

SESIONES ORDINARIAS

2003

ORDEN DEL DIA N° 2160

COMISIONES DE PREVENCIÓN
DE LAS ADICCIONES Y CONTROL
DEL NARCOTRAFICO Y DE ACCION SOCIAL
Y SALUD PUBLICA

Impreso el día 23 de junio de 2003

Término del artículo 113: 2 de julio de 2003

SUMARIO: Registro Nacional de Establecimientos Especializados en Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción Social de Personas Afectadas por el Uso Indebido de Drogas. Creación.

- 1.– Ferrín y Sodá. (2.933-D.-2002.)
- 2.– Mastrogiácomo y otros. (3.461-D.-2002.)
- 2.1– Mastrogiácomo. (3.628-D.-2002.)

Dictamen de las comisiones*Honorable Cámara:*

Las comisiones de Prevención de las Adicciones y Control del Narcotráfico y de Acción Social y Salud Pública, han considerado los proyectos de ley de los señores diputados Ferrín y Sodá, por el que se crea el Registro Nacional para la Habilitación Técnica de Establecimientos Especializados en Drogas de Dependencia; y Mastrogiácomo y otros, sobre Régimen para los establecimientos, instituciones, clínicas o centros privados destinados a la rehabilitación y reinserción social de personas por uso indebido de drogas; 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,...*REGISTRO NACIONAL
DE ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS
EN DESINTOXICACION, REHABILITACION
Y REINSENCION SOCIAL DE PERSONAS
AFECTADAS POR USO INDEBIDO DE DROGAS

TITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – Los establecimientos, instituciones, clínicas o centros preventivo - asistenciales, de

deshabitación, desintoxicación, rehabilitación y reinserción social de personas por uso indebido de drogas, deberán dar estricto cumplimiento a las disposiciones que establece la presente ley, con el objeto de preservar la seguridad, salubridad e higiene de la población.

Art. 2º – A los fines de la presente ley, se entenderá por establecimiento preventivo asistencial, a todos aquellos constituidos y habilitados por los órganos competentes, que se hallen destinados a brindar orientación, diagnóstico y desintoxicación, deshabitación, rehabilitación, reinserción familiar y social, de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, así como de cualquier medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico y social.

Art. 3º – Créase en el ámbito de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, en adelante SEDRONAR, el Registro Nacional de Establecimientos Gubernamentales y No Gubernamentales Especializados en Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción Social de personas afectadas por Uso Indebido de Drogas.

Art. 4º – Los referidos establecimientos, descriptos en los artículos precedentes, deberán inscribirse en el Registro Nacional y cumplir con las condiciones requeridas por esta ley.

TITULO II

Modalidades de la asistencia

Art. 5º – Los establecimientos preventivo-asistenciales de la drogadependencia, deberán cubrir la totalidad de los requisitos exigidos, según el nivel en que se hallen ubicados, como se detalla a continuación:

Nivel I: Modalidad de consultorios externos con asistencia ambulatoria.

- Recepción de la demanda
- Orientación
- Diagnóstico
- Tratamiento individual, grupal y familiar
- Atención médico-clínica y psicosocial
- Deshabitación, rehabilitación y apoyo para la reinserción social del drogadependiente.

Nivel II: Modalidad de hospital día/noche con asistencia ambulatoria o internación parcial.

- Tratamiento individual, grupal y familiar
- Atención médico-clínica y psicosocial.

Nivel III: Modalidad de internación.

- Atención del paciente las 24 horas del día
- Tratamiento individual, grupal y familiar
- Atención médica clínica y especializada
- Atención psicosocial
- Cumplir con la ley 22.914.

Art. 6° – Las prestaciones asistenciales definidas podrán ser brindadas también por establecimientos que utilizan la modalidad de “comunidad terapéutica”, en cualquiera de sus variantes, siempre que estén habilitadas formalmente para hacerlo.

Art. 7° – Los establecimientos inscriptos en el Registro Nacional previsto en el artículo 3°, deberán comunicar al mismo, toda modificación debidamente autorizada acerca de la modalidad de atención (consulta externa, internación parcial o total) y de la infraestructura edilicia, dentro de los 30 días de producida la misma.

Art. 8° – Será obligación de las instituciones prestadoras, que reciban subsidios del Estado nacional, atender gratuitamente a una persona por cada cinco pacientes subsidiados por el Estado.

Las instituciones que reciban subsidios del Estado nacional deberán llevar:

- a) Un registro de las personas que reciban subsidios y por cada cinco de éstas deberán registrar e identificar al paciente de atención gratuita, enunciando en su caso, sus datos personales, fecha de inicio de su atención, diagnóstico, pronóstico y tipo de atención recibida;
- b) El registro tendrá carácter estrictamente confidencial y sólo podrá ser requerido por autoridad competente a los fines de verificar el cumplimiento de la presente ley.

Art. 9° – La SEDRONAR, podrá subsidiar al paciente que ya se encuentre en tratamiento en alguna de las instituciones inscriptas en el registro previsto en el artículo 3° de la presente ley, cuando:

- a) Deba realizar tratamiento en una determinada institución, de acuerdo al perfil de la adicción del demandante;
- b) No cuente con los recursos necesarios que hagan posible el pago particular del trata-

miento, ni cuente con cobertura de obra social, y/o medicina prepaga.

Requisitos de admisibilidad

Art. 10. – A los efectos de la inscripción prevista en el artículo 3° de la presente ley, las instituciones deberán presentar:

- a) Solicitud de inscripción, suscripta por el titular del establecimiento juntamente con quien ejercerá su dirección general;
- b) Personería jurídica, en su caso;
- c) Constancia de la habilitación sanitaria, y edilicia otorgada por autoridad competente conforme a los requerimientos estipulados según reglamentación vigente;
- d) Fotocopia del título de propiedad, contrato de locación a favor del solicitante u otro título que acredite el uso y goce del inmueble;
- e) Copia del plano actualizado con distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, con la aprobación para el fin propuesto, por la autoridad competente;
- f) Constancia de inscripción ante AFIP;
- g) Denuncia del domicilio real y legal de su sede y el nombre de sus representantes;
- h) Plan trienal de actividades, para el caso de las fundaciones;
- i) Descripción de la actividad que realiza, programa terapéutico, fundamentación académica, objetivos, metodología a aplicar. Listado de profesionales y técnicos;
- j) El reglamento interno, donde se contemplen los derechos y obligaciones de los pacientes;
- k) Listado del personal profesional y no profesional, director general y técnico, responsables de áreas, terapeutas, técnicos, en todos los casos con detalles de nombres y apellidos, matrículas y certificaciones del colegio de su competencia;
- l) Libro de registro de ingresos y egresos de pacientes;
- m) Cuando se trate de sociedades civiles, comerciales o fundaciones, el estatuto societario con su registración competente. Si se trataran de entidades de bien público u otros, copia de inscripción de los mismos en el Registro de Entidades de Bien Público de competencia de su domicilio.

Art. 11. – Las instituciones una vez registradas deberán informar a la SEDRONAR, los días y horarios dispuestos para atención al público, a efectos de su pertinente publicación, consecuentemente quedarán obligadas a respetarlo estrictamente. Cualquier modificación en este sentido deberá ser noti-

ficada al organismo gubernamental con siete días de antelación y por medio fehaciente.

Art. 12. – Las instituciones, en todos los casos deberán contar con:

- a) Un establecimiento (hospital, clínica) municipal, provincial o nacional, para la derivación de los pacientes que así lo requieran y un sistema asegurado para su traslado, de acuerdo con la gravedad del caso;
- b) Un sistema adecuado de comunicación con establecimientos de derivación y de los pacientes con sus familias;
- c) Póliza de seguros que cubra personal, pacientes y visitantes;
- d) Un sistema adecuado para el tratamiento de residuos patogénicos cuando corresponda.

Art. 13. – Las instituciones deberán garantizar:

- a) La seguridad, higiene y salubridad de pacientes, visitantes y personal;
- b) Las normas de bioseguridad vigentes, con relación a enfermedades infectocontagiosas, en especial HIV y HVB, registro y cumplimiento de las normas epidemiológicas de ETS y sida.
- c) La promoción y protección de la salud, tanto para los pacientes, visitantes y personal.

Art. 14. – Será obligación de las instituciones mantener actualizada y resguardada confidencialmente la siguiente documentación:

- a) Un libro de registro de ingresos y egresos de pacientes. Se consignará el motivo de salida del establecimiento;
- b) Un libro de novedades diarias;
- c) Un libro de altas asistenciales;
- d) Historias clínicas de cada paciente, conforme a un modelo unificado, confeccionada por el profesional actuante, con su matrícula y en las cuales deben constar:
 - Datos personales;
 - Persona a quien comunicar o consultar asuntos de urgencia y modo de ubicarla;
 - Fecha de ingreso, egreso y reingreso;
 - Motivo de consulta;
 - Antecedentes de la situación actual, tratamientos y/o internaciones de emergencia anteriores;
 - Examen físico de ingreso;
 - Diagnóstico psicosocial, individual y familiar;
 - Situación legal;
 - Orientación terapéutica. Programa sugerido o indicado (desde la singularidad de la persona admitida). Constancia de las diferentes actividades terapéuticas con fecha y

firma de los responsables de cada una de ellas;

- Estudios complementarios básicos (análisis de laboratorio de rutina y/o especializados);
- Evolución;
- Constancia de interconsultas;
- Epicrisis.

TITULO III

De la categoría de los establecimientos

Art. 15. – El órgano competente según reglamentación vigente, categorizará los establecimientos inscriptos en el registro previsto en el artículo 3°, de la presente ley, de acuerdo a las normas correspondientes, haciendo la debida distinción entre establecimientos psiquiátricos, que brinden tratamiento a pacientes duales (psiquiátrico-drogadependientes); y establecimientos asistenciales, que brinden tratamiento a pacientes drogadependientes. Bajo las modalidades de hospital de día, hospital de noche, hospital de medio día, comunidad terapéutica o ambulatorio, comunidad de vida y/o granja.

TITULO IV

Asistencia

Art. 16. – La actividad asistencial se realizará bajo las modalidades que se establezca en la reglamentación vigente, quedando la misma sujeta a los avances científicos en dicha temática. Pudiendo los mismos realizarse de manera ambulatoria, centro de día, centro de noche, internación, comunidad terapéutica, y/u otra modalidad que establezca la reglamentación.

Art. 17. – La psicoterapia podrá comprender: terapia individual, terapia familiar, terapias grupales, asamblea de pacientes, grupos de apoyo, terapia para codependientes, terapia vincular, multifamiliar, y para hermanos. Grupo de prevención de recaídas. Laborterapia y/o terapia ocupacional, taller de lectura y/o escritura, teatro, manualidades. Programa de reinserción social y laboral. Las ofertas asistenciales que brinde cada institución estarán debidamente estipuladas en el programa terapéutico.

TITULO V

De los recursos humanos

Art. 18. – Se establecerán los recursos humanos de acuerdo a la reglamentación vigente, en correspondencia con la categoría y modalidad de asistencia de la institución. Tomando en consideración para esto, que brinda tratamiento a pacientes drogadependientes y/o con comorbilidad psiquiátrica, bajo la modalidad de hospital de día, comunidad terapéutica o ambulatorio. Comunidad de vida y/o granja.

Art. 19. – Cada institución deberá acondicionar o rediseñar su estructura edilicia o instalaciones conforme a la reglamentación vigente, y de acuerdo al programa que implemente

Art. 20. – Las instituciones, cualquiera sea su categoría y modalidad asistencial, poseerán un médico clínico, psiquiatra consultor, y un abogado consultor. En todos casos se priorizará a los profesionales con formación académica en la problemática del consumo de drogas y/o experiencia comprobable en la temática.

Art. 21. – Las instituciones promocionarán y alentarán la escolaridad, la finalización de los estudios si los hubieran abandonado y la capacitación en oficios.

Art. 22. – De los operadores socio-terapéuticos. Los establecimientos que empleen operadores socio-terapéuticos darán preferencia a quienes hayan adquirido capacitación formal en instituciones educativas.

De los directores

Art. 23. – Los establecimientos no gubernamentales poseerán un director general, cuyas obligaciones serán:

- a) Verificar la calidad de los profesionales, técnicos, terapeutas y personal de enfermería que preste servicios en los establecimientos citados en el artículo 1°.
- b) Adoptar los recaudos para que los profesionales y demás personal confeccionen en tiempo y forma las historias clínicas de cada paciente asegurando su confidencialidad.
- c) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso de su conocimiento.
- d) Garantizar el registro en tiempo y forma de la información definida por el artículo 14 de esta ley.
- e) Será responsable del depósito de los medicamentos.
- f) Deberá velar por una correcta alimentación de los albergados, la cual poseerá un mosaico dietético según las necesidades calóricas de cada paciente.
- g) Velar por una eficaz y adecuada atención y/o tratamiento de los pacientes del establecimiento.
- h) Mantener la nómina actualizada del personal que se desempeña en los establecimientos, para lo cual deberá notificar a la SEDRONAR, a la brevedad posible cualquier modificación al respecto.
- i) Informar de las internaciones, traslados, altas y bajas de los pacientes, bajo programa terapéutico.

j) Observar se realicen los análisis de laboratorio obligatorios al inicio del tratamiento.

k) Cumplimentar lo establecido en la ley 22.914.

Art. 24. – Todas las instituciones deberán contar con un director técnico, cuya profesión será médico psiquiatra, si la institución brindara atención a pacientes duales. Si no brindara asistencia a esta categoría de pacientes, el cargo podrá ser desempeñado por un licenciado en psicología. En ambos casos se priorizará a los profesionales con formación académica en la problemática del consumo de drogas y/o experiencia comprobable en la temática.

De las obligaciones del director técnico

Art. 25. – Obligaciones del director técnico:

- a) Supervisar, evaluar y controlar lo concerniente al programa terapéutico. Tendiendo al trabajo interdisciplinario y transdisciplinario;
- b) Informar semestralmente, a la SEDRONAR, la evaluación que se realice de la marcha del Programa, así como las posibles propuestas a fin de lograr la optimización del mismo, las cuales la SEDRONAR deberá responder a la brevedad;
- c) Deberá asegurarse en cada caso que se contemple el respeto, los derechos y necesidades particulares de cada uno de los pacientes, personal y familiares;
- d) Todo acto referido al eficaz desarrollo del programa terapéutico;
- e) Informar semestralmente a la SEDRONAR la evaluación realizada de la marcha del programa y, si fuera el caso, de las modificaciones propuestas para mejorarlo.

TITULO VI

De la relación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y los Establecimientos

Art. 26. – La SEDRONAR, tendrá las funciones con respecto a dichas instituciones de:

- a) Comunicar a las instituciones los resultados de los programas de investigación en políticas de prevención y asistencia de las personas dependientes de drogas, así como la posibilidad de capacitación permanente en materia de asistencia y prevención comunitaria;
- b) Actuar como consultor permanente de las instituciones de prevención y asistencias de drogadependencia;
- c) Informar acerca de nuevas leyes, decretos y resoluciones que les competen y atañen a dichas instituciones;
- d) Otorgar subsidios de asistencia a instituciones y/o prestadoras, personas y/o fami-

lia de pacientes en riesgo social que deban realizar tratamiento de drogadependencia, siempre y cuando estén afectados al mismo. Dichos subsidios alcanzarán a personas mayores de 18 años, tutelados o no tutelados, dependiente de sustancias psicoactivas, carentes de toda cobertura médica total o parcial y sin recursos económicos suficientes, propios o familiares para afrontar un tratamiento, incluyéndose a quien se hubiere indicado al tratamiento de la medida de seguridad curativa prevista en la ley nacional 23.737. En ningún caso los subsidios serán abonados a las personas cuyo tratamiento se recomienda, debiendo realizarse directamente a la institución y/o prestadora que se aboque a su tratamiento;

- e) Controlar los programas terapéuticos, así como la aplicación de lo dispuesto en la presente ley, directamente o a través de convenios con las autoridades sanitarias locales, quienes deberán informar a la primera los resultados de la inspección;
- f) Evaluar el cumplimiento de los requisitos vigentes en cuanto a obligaciones preventivas, asistenciales y sanitarias, directamente o a través de convenios con las autoridades sanitarias locales, quienes deberán informar a la primera los resultados;
- g) Promover la implementación, de un sistema de control que incluya inspecciones periódicas, con la evaluación del estado general de las personas en tratamiento en las instituciones y establecimientos, por parte de las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- h) Establecer un sistema de evaluación de los programas asistenciales y de su eficacia, propendiendo su mejora permanente y estimulando con los medios a su alcance a las instituciones que obtengan los mejores resultados.

Art. 27. – La SEDRONAR ejercerá con las instituciones inscriptas en el registro previsto en el artículo 3° de la presente ley, facultades de contralor e inspección, directamente, a través de convenios con las autoridades sanitarias locales o por delegación de ellas a la SEDRONAR. Las autoridades sanitarias locales, deberán informar a la SEDRONAR los resultados de la inspección.

Aquellos que ejerzan la facultad de contralor e inspección, en el caso de verificar deficiencias técnicas, edilicias, de seguridad, deberán denunciar las mismas, ante la autoridad administrativa que determinó su habilitación, a efectos de intimar a la institución, a subsanar las deficiencias denunciadas, bajo apercibimiento de determinar la suspensión y/o clausura de acuerdo a las leyes, ordenanzas, y/o reglamentos que rijan su competencia.

Art. 28. – La SEDRONAR, que mediante sus verificaciones directas o las realizadas mediante convenios con autoridades sanitarias locales, constatare que las instituciones no presten un adecuado servicio, garantizando la salud y rehabilitación de los internos podrá disponer:

- a) La caducidad y/o retiro de los subsidios entregados;
- b) Comunicar a los familiares del paciente, las deficiencias detectadas y acordar el traslado a otro establecimiento de los registrados en el artículo 3°;
- c) Requerir en forma fundada la cancelación y baja del registro creado en el artículo 3° de la presente ley (suspensión o cancelación);
- d) Requerir a la autoridad competente nacional, provincial y/o municipal en forma fundada la clausura del establecimiento.

Art. 29. – El establecimiento será solidariamente responsable, en el caso de acciones cometidas por el director general, director técnico, profesional de medicina o personal a su cargo que causaren daños a los pacientes y podrá ser sancionado de acuerdo a lo establecido por el artículo 30 de la presente ley.

Las transgresiones a las disposiciones de la presente ley, serán sancionadas según lo establecido en el artículo 125 y siguientes de la ley 17.132 y el decreto 341/92, sin perjuicio de la aplicación de las demás normas vigentes que pudieren corresponder.

Art. 30. – La presente ley, será reglamentada por el Poder Ejecutivo nacional dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 32. – Comuníquese el Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 11 de junio de 2003.

María N. Sodá. – Marta L. Osorio. – Juan P. Baylac. – Irma F. Parentella. – Juan D. Pinto Bruchmann. – Mónica A. Kuney. – Francisco N. Sellarés. – Elda S. Agüero. – Octavio N. Cerezo. – Marta I. Di Leo. – María del Carmen Falbo. – María T. Ferrín. – Eduardo D. J. García. – Graciela I. Gastañaga. – Beatriz N. Goy. – Eduardo G. Macaluse. – Silvia B. Martínez. – Miguel A. Mastrogícomo. – Alicia I. Narducci. – Aldo C. Neri. – Juan C. Olivero. – Víctor Peláez. – Claudio H. Pérez Martínez. – Melchor A. Posse. – Mirta E. Rubini. – Domingo Vitale.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Prevención de las Adicciones y Control del Narcotráfico y de Acción Social y Salud Pública, han considerado los proyectos de ley de los señores diputados Ferrín y Sodá, por el que se crea el Registro Nacional para la Habilitación Técnica de Establecimientos Especializados en Drogas de Dependencia; y Mastrogiácomo y otros, sobre Régimen para los establecimientos, instituciones, clínicas o centros privados destinados a la rehabilitación y reinserción social de personas por uso indebido de drogas; han estimado conveniente, luego de un análisis exhaustivo, unificarlos en un solo dictamen. Las comisiones consideran que los fundamentos de las iniciativas de los autores contienen todos los aspectos de la cuestión presentada, incluyendo en ellos la solicitud de agradecimiento expresada en el expediente 3.628-D.-02, por lo que los hacen suyos y así lo expresan.

María N. Sodá.

FUNDAMENTOS

1

Señor presidente:

Tomar como idea de trabajo una red preventivo-asistencial de instituciones públicas, ya sean nacionales, provinciales o municipales, en estos momentos, sería impracticable por las circunstancias socioeconómicas que está atravesando nuestro país.

Es por eso que las Organizaciones No Gubernamentales cumplen, desde hace mucho tiempo, o mejor dicho suplen el rol del Estado, en acciones que se complementan como la promoción de proyectos en prevención, asistencia, inserción y, frecuentemente, en formación e investigación.

Este proyecto apunta a fijar reglas mínimas e indispensables de dirección, documentación, seguridad sanitaria, programas terapéuticos de bioseguridad y condiciones edilicias, materializándose independientemente del marco regulatorio que un establecimiento deba poseer por ser una institución dedicada a la salud; reconociendo rango institucional y legal que hasta ahora no existía y que tiende a evitar la proliferación de establecimientos de dudosa seriedad e idoneidad.

Asimismo se han tomado en cuenta los siguientes proyectos de ley de los diputados (mc) Alvarez expediente 4.455-D.-96; del diputado (mc) Gastón Ortiz Maldonado y otros (T.P. N° 87/95); del diputado (mc) Gustavo Green (T.P. N° 99/95) que recogen la aprobación de la Honorable Cámara de Diputados a la iniciativa de la diputada Leonor Alarcía en 1992; y el proyecto de los diputados (mc) Juncosa y Maidana (T.P. N° 110/95). También se ha consultado la experiencia del Departamento de Regis-

tro y Habilitación de Instituciones de la SPAA de la provincia de Buenos Aires, su implementación de centros preventivo-asistenciales en todos los distritos judiciales de la provincia y los requisitos exigidos a las Organizaciones No Gubernamentales y de la SEDRONAR.

Es por todo esto, señor presidente, que solicito a esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación la aprobación del presente proyecto de ley.

María T. Ferrín. – María N. Sodá.

2

Señor presidente:

El presente proyecto de ley se funda en la necesidad de una legislación que sirva de soporte y contexto legal a la labor de los establecimientos, instituciones, clínicas o centros privados preventivo-asistenciales, no gubernamentales, de deshabitación, desintoxicación, rehabilitación y reinserción o inserción social de personas por uso indebido de drogas.

Los mismos cumplen una invalorable misión de la cual si bien el Estado tiene obligación de dar respuesta, de acuerdo a lo que estipula la Carta Magna del país cuyo valor supremo es el cuidado de la vida, y los derechos personalísimos que devienen del artículo 30 y siguientes del Código Civil: integridad física, vida y honor, no cuenta con la estructura a nivel nacional suficiente.

Las comunidades terapéuticas para adictos aparecieron en el mundo en el curso de las últimas tres décadas para brindar un tratamiento integral en el área de la drogodependencia y a la vez para dar respuesta a una problemática social grave: la marginación de los afectados por las políticas de salud. Ya desde un primer momento operaban sobre el área de la salud y sobre el área de lo social. Es que las sociedades a través de sus acciones de salud no han dado en el mundo entero respuesta oportuna y organizada al problema derivado del abuso de drogas.

Los primeros emprendimientos, tanto en nuestro país como en el extranjero, se iniciaron ante la falta de respuesta que se daba a esta cuestión y comenzaron por brindar rudimentos de residencia a quienes optaban por emprender el camino de la recuperación. O sea que hay un fuerte basamento ideológico social en la emergencia de estas comunidades que se expresa como un conjunto de ideas y valores orientadores. Las guías y pautas de organización de la convivencia no son un mero complemento. Más bien se trata de lo contrario. Son los puntos de apoyo de una práctica cuyo componente de creencias resulta un ordenador esencial. Se ha crecido desde el empirismo solidario hasta la incorporación de recursos originados en el campo profesional que, originariamente, habían sido desestimados por el movimiento de las comunidades.

El mismo tenía como en su momento el proyecto de Alcohólicos Anónimos un fuerte componente antiprofesional.

Las experiencias iniciales de comunidad terapéutica respondieron a su manera a la desprotección en que los sistemas de salud dejaban a los sectores afectados por la conducta de abuso de sustancias. En el mundo entero fueron grupos representativos de la comunidad en principio integrados por no profesionales los que deciden armar estructuras convivenciales. En casas sin ninguna condición especial, dan residencia a usuarios que se proponen abandonar su adicción. Que se agrupan con semejantes y reconocen su dificultad en común. El estar juntos, unirse en grupo, organizar la convivencia, se convierte en la primera tarea, en el primer problema por resolver.

La ausencia de respuesta por parte de hospitales, médicos, psicólogos y asistentes sociales y una historia de reiterados fracasos agravan y desarrollan en los usuarios la sensación de marginalidad, de ser distintos, y la necesidad de unirse con sus iguales. También lo alientan algunas respuestas oficiales que en nuestro país, desconociendo la experiencia de las comunidades, eligieron el modo de respuesta de la psiquiatría tradicional, estableciendo un contexto represivo para su abordaje. Es que la psiquiatría en que se fundó este tipo de respuesta tanto en lo público como en lo privado era la psiquiatría principalmente biológica. La misma que privilegiaba aun el electroshock cuando esta práctica había sido desterrada por la emergencia de una psiquiatría más dinámica, estaba incapacitada para dar una respuesta adecuada.

Así se produjo un distanciamiento entre las acciones de salud y el movimiento emergente de las comunidades terapéuticas que recién fueron convocadas como interlocutores válidos por el Estado cuando en 1983 se restauró en el país la democracia.

Hacia fines de la Segunda Guerra Mundial, el psiquiatra escocés Maxwell Jones había comenzado a sacudir los cimientos conceptuales de la internación psiquiátrica llevándola de la pasividad de la reclusión a la actividad de la participación. Escaso de recursos, plétorico de ideas, se dedicó a demoler los prejuicios que se arrastraban desde la época de Kraepelin en los comienzos del siglo y que habían convertido al psiquiatra en mero vigilante de la imaginación y sus alteraciones. Tomó las viejas instituciones manicomiales y estableció comenzando por unidades relativamente manuales de alrededor de 100 pacientes que las mismas debían apoyarse en su capacidad institucional, podían generar programas, utilizar capacidades terapéuticas adormecidas, desarrollar actividades.

Su mirada sobre el conjunto de la institución redefinió los roles brindando un replanteo del sentido de la internación psiquiátrica. Ya no estamos

en la concepción del asilo que significó un avance enorme en dar resguardo y cuidado a los problemas de los que sufren enfermedades psiquiátricas, que antes formaban parte de grupos ambulantes de vagabundos y personas con diferentes discapacidades. Bajo la influencia de diversas congregaciones religiosas (entre otros los cuáqueros) se había avanzado en el siglo XIX respecto al maltrato, la burla y la exhibición pública que habían sido características de los primeros manicomios. En realidad el (mal) trato del enfermo mental buscaba confirmar la propia sanidad a través de la marginación del diferente. Es que las sociedades producen ciertas barreras que pretenden ser reconfortantes como modo de fundar su identidad social. Por el contrario las sociedades fuertes admiten su diversidad y desarrollan una amplia tolerancia de lo no "normal".

Lo que Maxwell Jones inaugura es la concepción de planificación y organización de la internación a través de un programa terapéutico. Esto se contrapone a la pasividad obligada de la internación habitual que tiende a la cronificación de la enfermedad y la anulación del paciente. La psiquiatría anterior había privilegiado la contemplación de la enfermedad por encima del rescate de los aspectos sanos del paciente. Convirtió al paciente en un objeto que merece una descripción objetiva y una clasificación. El psiquiatra tradicional ha devenido un experto en clasificaciones, en descripciones sintomáticas, pero la obsesión clasificatoria es diferente de la precisión diagnóstica que resulta indispensable para un abordaje adecuado de un caso particular. Los hospicios tienen especialistas en minucias sintomáticas que aún no han descubierto lo que la ciencia sabe desde principios de siglo: es imposible no modificar el objeto observado por el mero procedimiento de la observación. Por lo tanto toda certeza se vuelve relativa. Se abre a partir de ello el plano de la concepción psicodinámica que introduce la noción de conflicto, de transferencia, de inconsciente.

La Segunda Guerra Mundial, en la que Maxwell Jones participó, tuvo un impacto notable sobre los que sobrevivieron a la experiencia. Ocurrió también en Francia donde el movimiento de la Resistencia había descubierto que podían encontrar en los institutos psiquiátricos por parte de los "alienados", cuidado, protección y no denuncia. Es que las perturbaciones de la imaginación no necesariamente niegan o deforman la totalidad del mundo circundante. Se agrega a esto un sentido social propio de la cultura anglosajona que privilegia los derechos de las personas y promueve la responsabilidad de la sociedad de reconocerlos y defenderlos.

La comunidad terapéutica psiquiátrica emerge así en un contexto de responsabilidad y de reconstrucción social. La modernización de la psiquiatría llevó a atender fuera de los institutos especializados en principio en los hospitales generales, y eventual-

mente en los Estados Unidos de Norteamérica, a la creación de los centros comunitarios de salud mental. Se introdujo también la concepción del equipo de atención que no se basa más en el autoritarismo individual del psiquiatra, que en cambio se diversifica y se multiplica. Se dinamiza a través de sus componentes y de la concepción de la tarea. Ya no se trata de custodiar personas que cometen delitos imaginarios, transgresiones del sentido común. Si de disponer de personal con amplitud de criterio y diversidad de recursos en su capacitación que pueda resolver en el menor tiempo posible y recurriendo a la internación sólo en casos imprescindibles (y aun así por el menor plazo necesario) las interurrencias psicológicas naturales por las que una persona atraviesa en su vida social.

Se basa también en una concepción grupal del conocimiento, de su generación y de su propiedad.

En el proceso de transformación de la psiquiatría ocurrido en el mundo entero a partir de 1955, la disponibilidad de recursos para la transformación social fue fundante en las comunidades terapéuticas psiquiátricas del mundo entero de la posibilidad de diversificar los equipos de los hospitales que pasaron a incluir asistentes sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y todo un rubro variable de especialistas en áreas, así como de voluntarios. Inciden aquí tanto la dirección adecuada que el programa tenga como la capacitación y la supervisión constantes de sus componentes. Justamente los grupos profesionales más tradicionales del campo son los médicos y los psicólogos —estos últimos han logrado entre nosotros tradiciones precoces pasando a repetir el modelo médico—. En esta concepción deben desarrollar principalmente el modelo de abordaje grupal de funcionamiento para lo cual deben adquirir habilidad y experiencia.

Los demás rubros, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y enfermería, tienen una adaptación rápida y menos traumática al nuevo sistema de funcionamiento.

En todo proceso de modificación debemos tener en cuenta los aspectos personales que favorecen o dificultan la adaptación al cambio propuesto y los componentes del marco institucional que, desde la formación y a través de prácticas inadecuadas sostenidas en muchos lugares como válidas, favorecen la resistencia a las modificaciones planteadas. Si los pioneros actuaron a puro esfuerzo hasta 1985, desde ese momento la ignorancia inicial ya no es sostenible.

Se repitió en nuestro país un proceso que en forma similar se desplegó en el mundo entero. La emergencia de las organizaciones no gubernamentales (ONG) representa una preocupación de sectores organizados de la comunidad que se proponían ocupar un rol como estructuras de acción social. En nuestro país las que abarcan el campo de las políticas sociales se han agrupado recientemente en el

Foro del Sector Social. Es decir que se apunta a configurar la red social de todas las instancias del campo. Conforman así lo que estudiosos del tema han denominado el “tercer sector” de la sociedad.

Las organizaciones no gubernamentales de la Argentina que se especializan en adicciones desarrollaron un proceso de integración entre los esfuerzos de profesionales y de no profesionales para el cumplimiento de los proyectos terapéuticos y preventivos. Esta transformación ha permitido reconocer por parte de las comunidades terapéuticas el valor del aporte de profesionales capacitados en el tema y por parte de los profesionales incorporar positivamente el conocimiento operativo y organizativo del operador socioterapéutico, un agente que emerge de las primeras comunidades y que continúa siendo en su accionar el portador de la filosofía básica de estas instituciones.

Hoy nuestro país presenta un panorama sumamente interesante en esta materia. La existencia de una secretaría nacional que respalda y subsidia a las comunidades terapéuticas, a las que se suman desarrollos incipientes en diversas provincias es uno de los componentes. Otro es un avance legislativo del Congreso Nacional que establece la obligación de las obras sociales y de los sistemas de seguro de salud de dar asistencia terapéutica en casos de adicciones y de sida. Se expresa esto también en la resolución del Ministerio de Salud y Acción Social de fijar el Plan Médico Obligatorio que —entre otras prestaciones— incluye también la exigencia de dar prestación en adicciones. Se ha previsto incluso a través de la ANSSAL la financiación de estas prestaciones para el caso de las obras sociales.

Es aquí que el reconocimiento de las comunidades terapéuticas así como de los programas ambulatorios que no requieren internación se vuelve una política integral, ya que, por una resolución conjunta del Ministerio de Salud y de la secretaría nacional (SEDRONAR), se las reconoce y admite como prestadores válidos.

La historia del desarrollo de las comunidades en la Argentina se origina en la percepción de una necesidad de naturaleza social. El adicto, por la marginalidad que se encuentra con frecuencia en el origen de su proceso personal, y por la marginalidad a que lo condena el proceso adictivo mismo, muchas veces ligado a conductas delictivas de robo en la propia casa, a los familiares con la venta de elementos del patrimonio familiar, es conocedor de la fuerza de las redes sociales, de los grupos.

Por lo tanto los programas muchas veces pueden basarse en el aprovechamiento de los factores de cohesión grupal para reorientar su funcionamiento hacia la recuperación.

El descuido que desde las políticas oficiales se realizó en relación con el cuidado de poblaciones

crecientes de adictos necesitados de atención, generó una reacción comunitaria. Los que absorbieron el choque como una experiencia positiva pudieron hacer el cambio desde un modelo crecientemente rígido y autoritario hacia una mayor tolerancia a la adaptación activa a los requerimientos

La idea de que la internación no es el único método de tratamiento válido para un caso de abuso de drogas no resultó tampoco fácil de admitir por los directores de comunidades vinculados a la aparición original de estos programas. Ahí se planteó también una rigidez de enfoque que debió irse modificando a medida que los tratamientos sin internación demostraban su validez.

El aprovechamiento de los recursos psicológicos por las comunidades fue una experiencia validada en diversos países a partir de la incorporación de terapeutas para abordar a las familias. Esta fue la principal tecnología aportada por los profesionales al campo de las adicciones. Los programas ambulatorios que por su propia situación de responsabilidad compartida con la familia, mantenían una interacción más directa con ese grupo.

La comunidad terapéutica debe hoy replantear su mística pionera para plantearse su incorporación a la red de la seguridad social, dentro de los efectores, validados por el sector salud. La permanencia en un estado similar a la aventura inicial retiene la pureza de la empresa original pero reduce sus posibilidades de ser aprovechada sistemáticamente. La filosofía orientadora no debe ser modificada pero debe acompañarla una base programática sólida que asegure registro de historias clínicas, continuidad de cuidado médico, evaluaciones periódicas, supervisión de tareas, disponibilidad de módulos terapéuticos variados, integración con los sistemas de salud, derivadores, y complementación con el Poder Judicial.

También debe aplicar técnicas estadísticas, que permitan formular precisiones sobre la duración de los tratamientos, el porcentual de altas, y la capacidad de retención de pacientes en períodos fijos. Debe poder medir el costo de los tratamientos y manejar sus, presupuestos derivando una proporción a la supervisión externa y al desarrollo institucional, a la formación continua de operadores y a la capacitación de los profesionales. Debe escribir sobre- lo que hace y publicar sus conclusiones. Participar en encuentros seminales y congresos. Aprender y enseñar. Porque cuando se enseña se revisa mejor lo que se hace buscando transmitirlo a otros en forma aplicable.

La profusa cantidad de instituciones existentes en el país, personas que se constituyen con un objeto de bien común, sin propósito de lucro muchas veces, ha creado en el país una estructura de salud complementaria no gubernamental que si bien ha cubierto un espacio vacío y sumamente necesario, en muchos casos son sostenidas económicamente desde el área gubernamental (nacional, provincial, o municipal) a través de subsidios o becas de trata-

miento para problemáticas como el uso indebido de drogas, y son muchas las fundaciones que en estos últimos años han tenido un crecimiento exponencial, gracias a este apoyo monetario, y dado el fin altruista perseguido por dichas instituciones y dados los beneficios que las mismas obtienen por su constitución, considero oportuno la presente solicitud de atención gratuita de un cupo limitado, deberán prestar gratuitamente sus servicios y atenciones, a un (1) paciente cada cinco (5) beneficiarios por los cuales reciban becas, subsidios. Será obligación de la institución y/o prestadora que reciba beca y/o subsidio del Estado nacional afectado a un paciente bajo su tratamiento atender gratuitamente a una persona por cada cinco pacientes subsidiados del Estado como una forma de retribución y/o nuevo valioso aporte a la sociedad.

Las instituciones realizan acciones de prevención, capacitan a sus integrantes, establecen módulos de supervisión externa al programa mismo, gestionan con el Estado nacional y las provincias políticas regionales, participan en cursos, publicaciones, actos públicos, documentos. Para realizar dicho trabajo, se espera que aquel que lo lleva a cabo reúna algunas condiciones que lo vuelvan apto para su realización. La aptitud así entendida puede definirse como la serie de cualidades que un sujeto debe reunir para ser idóneo en una tarea específica. Este hecho implica entre otras cosas que no todas las personas son aptas, para una misma tarea, o invirtiendo el razonamiento, que no todas las tareas pueden ser realizadas por todas las personas.

El trabajo con adictos, grupo, y familias requiere de los operadores terapéuticos algunas cualidades aptitudinales que son la suma de lo obtenido en el trabajo de campo, disposición del carácter, y empatía filosófica hacia nuestra manera de entender el fenómeno de la conducta humana.

Este "perfil psicológico" del operador terapéutico puede ser aprendido (y por lo tanto enseñado) por la suma de teoría y experiencia. Asimismo, el "perfil filosófico" del operador, caracterizado por la visión que este tenga del valor del encuentro interpersonal con los asistidos, no puede tampoco ignorarse a la hora de la formación de identidad del operador como tal. El operador terapéutico debe ser consciente que es siempre y en toda relación con sus asistidos eso y no otra cosa, un "Operador", alguien que interviene en un campo definido (medio de acción), sobre sujetos o interacciones definidas (foco de intervención), mediante acciones dirigidas (técnicas de intervención), en pos de metas establecidas de antemano (objetivo terapéutico). Operador tiene que ver con alguien que opera, interviene, actúa, genera, cambia.

Los conceptos teóricos desarrollados a partir de la llamada cibernética de segundo orden nos ubican frente al hecho teórico de que un operador es alguien que se encuentra incluido dentro del con-

texto sobre el cual intenta intervenir, no como un observador no participante sino como alguien que debe tener conciencia de las implicancias de su presencia en el sistema terapéutico.

De esta manera el operador tiene su resguardo en el equipo terapéutico, pues éste encuentra allí la mirada que le falta, ya que su misma presencia es algo que funciona como estímulo activador de cambios.

En virtud de lo precedente consideramos que es imperativo que posea título habilitante de operador socio terapéutico, otorgado por universidad o establecimiento educativo de carácter oficial o privado y que el Ministerio de Salud, y/o la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, dentro del término de sesenta días de promulgada la presente ley, deberá determinar la creación de cursos de capacitación de operador socioterapéutico, estableciendo en su caso las bases y condiciones, programas del mismo, así como también emitir la constancia o título habilitante correspondiente.

Actualmente contamos con reglamentaciones y decretos que en muchos casos o bien son insuficientes o desconocidas, o simplemente no tenidas en cuenta, habiendo casos de directos avasallamientos a los derechos humanos. Si esto es serio en cualquier situación, lo es más en éste, pues estamos hablando de personas que padecen una adicción, lo cual les insune un dolor psíquico importante a ellos mismos y a toda su red social.

En este sentido la creación de un “registro único de establecimientos prestadores de servicio de desintoxicación, rehabilitación, y reinserción de personas afectadas por uso indebido de drogas”, a fin de conocer la población de oferentes de servicios, poder crear un marco legal y tener con ellas un imperativo de fluida comunicación.

Si bien la gran mayoría de los establecimientos a que hacemos mención en esta ley cubre un lugar invaluable y en la misma proporción lo hacen de forma eficaz y eficiente; lamentablemente hay casos en que esto no sucede y de ello tenemos contadas pruebas.

Considero importante resaltar y fortalecer las facultades de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, enfatizando, en aquellas circunstancias en las que mediante sus verificaciones constatare que las instituciones y o prestadoras no presten un adecuado servicio garantizando la salud y rehabilitación de los internos, podrá disponer distintas medidas en su rol de órgano de contralor e inspección.

Y en el sentido de apelar a la responsabilidad profesional en el trabajo del equipo de salud disponemos que, por los hechos y/o actos cometidos por el director general y director técnico, como cualquier otro profesional, de la que causare un daño y/o salud de los pacientes serán solidariamente responsables con la institución y/o prestadora, así como también aquel que

disponga la impregnación medicamentosa, o cualquier otro avasallamiento a los derechos individuales, será motivo de la clausura de la institución y la exclusión del mismo del registro previsto en el artículo 4°.

Las adicciones pueden ser tan antiguas como la humanidad en su práctica aunque en su estudio tiene apenas décadas. Comprendemos que es una materia en la cual las ciencias tienen mucho que decir; pero lo que subyace a todo es la dignidad humana y el respeto por la misma. Es en este sentido que considero oportuno la aprobación del presente proyecto de ley.

Miguel A. Mastrogíacomo. – Graciela I. Gastañaga. – Horacio Vivo.

Buenos Aires, 24 de junio de 2002.

Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados, don Eduardo Camaño.

S/D.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted al respecto del proyecto D.-3.461, de mi autoría presentado el día 19 de junio del corriente. En el mismo, debido a un error involuntario, omití consignar en los fundamentos de dicho proyecto, el agradecimiento a los aportes bibliográficos del doctor Wilbur Ricardo Grimson, J. Ruiz, licenciado Juan Carlos Mansilla.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Miguel A. Mastrogíacomo.

ANTECEDENTES

1

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – Créase el Registro Nacional para la Habilitación Técnica de Establecimientos Especializados en Drogadependencia, en adelante el “registro nacional” y “establecimientos”, en el ámbito de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, en adelante “SEDRONAR”, el que deberá ser actualizado periódicamente a los efectos de su difusión pública y de su traslado a la Corte Suprema de Justicia de la Nación y a todos los organismos públicos y no gubernamentales que tengan incumbencias en el problema del tráfico de estupefacientes, demás sustancias adictivas y drogas en general.

Art. 2° – Reconócese como establecimientos a aquellas entidades registradas oficialmente y habilitadas técnicamente que cuenten con un equipo de profesionales capacitados en cualquiera de las modalidades de servicios para el mejoramiento de las condiciones psicofísicas y sociales de personas que puedan hacer, hagan o hubieren hecho uso indebido de drogas.

Art. 3° – Los establecimientos a que hace referencia el artículo 2° de la presente ley, están facultados para ejecutar una o más de las siguientes actividades:

- a) Prevención del uso indebido y reducción de la demanda de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas;
- b) Detección precoz, orientación y diagnóstico sobre conductas riesgosas, consumos abusivos y adicciones;
- c) Admisión, acogida terapéutica y tratamientos de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación;
- d) Inserción sociocultural y laboral y reinserción familiar del adicto en tratamiento o rehabilitado.

Formación, educación y capacitación preventiva y/o asistencial, e investigación sobre riesgo socio-familiar, vulnerabilidad y epidemiología de las adicciones.

Art. 4° – Establécense cuatro categorías de establecimientos para prestar los servicios y ejecutar las actividades referidas en los artículos 2° y 3° de la presente ley:

- a) Dependencias oficiales nacionales, provinciales y municipales;
- b) Organizaciones no gubernamentales (ONG);
- c) Establecimientos mixtos con participación conjunta de dependencias oficiales y ONG;
- d) Entidades privadas con fines de lucro;
- e) Instituciones, asociaciones o fundaciones que se encuadren en las categorías b) o c) y en cuyo ámbito funcionen organismos especializados en drogadependencia y, en adelante “instituciones”.

Art. 5° – Todos los establecimientos deberán estar inscritos en el registro nacional, rigiendo esta obligación tanto para aquellos que tuvieren su sede central en el territorio nacional, como los que actúen como filiales o subsidiarias de emprendimientos constituidos en el extranjero. De no cumplirse con esa inscripción, SEDRONAR establecerá sanciones administrativas que comprenderán multas y podrán llegar hasta el cierre del establecimiento si resultasen daños y perjuicios para terceros por acciones imputables al establecimiento, y dejando a salvo las acciones civiles o penales que pudieren corresponder.

Art. 6° – A los fines de obtener su inscripción en el registro nacional, los establecimientos de las categorías b), los de este tipo que participen también de la categoría c) según lo estipulado en el artículo 4° de la presente ley y las instituciones de la categoría d), deberán presentar a SEDRONAR la siguiente documentación:

1. Copia autenticada por Inspección General de Justicia o por certificación notarial, de ins-

trumentos constitutivos de su organización y funcionamiento.

2. Integración de sus autoridades según la forma jurídica que hayan adoptado y sus modificaciones así como las alternativas de fusión, transformación, liquidación y disolución, según lo previsto en sus estatutos y la legislación general sobre la materia.

Art. 7° – A los fines de obtener y mantener regularizada la inscripción en el registro nacional, todos los establecimientos e instituciones deberán presentar ante la SEDRONAR (mencionados en los artículos 4° y 6°) un informe conteniendo los planes, programas y actividades a desarrollar en cada período anual calendario, así como las disponibilidades económicas presupuestadas, origen y aplicación de los fondos por programa correspondiente al ejercicio de que se trate, junto a la descripción de la planta física y equipamientos disponibles para las actividades.

En el caso de establecimientos que desarrollen actividades de tratamiento con programas de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, los requisitos de planta física y capacidad para asistidos, así como de espacios libres y servicios complementarios, cumplirán como mínimo lo establecido en las disposiciones vigentes en el ámbito de la Secretaría de Salud de la Nación.

Art. 8° – Están obligados por las disposiciones precedentes, tanto los organismos ya existentes, como los que se constituyan a partir de la vigencia de la presente ley, y deberán ser cumplimentadas en un plazo de 120 días desde su constitución y, cumplidos estos plazos y por única vez, dentro de los treinta días de la recepción del requerimiento oficial en tal sentido.

Art. 9° – A los fines de obtener el certificado de habilitación técnica oficial, los establecimientos inscritos en el registro nacional deberán cumplir reglas mínimas de organización y dotación de personal, adecuadas al tipo de planes, programas y actividades que desarrollen, de acuerdo con las siguientes pautas generales:

1. Disponer de una dirección general del establecimiento a cargo de un profesional universitario de las ciencias del comportamiento humano, de la salud o sociales, con formación y/o experiencia acreditada en drogadependencia, y con especial capacidad en aquellas actividades que constituyan los objetivos de intervención del establecimiento.
2. Disponer de una dirección técnica para cada uno de los programas que hayan sido planificados para períodos anuales o plurianuales. La misma estará a cargo de un profesional universitario capacitado en drogadependencia o conductas de riesgo

asociadas, con el cual podrán colaborar equipos de disciplinas auxiliares o conexas.

3. Aquellos establecimientos que desarrollen programas de tratamiento psicoterapéutico y médico, deberán contar con una dirección asistencial, a cargo de un profesional de la psicología especializado en drogadependencia y disponer además de una dirección clínico-farmacológica a cargo de un médico que acredite formación en la materia, quien tendrá a su cargo el examen clínico imprescindible para la admisión de los adictos, del cual surgirán los estudios o indicaciones necesarias para el control, seguimiento y tratamiento de las patologías que presente.
4. Aquellos establecimientos que desarrollen programas de prevención, detección y orientación, inserción y reinserción, y formación e investigación, deberán disponer de personal técnico capacitado en educación social, prevención escolar, comunitaria y juvenil, técnicas socioterapéuticas, animación sociocultural, capacitación laboral, recreación deportiva, investigación-acción, comunicación audiovisual, y promoción de la salud.
5. Aquellos establecimientos que admitan el ingreso o permanencia ambulatoria o residencial de consumidores o adictos procesados por violación de la ley 23.737 y/o del Código Penal de la Nación, con viabilidad determinada por decisión judicial, para aplicar tratamientos o medidas de seguridad curativa, o impartir cursos preventivos o medidas de seguridad educativa previstas en la citada ley, deberá contar con los servicios de un abogado o trabajador social a efectos de establecer un nexo funcional con los juzgados o tribunales intervinientes, asesorar a los consumidores o adictos procesados, y coadyuvar a la tutela de menores de 18 años durante la ejecución de las medidas ordenadas por la autoridad judicial.

Art. 10. – Los establecimientos que incluyan programas de asistencia deberán llevar actualizada la siguiente documentación:

- a) Un libro de registro de ingresos y egresos por cualquier motivo (abandono de tratamiento, fuga, derivación a otro servicio, fallecimiento, etcétera);
- b) Un libro de novedades o guardia;
- c) Un libro de altas institucionales;
- d) Historias clínicas básicas, identificando al paciente con signos en clave, número de historia clínica y fecha de nacimiento, y de acuerdo a un modelo unificado para todos los establecimientos donde conste:
 1. Datos de filiación.
 2. Motivo de consulta.

3. Antecedentes de la situación actual (tratamientos, intención de tratarse, intervenciones de emergencia).
4. Examen físico.
5. Diagnóstico psicosocial, individual y familiar.
6. Situación legal.
7. Orientación terapéutica.
8. Plan terapéutico sugerido o indicado.
9. Estudios complementarios (análisis de laboratorio de rutina y/o especializados) y evolución mensual.
10. Epicrisis;

- e) Un libro donde se consignen los programas terapéuticos desarrollados, en desarrollo o a desarrollar con cada tipo o grupo de pacientes, según sus historias clínicas y evolución, expresando su fundamentación, objetivos, metodología a aplicar y tiempo estimado de duración;
- f) Consignación del cumplimiento y control de las normas de bioseguridad vigentes en relación a enfermedades infectocontagiosas, especialmente HVB, HIV, y de las normas epidemiológicas de ETS y sida;
- g) Ficha epidemiológica a remitirse semestralmente a SEDRONAR, con copia a la Secretaría de Salud de la Nación y a los organismos competentes de las jurisdicciones adheridas a la presente ley, reservando el anonimato y evitando la duplicación, a efectos de constituir un banco de datos u observatorio nacional de drogadicción.

Art. 11. – En ningún caso y bajo ninguna circunstancia, salvo que mediare orden judicial, SEDRONAR o cualquier otro organismo nacional o jurisdiccional, requerirá y los establecimientos proporcionarán, datos sobre la filiación o cualquier otra información que permita individualizar al paciente en tratamiento o rehabilitado.

Art. 12. – Los establecimientos que incluyan programas de asistencia con internación, o permanencia diaria o periódica prolongada de los pacientes, y no dispongan de recursos médico-sanitarios generales y permanentes, deberán acreditar su vinculación formal mediante convenio con un centro sanitario que asegure un examen médico completo y obligatorio al ingreso, y en forma periódica, y el control y seguimiento del estado de salud de aquéllos, así como una adecuada atención personalizada cada vez que el paciente residente o semirresidente lo solicitare o le fuera aconsejado.

Si el establecimiento dispusiera de aquellos recursos médico-sanitarios generales, pero no de los especializados, el propio establecimiento verificará en la historia clínica de cada paciente, constancia de las interconsultas realizadas y certificaciones que

las acrediten. Asimismo deberán presentar constancia de convenio con un servicio de emergencia, público o privado.

Art. 13. – Los establecimientos que incluyan programas de asistencia residencial, semirresidencial o ambulatoria deberán estipular pautas consensuadas con los pacientes, en donde figuren las reglas de conducta convivencial y terapéutica a las que éstos se comprometen durante el tratamiento. Entre las mismas, figurarán también los derechos del paciente, quien deberá otorgar el consentimiento informado para estudios y/o tratamientos clínicos o quirúrgicos que puedan ser aconsejados.

Art. 14. – La certificación de habilitación técnica a que se refiere el artículo 9° de la presente ley, surtirá el efecto de reconocimiento oficial del establecimiento. La consiguiente acreditación como organismo habilitado para el cumplimiento de su objetivo social, procederá previa inspección inicial de SEDRONAR, la Secretaría de Salud de la Nación u organismo provincial competente, y tendrá una validez de cinco años renovables.

En el caso que inspecciones periódicas posteriores a la inicial, arrojen resultados negativos en cuanto al cumplimiento por el establecimiento de los requisitos establecidos en los artículos 7° y 9° de la presente ley, la SEDRONAR en consulta con la Secretaría de Salud de la Nación y con organismos provinciales competentes, podrá suspender la habilitación hasta que el establecimiento vuelva a cumplimentarlos. En caso de reincidencia en el incumplimiento, dicha suspensión podrá ser trocada en inhabilitación definitiva y procederá al borrado de su inscripción en el registro nacional, sin perjuicio de otras medidas cautelares para proteger la salud psicofísica de eventuales pacientes.

Art. 15. – La SEDRONAR coordinará con la Secretaría de Salud de la Nación y con los organismos provinciales competentes, las pautas para las inspecciones iniciales y periódicas y su ejecución en forma descentralizada, las cuales incluirán la fiscalización de programas y prácticas de los establecimientos registrados y habilitados.

Art. 16. – La SEDRONAR deberá establecer un sistema científico-técnico para ameritar la eficiencia de los programas y la eficacia de los resultados a fin de asignar puntajes a cada establecimiento y sugerir medidas correctivas en los casos que correspondan. Aquellos establecimientos que revistan en la categoría b) organismos no gubernamentales, en forma independiente, o que estén incluidos en la categoría c) mixtos, según lo estipulado en el artículo 4° de la presente ley, y que obtengan los mejores puntajes, serán considerados prioritariamente para recibir subsidios o becas nacionales o internacionales.

Art. 17. – Los organismos no gubernamentales no inscritos en el Registro Nacional ni habilitados técnicamente, no podrán beneficiarse con subsidios, becas, exenciones impositivas o cualquier otro

beneficio económico del Estado nacional, ni tampoco con cualquier otro medio que requiera autorización estatal, sin perjuicio de las sanciones legales que pudieren corresponder.

Art. 18. – La SEDRONAR está dotada del poder de policía necesario para el cumplimiento de la presente ley y para determinar las sanciones administrativas que, en su caso correspondan, a establecimientos de cualquier categoría por incumplimiento de la misma.

Art. 19. – Derógase la resolución conjunta 169/95 y 3/95 del Ministerio de Salud y Acción Social, y la de SEDRONAR.

Art. 20. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María T. Ferrín. – María N. Sodá.

2

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

TITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – Los establecimientos, instituciones, clínicas o centros privados preventivo-asistenciales, de deshabitación, desintoxicación, rehabilitación y inserción o inserción social de personas por uso indebido de drogas, deberán dar estricto cumplimiento a las disposiciones que establece la presente ley con el objeto de preservar la seguridad, salubridad e higiene de la población.

Art. 2° – A los fines de la presente ley, se entenderá por establecimiento privado asistencial, a todos aquellos constituidos y habilitados por los órganos competentes, que dependiendo de la actividad privada se hallen destinados a brindar orientación, diagnóstico y desintoxicación, deshabitación, rehabilitación, inserción familiar y social, de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, así como de cualquier medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico y social.

TITULO II

Art. 3° – Los referidos establecimientos descritos en los artículos precedentes, deberán contar con la pertinente habilitación sanitaria otorgada por la autoridad competente.

Art. 4° – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Registro Unico de Establecimientos Prestadores de Servicio de Desintoxicación, Rehabilitación y Inserción de Personas Afectadas por Uso Indebido de Drogas.

Art. 5° – El Ministerio de Salud, previa verificación de los requisitos de admisibilidad previstos en la presente ley, otorgará a la institución y/o prestadora, la inscripción correspondiente. Debiendo

dentro de los 15 días de registrada la inscripción, comunicarla a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, con copia certificada del expediente.

Art. 6° – El Ministerio de Salud y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico llamará periódicamente a las instituciones previstas en el artículo 1° que existan en el territorio nacional para su incorporación en el registro correspondiente.

Art. 7° – La habilitación sanitaria de los establecimientos inscritos en el registro previsto en el artículo 4°, su aplicación, modificación, cambio de categorías, edificios, ambientes, instalaciones y la incorporación de servicios serán habilitados por el órgano competente. Debiéndose comunicar toda modificación o cambio dentro del término de treinta (30) días al registro creado en el artículo 4° de la presente ley.

Art. 8° – Las instituciones a las cuales refiere el artículo 1°, deberán prestar gratuitamente sus servicios y atenciones, a un (1) paciente cada cinco (5) beneficiarios por los cuales reciban becas, subsidios. Será obligación de la institución y/o prestadora que reciba beca y/o subsidio del Estado nacional afectado a un paciente bajo su tratamiento atender gratuitamente a una persona por cada cinco pacientes subsidiados del Estado.

Art. 9° – La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el narcotráfico, podrá subsidiar y/o becar al paciente que se encuentre en tratamiento en alguna de las instituciones inscritas en el registro previsto en el artículo 4° de la presente, cuando:

- a) Deba realizar tratamiento en una institución, de acuerdo al perfil de la adicción del demandante;
- b) No cuente con los recursos necesarios que hagan posible el pago particular del tratamiento u obra social en sus distintas modalidades.

Art. 10. – Las instituciones y/o prestadoras que reciban subsidios y/o becas del Estado nacional deberán llevar:

- a) Un registro de las personas que reciban becas y/o subsidios, y por cada cinco de éstas deberán registrar e identificar al paciente de atención gratuita, enunciando en su caso, sus datos personales, fecha de inicio de su atención, diagnóstico y pronóstico, y tipo de atención recibida;
- b) El registro tendrá carácter estrictamente confidencial y sólo podrá ser requerido por autoridad competente a los fines de verificar el cumplimiento de la presente ley.

Art. 11. – *Requisitos de admisibilidad.* A los efectos de la inscripción prevista en el artículo 4° de la

presente ley, la institución y/o prestadora deberá presentar:

- a) Solicitud de inscripción, suscrita por el propietario del establecimiento conjuntamente con quien ejercerá la dirección general del mismo;
- b) Personería jurídica, en su caso;
- c) Constancia de la habilitación municipal, conforme a los requerimientos estipulados según reglamentación vigente;
- d) Fotocopia del título de propiedad, contrato de locación a favor del solicitante u otro título que acredite el uso y goce del inmueble;
- e) Copia del plano actualizado con distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, con la aprobación para el fin propuesto, por la autoridad municipal;
- f) Constancia de inscripción, cuando se trate de prestadores de obras sociales, en el Registro Nacional de Prestadores;
- g) Constancia de inscripción ante AFIP;
- h) Denunciar el domicilio real y legal de su sede y el nombre de sus representantes, en el caso que correspondiere;
- i) Para el caso de las fundaciones, acompañar el plan trienal de actividad;
- j) Descripción de la actividad que realiza, programa terapéutico, fundamentación académica, objetivos, metodología a aplicar. Listado de profesionales y técnicos. Dichos programas como así la aplicación de lo dispuesto serán materia de control por parte del registro creado en el artículo 4° de la presente ley y/o la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico;
- k) Presentar un reglamento interno de los derechos y obligaciones de los pacientes;
- l) Listado del personal profesional y no profesional, director general y técnico, responsables de áreas, terapeutas, técnicos, en todos los casos con detalles de nombres y apellidos, matrículas y certificaciones del colegio de su competencia;
- m) Libro de registro de ingresos y egresos de pacientes;
- n) Cuando se trate de sociedades se acompañará el contrato autenticado con la registración competente. Si se tratara de entidades de bien público u otros, deberán acompañar copia de sus estatutos con registro de inscripción de los mismos en el Registro de Entidades de Bien Público de competencia de su domicilio.

Art. 12. – La prestadora y/o institución una vez registrada deberá informar a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, los días y horarios dispuestos para atención al público, a efectos de su pertinente publicación, consecuentemente quedará obligado a respetarlo estrictamente. Cualquier modificación en este sentido deberá ser notificada al organismo gubernamental con siete días de antelación y por medio fehaciente.

Art. 13. – Las instituciones y/o prestadoras, en todos los casos deberán contar con:

- a) Un establecimiento de derivación (hospital, clínica) municipal, provincial o nacional para la derivación de pacientes que así lo requieran;
- b) Un sistema asegurado de traslado de pacientes comprendido en el primer término y de acuerdo con la gravedad del caso;
- c) Un sistema de comunicación con establecimientos, centros, hospitales; y otro en caso que se requiera VHF o UHI o celular o línea telefónica;
- d) Póliza de seguros que cubra personal, albergados y visitantes;
- e) Cumplir lo establecido respecto a residuos patogénicos cuando corresponda.

Art. 14. – Las prestadoras y/o instituciones deberán garantizar:

- a) La seguridad de los pacientes, visitantes y personal, como a la higiene y la salubridad, prevenir y preservar las mismas;
- b) Las normas de bioseguridad vigentes, en relación a enfermedades infectocontagiosas, en especial HIV y HVB, registro y cumplimiento de las normas epidemiológicas de ETS y SIDA;
- c) La correcta confección de historias clínicas de cada paciente conforme a las disposiciones vigentes. La misma debe ser confeccionada por el profesional actuante con su matrícula. Podrá comprender: datos personales - motivo de consulta - antecedentes de la situación actual (anterior intención de tratamiento, internación de emergencia) - examen físico de ingreso - diagnóstico psicosocial, individual y familiar - situación legal - orientación terapéutica - plan del programa sugerido o indicado (desde la singularidad de la persona admitida) - constancia de las diferentes actividades terapéuticas con fecha y firma de los responsables de cada una de ellas - estudios complementarios básicos (análisis de laboratorio de rutina y/o especializados) - evolución - constancia de las interconsultas - epícrisis;

- d) La promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos tanto para los pacientes, visitantes y personal.

Art. 15. – Será obligación de las instituciones y/o prestadoras mantener las historias clínicas y los protocolos resguardados en forma confidencial, las que sólo podrán ser requeridos por autoridad competente y judicial.

TITULO III

De la categoría de los establecimientos

Art. 16. – El Ministerio de Salud categorizará los establecimientos inscritos en el registro previsto en el artículo 4° del presente, de acuerdo a las normas correspondientes, el cual será asentado en el mismo, haciendo la debida distinción entre establecimientos privados asistenciales de salud mental y atención psiquiátrica, que brinde tratamiento a pacientes duales: psiquiátrico-drogodependientes y establecimientos privados asistenciales, que brinda tratamiento a pacientes drogodependientes bajo la modalidad de hospital de día, comunidad terapéutica o ambulatorio. Comunidad de vida y/o granja.

TITULO IV

Asistencia

Art. 17. – La actividad asistencial se realizará bajo las modalidades que se establezca en la reglamentación vigente, quedando la misma sujeta a los avances científicos en dicha temática. Pudiendo los mismos realizarse de manera ambulatoria, centro de día, centro de noche, internación, comunidad terapéutica, y/u otra modalidad que establezca la reglamentación.

Artículo 18. – La psicoterapia podrá comprender: terapia individual, terapia familiar, terapias grupales, asamblea de pacientes, grupos de apoyo, terapia para codependientes, terapia vincular, multifamiliar, y para hermanos. Grupo de prevención de recaídas, laborterapia y/o terapia ocupacional, taller de lectura y/o escritura, teatro, manualidades. Programa de reinserción social y laboral. Las ofertas asistenciales que brinde cada institución estarán debidamente estipuladas en el programa terapéutico.

TITULO V

De los recursos humanos

Art. 19. – *De los recursos humanos.* Se establecerán los recursos humanos de acuerdo a la reglamentación vigente, en correspondencia con la categoría de la institución. Tomando en consideración para esto, que el mismo se trate de establecimientos privado asistencia de salud mental y atención psiquiátrica, que brinde tratamiento a pacientes duales: psiquiátrico - drogodependientes y establecimiento privado asistencial, que brinda tratamiento a pacientes drogodependientes bajo la modali-

dad de hospital de día, comunidad terapéutica o ambulatorio. Comunidad de vida y/o granja.

Art. 20. – Cada institución, establecimiento o centro privado deberá acondicionar o rediseñar su estructura edilicia o instalaciones conforme a la reglamentación vigente, y de acuerdo al programa que implemente.

Art. 21. – Las instituciones y/o prestadora, cualquiera sea su categoría, poseerán un abogado consultor de los pacientes, familiares y del personal en general, el cual poseerá conocimientos básicos en la problemática referida.

Art. 22. – Las instituciones, cualquiera sea su categoría, promocionarán y alentarán la alfabetización en todos sus niveles, como también la finalización de los mismos si los hubiese abandonado. Así como la instrucción en oficios, actividades que redundarán en un beneficio directo para la etapa de reinserción social.

Art. 23. – *De los operadores socioterapéuticos.* Deberá poseer título habilitante de operador socioterapéutico, otorgado por universidad o establecimiento educativo de carácter oficial o privado.

Art. 24. – El Ministerio de Salud, y/ o la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico dentro del término de sesenta días de promulgada la presente ley deberá determinar la creación de cursos de capacitación de operador socioterapéuticos, estableciendo en su caso las bases y condiciones, programas del mismo, como así también emitir la constancia o título habilitante correspondiente.

Art. 25. – *De los directores.*

- a) Los establecimientos poseerán un director general cuya profesión será en todos los casos un profesional de la salud, excepto en establecimiento privado asistencial de salud mental y atención psiquiátrica, que brinde tratamiento a pacientes duales: psiquiátrico-drogo dependientes en cuyo caso será un médico psiquiatra, en todos los casos deberán tener una especialización o *magister* en uso indebido de drogas, o experiencia comprobable en dicha temática;
- b) Todas las instituciones poseerán un director técnico, quienes a su vez deberán acreditar ser profesionales de la salud (médico, psicólogo) especialistas o *magister* en uso indebido de drogas.

Art. 26. – *De la especialización o magister.*

- a) Los contenidos y condiciones del curso de especialización en uso indebido de drogas o *magister* interdisciplinarios en uso indebido de drogas, estarán sujetos a la reglamentación correspondiente;
- b) El Poder Ejecutivo garantizará los lugares para la capacitación de los profesionales.

Art. 27. – *De las obligaciones del director general.*

- a) Verificar la calidad de los profesionales, técnicos, terapeutas y personal de enfermería que prestare servicios en los establecimientos citados en el artículo 1°;
- b) Adoptar los recaudos para que los profesionales y demás personal confeccionen en tiempo y forma oportunos las historias clínicas de cada paciente;
- c) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso de su conocimiento;
- d) Será responsable del depósito de los medicamentos;
- e) Deberá velar por una correcta alimentación de los albergados, la cual poseerá un mosaico dietético según las necesidades calóricas de cada paciente;
- f) Velar por una eficaz y adecuada atención y/ o tratamiento de los pacientes del establecimiento;
- g) Mantener la nómina actualizada del personal que se desempeña en los establecimientos, para lo cual deberá notificar a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, a la brevedad posible cualquier modificación al respecto;
- h) Informar de las internaciones, traslados, altas y bajas de los pacientes, bajo programa terapéutico;
- i) Observar se desarrollen actividades de prevención 1° y protección de la salud, abierto a la comunidad;
- j) Observar se realicen los análisis de laboratorio obligatorios al inicio del tratamiento;
- k) Cumplimentar lo establecido en la ley 22.914.

Art. 28. – *De las obligaciones del director técnico.*

- a) Supervisar, evaluar y controlar lo concerniente al programa terapéutico. Tendiendo al trabajo interdisciplinario y transdisciplinario;
- b) Informar semestralmente, a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, la evaluación que se realice de la marcha del programa, así como las posibles propuestas a fin de lograr la optimización del mismo, las cuales la SEDRONAR deberá responder a la brevedad;
- c) Deberá asegurarse en cada caso que se contemple el respeto, los derechos y necesidades particulares de cada uno de los pacientes, personal y familiares;

- d) Todo acto referido al eficaz desarrollo del programa terapéutico;
- e) Diseñar e implementar pequeños programas de prevención primaria en la temática, que involucren a la comunidad circundante.

TITULO VI

De la relación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y los establecimientos

Art. 29. – La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, tendrá las funciones con respecto a dichas instituciones y/o prestadoras de:

- a) Comunicar a las instituciones los resultados de los programas de investigación en políticas de prevención y asistencia de las personas dependientes de drogas, así como la posibilidad de capacitación permanente en materia de asistencia y prevención comunitaria;
- b) Actuar de consultor permanente de las instituciones de prevención y asistencia de drogodependencia;
- c) Informar acerca de nuevas leyes, decretos y resoluciones que les competen y atañen a dichas instituciones;
- d) Otorgar subsidios de asistencia, y/o becas a instituciones y/o prestadoras, personas y/o familia de pacientes en riesgo social que deban realizar tratamiento de drogodependencia, siempre y cuando estén afectados al mismo;
- e) Dichos subsidios y becas alcanzarán a personas mayores de 18 años, tuteladas o no tuteladas, dependientes de sustancias psicoactivas, carentes de toda cobertura médica total o parcial y sin recursos económicos suficientes, propios o familiares para afrontar un tratamiento, incluyéndose a quien se hubiere indicado al tratamiento de la medida de seguridad curativa prevista en la ley nacional 23.737. En ningún caso los subsidios y/o becas serán abonados a las personas cuyo tratamiento se recomienda, debiendo realizarse directamente a la institución y/o prestadora que se aboque a su tratamiento;
- f) Realizar las inspecciones periódicas de las instituciones a fin de evaluar el estado general de las personas internadas, se observará su evolución en el lugar, se hará lugar a propuestas y sugerencias que consideren oportunas;
- g) Los programas, como así la aplicación de lo dispuesto serán materia de control por par-

te de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico;

- h) Se evaluará el cumplimiento de los requisitos vigentes en cuanto a obligaciones preventivas, asistenciales y sanitarias;
- i) Recibirán las denuncias de cualquier ciudadano acerca de anomalías en las instituciones comprendidas por la presente ley y serán responsables ante todos los demás organismos de su investigación, informe y medidas que el caso amerite tomar.

Art. 30. – La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico ejercerá con todas las instituciones y/o prestadoras inscritas en el registro previsto en el artículo 4° de la presente ley facultades de contralor e inspección, y en el caso de que verificase deficiencias técnicas, edilicias, de seguridad, deberá denunciar ante la autoridad administrativa que determinó su habilitación a efectos de que se proceda al contralor y se intente a la misma a subsanar las deficiencias denunciadas, bajo apercibimiento de determinar la suspensión y/o clausura de acuerdo a las leyes, ordenanzas y/o reglamentos que rijan su competencia.

Art. 31. – La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico que mediante sus verificaciones constatare que las instituciones y/o prestadoras no presten un adecuado servicio garantizando la salud y rehabilitación de los internos podrá disponer:

- a) La caducidad y/o retiro de las becas y/o los subsidios entregados;
- b) Comunicar a los familiares del paciente las deficiencias detectadas y acordar el traslado a otro establecimiento de los registrados en el artículo 4°;
- c) Cancelar la inscripción por ante la secretaría;
- d) Requerir en forma fundada la cancelación y baja del registro creado en el artículo 4° de la presente ley;
- e) Requerir a la autoridad competente nacional, provincial y/o municipal en forma fundada la clausura del establecimiento.

Art. 32. – Por los hechos y/o actos cometidos por el director general, director técnico, como cualquier otro profesional de la medicina, personal a su cargo, que causare un daño a la salud de los pacientes serán solidariamente responsables con la institución y/o prestadora, como así también aquel que disponga la impregnación medicamentosa, o cualquier otro avasallamiento a los derechos individuales, será motivo de la clausura de la institución y la

exclusión del mismo del registro previsto en el artículo 4°.

Las transgresiones a las disposiciones de la presente ley serán sancionadas según lo establecido en el artículo 125 y siguientes de la ley 17.132 y el decreto 341/92.

Art. 33. – La presente ley será reglamentada por el Poder Ejecutivo nacional dentro de los sesenta

(60) días contados a partir de la fecha de su promulgación.

Art. 34. – Invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art. 35. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Miguel A. Mastrogiácomo. – Graciela I. Gastañaga. – Horacio Vivo.

