de instancias grupales y actividades sociales que busquen integrar a las familias de los pacientes las cuales se realizaran cada 30 días. Así como también el paciente tendrá un abordaje mensual con el equipo multidisciplinario. Las etapas no serán rígidas y se adecuaran a las circunstancias de cada adicto.

Pablo Iturralde Viñas

Rodrigo Goñi

Gonzalo Novales

Representante Nacional

Representante Nacional

Representante Nacional