

Salud

COMPENDIO NORMATIVO

Selección de Normas
para Profesionales
de la Salud



Defensoría del Pueblo de
la Ciudad de Buenos Aires

SELECCIÓN DE NORMAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

El presente compendio normativo ha sido realizado por el Área de Salud e Integración Social de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y sus objetivos son:

- 1) Difundir una selección de la legislación vigente en relación a los derechos de las personas tanto en las temáticas específicas de la salud como en tópicos anexos.
- 2) Constituirse en un instrumento de consulta de los profesionales del equipo de salud, especialmente de los servicios sociales.

Ambas metas apuntan a la finalidad última de inscribir este compendio en el proceso de actualización y capacitación permanente de los profesionales.

La selección de la normativa, agrupada temáticamente, pretende lograr un escrito ágil y de fácil manejo, relacionado esencialmente con aquellas prácticas en salud que, por acción u omisión, son recurrentemente denunciadas por los vecinos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como violatorias de sus derechos. Si bien en la mayoría de los casos se transcribe el texto completo de la legislación, en otros se citan los fragmentos considerados más pertinentes, aclarándose que se trata de una transcripción parcial.

La fundamentación de esta iniciativa se basa en el supuesto de que el conocimiento de las leyes vigentes constituye una condición indispensable para el desarrollo de cualquier intervención profesional que se desarrolle en instituciones relacionadas a la efectivización de los *derechos humanos*.

La defensa de estos derechos involucra a la sociedad en su conjunto, ya que en este campo se dirime la construcción de los *sujetos sociales*. La mayoría de las profesiones del ámbito de la salud basan su formación en ideales humanitarios, que ubican a estas disciplinas en una posición estratégica para promover una mejora en la calidad de vida de las personas.

El fortalecimiento de la capacidad de análisis de los profesionales enriquece sus intervenciones, en la medida en que las diferencia de prácticas meramente asistencialistas y, a la vez, convoca al fortalecimiento de la figura de la persona como sujeto de derechos.

Este compendio está estructurado en secciones temáticas para facilitar su uso. El primer título, "Salud General", se refiere a las normativas que establecen los derechos de las personas a la atención integral de su salud y los principios básicos desde donde ésta debería estructurarse. El segundo, "Complemento a la atención de la Salud", reúne legislación sobre temas como documentación y derechos que asisten a las personas en estado de vulnerabilidad. El tercero, denominado "Familia, Niñez y Adolescencia", compila las normas específicas referidas a estos grupos. El cuarto, "Personas con Necesidades Especiales", busca incorporar la promoción del concepto de la equiparación de derechos sobre personas discapacitadas. En el quinto título, "Salud Sexual y Reproductiva", se transcribe aquella normativa vigente -pero a veces desconocida- que permite desarrollar acciones acordes a una concepción integral de la sexualidad. En el sexto se consigna la referida a "Enfermedades Específicas". En el séptimo se despliegan los principios relativos a las condiciones de uso y prescripción de "Medicamentos". En el octavo, aquellos que favorecen la "Gestión de Recursos". Finalmente, bajo el último título se reseña la legislación específica respecto a las "Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga", relevante aún para funcionarios públicos, ya que permite conformar un panorama más integrado de los prestadores de servicios en el ámbito de la salud.

Diciembre de 2004

¿QUÉ ES LA DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES?

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un órgano unipersonal e independiente con autonomía funcional y autarquía financiera, que ejerce las funciones establecidas por la ley sin recibir instrucciones u órdenes de ninguna autoridad. En consecuencia, el Defensor o Defensora del Pueblo no depende ni integra ningún otro poder de la Ciudad.

Su función consiste en garantizar y promover el respeto de sus derechos humanos y demás intereses individuales, colectivos y difusos -tutelados en la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las leyes-, protegiéndolos de las arbitrariedades, las desviaciones de poder y los errores de las instituciones del Estado local y sus funcionarios, así como de los abusos, negligencias o irregularidades cometidas por las empresas que prestan servicios públicos y las

fuerzas que ejercen funciones de policía de seguridad, procurando –a través de recomendaciones dirigidas a las autoridades correspondientes- mejorar la calidad de vida de la población.

El Defensor o Defensora del Pueblo puede iniciar y proseguir investigaciones conducentes al esclarecimiento o rectificación de cualquier acción o comportamiento que implique el ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, abusivo, arbitrario, discriminatorio o negligente de la función administrativa pública y que sea susceptible de afectar derechos y garantías e intereses , sean individuales, difusos o colectivos.

En todos los casos, está autorizada a fijar los plazos para la remisión de informes y antecedentes y la realización de diligencias, y también para demandar la intervención de la Justicia cuando la documentación solicitada le hubiere sido negada.

Tanto los organismos y entes sometidos a su competencia como los particulares se encuentran obligados a colaborar con la Defensoría del Pueblo, y el incumplimiento de esta obligación por parte de un empleado o funcionario público es causal de mal desempeño y puede acarrear sanciones.

La Defensoría del Pueblo constituye un sistema de control de la administración pública que no se superpone con los procedimientos tradicionales sino que los complementa y amplía. Su acceso es libre para cualquier vecino y está exento de todo ritualismo superfluo, ya que utiliza procedimientos despojados de formalidades, por lo cual su actividad adquiere mayor celeridad y elasticidad. Asimismo, el Defensor o Defensora puede iniciar actuaciones de oficio o a petición de un tercero.

La tramitación de los reclamos es totalmente gratuita y el interesado no requiere patrocinio letrado. El quejoso puede solicitar que su demanda sea confidencial o su identidad reservada aunque, de por sí, su nombre se mantiene en secreto frente a terceros y a organismos no implicados en el tema investigado. Asimismo, tiene el derecho de ser informado sin demora del curso que se le otorgó a su queja o reclamo.

La Defensoría del Pueblo no dará curso a las quejas cuando advierte mala fe, carencia de fundamentos, inexistencia de pretensión o razón fútil o trivial, ni tampoco si se refieren a asuntos ya juzgados, ya que las decisiones adoptadas por los tribunales en el ejercicio de su función jurisdiccional no son susceptibles de revisión por parte de instituciones ajenas al Poder Judicial. Ninguno de estos supuestos, empero, impide la investigación sobre los problemas generales planteados en los reclamos realizados.

El Defensor o Defensora del Pueblo no es un juez y, por lo tanto, no dicta sentencias ni impone sanciones, pero sus advertencias y recomendaciones constituyen la voz de la opinión pública y tienen una influencia decisiva en la modificación de las normas y disposiciones vigentes.

Sus resoluciones no son vinculantes, pero si dentro del plazo fijado, la autoridad administrativa afectada no produce una medida adecuada o no informa de las razones que estime para no adoptarla, el Defensor o la Defensora del Pueblo puede poner en conocimiento del Ministro o Secretario del Área, o de la máxima autoridad de la entidad involucrada, los antecedentes del asunto y las recomendaciones propuestas.

Si tampoco de esta forma obtiene una justificación adecuada, debe incluir tal asunto en un informe anual a la Legislatura, con mención de los nombres de las autoridades o funcionarios que hayan adoptado esa actitud.

Tal como lo señaló la Defensora del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, doctora Alicia Pierini, en oportunidad de realizarse la Jornada Académica "Derechos económicos, sociales y culturales", el 25 de junio de 2004, en la provincia de Córdoba, "(...) hace treinta años luchábamos contra la dictadura militar. Cuando llegó la democracia, tuvimos que edificar sus instituciones y sancionar la normativa fundamental para proteger los DDHH de la población. Ahora tenemos las instituciones -con demasiadas fallas-, y también las normas. Pero éstas no se cumplen. El paso siguiente es erigir y solidificar el sistema de garantías, y a la Defensoría del Pueblo como una institución que vele por él, entre la norma que expresa la vocación de conductas y la conflictiva realidad. Es en ese espacio que debemos estar nosotros, con un oído en lo que sucede en la calle y otro en el derecho constitucional, para achicar esa brecha y tender un puente que permita construir nuevos comportamientos institucionales, como mediadores, cooperadores y gestores. Las políticas de Estado se debaten en otro lugar al que no pertenecemos. Nuestra misión es que no vulneren, ni siquiera rocen, el sistema de los derechos y garantías constitucionales, y que una vez consensuado y normatizado, se cumpla".

Si usted, como profesional del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quiere realizar una consulta o derivar a alguien, puede concurrir personalmente a la **Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Venezuela 842**, de lunes a viernes de 10 a 18 horas, y los sábados, de 10 a 14. El teléfono es el **4338-4900 (líneas rotativas)**, **www.defensoria.org.ar**, el sitio de Internet y el e-mail es **consultas@defensoria.org.ar** o **como@defensoria.org.ar**.



Defensoría del Pueblo de
la Ciudad de Buenos Aires

Defensora del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Dra. Alicia Pierini

Defensores Adjuntos

Arq. Atilio Alimena

Prof. Gustavo Lesbgueris

Prof. Graciela Muñiz

Sra. Claudia Serio

Área de Salud e Integración Social

Dr. Carlos Niccolini (Jefe)

Dra. Mónica Cárcova

Compiladoras

Licenciadas en Trabajo Social Mariana Azcárate y Maitena Fidalgo (rotante de la Residencia de Trabajo Social en Salud)

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Venezuela 842 / 824

Tel.: 4338-4900 Líneas rotativas

Correo Electrónico: consultas@defensoria.org.ar

Editado por el área de Comunicación - Diciembre de 2004

INDICE

TÍTULO Iº: SALUD GENERAL

Constitución Nacional.

Trascripción parcial. Artículo 75 (Adhesión a Tratados Internacionales).....	13
--	----

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Título Segundo (Políticas Especiales). Capítulo Segundo.....	14
--	----

Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nº 153

Decretos Reglamentario. Nº 208/01 y Nº 2316/03.....	15
---	----

Salud Mental.

Ley Nº 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Decreto Reglamentario Nº 635/04.....	31
--	----

TÍTULO IIº: COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Política Migratoria Argentina.

Ley Nacional Nº 25.871. Trascripción parcial. Artículos del 1º al 9º	49
---	----

Protección de los Derechos y Atención de la Salud frente a la Crisis Económica y Social.

Ley Nº 752 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	51
---	----

Exenciones. Identificación. Documento Nacional de Identidad.

Ley Nacional Nº 17.671. Trascripción parcial. Art. 30º	52
---	----

Gratuidad del otorgamiento del primer Documento Nacional de Identidad.

Decreto Nacional 262/2003.....	52
--------------------------------	----

Alta Social.

Resolución Nº 57/00 de la Asesoría General de Incapaces de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	53
---	----

Gratuidad del Otorgamiento de la Libreta Sanitaria.

Ley Nº 905 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	54
---	----

Acción de Amparo.

Ley Nacional Nº 16.986.

Transcripción parcial. Artículo 1º54

TÍTULO IIIº : FAMILIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**Protección contra la Violencia Familiar.**

Ley Nacional Nº 24.417.

Decreto reglamentario Nº 235/96.....55

Régimen de Adopción.

Ley Nacional Nº 24.779.....59

Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Ley Nº 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....63

TÍTULO IVº : PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES**Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas.**

Ley Nacional Nº 22.431. Decreto reglamentario Nº 762/97

y modificatorias Ley Nº 25.504.....79

Políticas para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales.

Ley Nº 447 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....85

TÍTULO Vº : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**Salud Sexual y Procreación Responsable.**

Ley Nacional Nº 25.673.....87

Salud Sexual y Reproductiva.

Ley Nº 418 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

y modificaciones por Ley Nº 439.....89

Prestaciones relacionadas con el embarazo, el parto y posparto.	
Ley Nacional N° 25.929.....	91

Derechos de la Mujer en el momento del parto, e internación.	
Ley N° 1.040 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	93

Procedimiento para la Atención Profesional frente a solicitudes de Ligaduras Tubarias de Pacientes que se atienden en Efectores del Sistema de Salud.	
Resolución N° 874/03 de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	93

Procedimientos ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida.	
Ley N° 1.044 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	94

Medidas conjuntas para la prevención y tratamiento de situaciones de violencia sexual.	
Resolución N° 334 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y modificatoria N° 2.557.....	95

TÍTULO VIº : ENFERMEDADES ESPECIFICAS

Tratamiento de la insuficiencia renal.	
Ley Nacional N° 22.853.....	103

SIDA.	
Ley Nacional N° 23.798.	
Decreto Reglamentario N° 1.244/91.....	105

Red de atención de pacientes VIH-SIDA. Plan de Prevención.	
Resolución de S.S. de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 1.654/99.....	111

Lucha contra el Cáncer.	
Ley Nacional N° 23.611.....	113

Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes.	
Ley Nacional N° 337.....	115

Medidas de protección para las personas que padecen epilepsia.	
Ley Nacional N° 25.404.....	116

TÍTULO VIIº : MEDICAMENTOS

Promoción de la utilización de Medicamentos por su nombre genérico.

Ley Nacional Nº 25.649.....119

Uso compasivo de Medicamentos.

Reglamento de las condiciones de excepción para la Prescripción individual y/o importación de drogas no comercializadas en el país.

Disposición 840/95 (A.N.M.A. y T.M.).....121

TÍTULO VIIIº : GESTIÓN DE RECURSOS

Plan Médico de Cabecera.

Decreto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nº 456/96.....123

Procedimiento para Ayudas Sociales a Personas de Escasos Recursos.

Resolución Nº 158/98 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....125

Plan Materno Infantil. Transcripción parcial.

Sub Programa de Apoyo Nutricional.

Decreto 1.965/99 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....128

Programa de Salud Visual “¿A Ver Que Ves?”

Decreto Nº 1.445/03 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....130

Sistema de Atención Pediátrica de Urgencia a Domicilio.

Resolución Nº 892/00 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Transcripción parcial.....132

Banco de Elementos Ortopédicos.

Ley Nº 921. Decreto Reglamentario Nº 2681

de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....134

Programa de Atención de Casos de Emergencia individual o familiar.

Ordenanza Nº 41.110 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....136

Programa “Vale Ciudad”.

Decreto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nº 39/02.....138

TÍTULO IXº : OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA.

Régimen de Obras Sociales.

Trascripción parcial de la Ley Nacional Nº 23.660 Artículos 1º al 3º, y de la Ley Nº 23.661, Artículos 1º, 2º, 3º, 5º, 6º, 7º, 8º y 9º143

Libre elección de Obras Sociales.

Decreto Nacional 9/93.....145

Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

Resolución Nº 201/02. Trascripción parcial. Sin Anexos.
Con modificatoria, Resolución 310/04.....146

Administración de Programas Especiales.

Resolución Nº 00/99.....149

Diabetes.

Ley Nacional Nº 23.753 y Decreto Regl. Nº 1.271/98.
Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA).
Resolución 301/99. Trascripción parcial.....150

Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

Ley Nº 24.901. Decreto Nº 1193/98. Resolución Nº 28/99.....152

Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

Ley Nº 25.415.....166

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes Monotributistas.

Decreto Nº 806/04. Trascripción parcial. Sólo Anexo.....167

Medicina Prepaga.

Ley Nacional Nº 24.754. Obligatoriedad de cumplir con el Programa Médico Obligatorio.....169

SALUD GENERAL

CONSTITUCIÓN NACIONAL

Trascripción parcial. Artículo 75º
(Adhesión a Tratados Internacionales)

Artículo 75º :

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHO ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES:

Artículo 12º : 1.- Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.

Artículo 11º : Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular:

(...) f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Artículo 12º : 1.- Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

CAPITULO SEGUNDO: SALUD

Artículo 20º: Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integridad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo procede con otras jurisdicciones.

Artículo 21º: La legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud, conforme a los siguientes lineamientos:

- 1- La Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social.
- 2- El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- 3- Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el área metropolitana; y concerta políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- 4- Promueve la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.
- 5- Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos.
- 6- Reconoce a la tercera edad el derecho a una asistencia particularizada.
- 7- Garantiza la prevención de la discapacidad y la atención integral de personas con necesidades especiales.
- 8- Previene las dependencias y el alcoholismo y asiste a quienes la padecen.
- 9- Promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales, sin afectar la unidad del sistema, la participación de la población, crea el Consejo General de Salud, de carácter consultivo, no vinculante y honorario, con representación estatal y de la comunidad.
- 10- Desarrolla una política de medicamentos que garantiza eficacia, seguridad y acceso a toda la población. Promueve el suministro gratuito de medicamentos básicos.
- 11- Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades.
- 12- Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicar

el castigo, propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

- 13- No se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector, ni delegarse en las mismas las tareas de planificación o evaluación de los programas de salud que en él se desarrollen.

Artículo 22º : La Ciudad ejerce su función indelegable de autoridad sanitaria. Regula, habilita, fiscaliza y controla todo el circuito de producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, medicamentos tecnología médica, el ejercicio de las profesiones y la acreditación de los servicios de salud y cualquier otro aspecto que tenga incidencia en ella. Coordina su actividad con otras jurisdicciones.

LEY BÁSICA DE SALUD Nº 153 DECRETOS REGLAMENTARIOS Nº 208/01 Y Nº 2316/03
--

TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo 1. Objeto, alcances y principios

Artículo 1º - Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

Artículo 2º . Alcances. Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 3º . Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.

e. La cobertura universal de la población;

f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;

g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones

h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.

i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;

j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;

k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.

Artículo 4º. Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
- b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
- c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
- d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
- e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;
- f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
- g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
- h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
- i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
- j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- k. Internación conjunta madre-niño;
- l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
- n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
- o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

Artículo 5º. Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Artículo 6º. Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
- b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;
- c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Artículo 7º. Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

CAPITULO 3. AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONSEJO GENERAL DE SALUD

Artículo 8º. Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de salud.

Artículo 9º. Consejo General de Salud. El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el Gobierno de la Ciudad. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

TITULO II. SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

CAPITULO UNICO

Artículo 10º. Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Artículo 11º. Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Artículo 12º. Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;
- b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
- c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
- d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
- e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;
- f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
- g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
- h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
- i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
- j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
- k. La regulación y control de la tecnología sanitaria;

- l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos;
- m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
- n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
- o. La prevención y control de las zoonosis;
- p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
- q. La promoción y prevención de la salud bucal;
- r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
- s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;
- t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
- u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
- v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
- w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
- x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
- y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

TITULO III. SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD

CAPITULO 1. DEFINICION Y OBJETIVOS

Artículo 13º. Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Artículo 14º. Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:

- a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbilidad prevenibles y reductibles;
- b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbilidad materno-infantil,

promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición;

c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria;

d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores;

e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;

f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones;

g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios;

h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel;

i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención;

j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios;

k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores;

l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento;

m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios;

n. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;

o. Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura;

p. Instituir la historia clínica única para todos los efectores;

q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación;

r. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social;

s. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente;

t. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud;

u. Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios;

v. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud;

w. Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.

CAPITULO 2. ORGANIZACIÓN

Artículo 15º - Subsector Estatal. Organización General. El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

Artículo 16º. Subsector estatal. Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

Artículo 17º. Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

Artículo 18º. Primer nivel. Definición. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Artículo 19º. Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención;
- b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;
- d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquellas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Promover la participación comunitaria;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 20º. Segundo nivel. Definición. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación.

Artículo 21º. Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
- b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
- c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;

h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 22º.- Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Artículo 23º.- Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

- a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
- d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 24º.- Efectores. Definición. Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

Artículo 25º.- Efectores. Organización general. Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

Artículo 26º.- Efectores. Descentralización. La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

Artículo 27º.- Subsector estatal. Organización territorial. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

Artículo 28º.- Regiones sanitarias. Número y delimitación. La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de tres (3), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

Artículo 29º.- Regiones sanitarias. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las

mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

Artículo 30º.- Regiones sanitarias. Conducción y Consejos regionales. Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

Artículo 31º.- Áreas de Salud. Lineamientos. Las áreas de salud se desarrollan en base a los siguientes lineamientos:

- a. Responden a una delimitación geográfico-poblacional y tenderán a articularse con las futuras comunas;
- b. Son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud;
- c. Son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera;
- d. Constituyen un Consejo Local de Salud, integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;
- e. Analizan las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

CAPITULO 3. FINANCIACION

Artículo 32º.- Presupuesto de Salud. El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud.

Artículo 33º.- Recursos. Los recursos del presupuesto de salud son:

- a. Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas;
- b. Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción;
- c. Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;
- d. Los aportes provenientes del Gobierno Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud;
- e. Los préstamos o aportes nacionales e internacionales;
- f. Las herencias, donaciones y legados.

Artículo 34º.- Fondo de redistribución. Los ingresos señalados en los incisos b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones de desigualdad de las diferentes áreas y regiones.

Artículo 35º.- Presupuesto. Lineamientos. La autoridad de aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

- a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución;
- b. La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad;
- c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario;
- d. La descentralización de la ejecución presupuestaria;

- e. La definición de políticas de incorporación tecnológica;
- f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
- g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

CAPITULO 4. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL

Artículo 36º.- Estatuto Sanitario. El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de lo establecido por el Art. 43 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 37º.- Estatuto Sanitario. Lineamientos. El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:

- a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento;
- b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado;
- c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso;
- d. Establece la periodicidad de los cargos de conducción;
- e. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente;
- f. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos;
- g. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral;
- h. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

CAPITULO 5. DOCENCIA E INVESTIGACION

Artículo 38º.- Consejo de investigación de salud. Creación. El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura, un proyecto de creación de un consejo de investigación de salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

Artículo 39º.- Consejo de investigación de salud. Lineamientos. El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- a. Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios;
- b. Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 33. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos;
- c. Favorece el intercambio científico, nacional e internacional;
- d. Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos;
- e. Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional;
- f. Propone la creación de la carrera de investigador en salud;
- g. Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación;
- h. Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas;

- i. Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

Artículo 40º.- Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:

- a. La promoción de la capacitación permanente y en servicio;
- b. La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud;
- c. El enfoque interdisciplinario;
- d. La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
- e. La articulación mediante convenio con los entes formadores;
- f. La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado;
- g. El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento;
- h. La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

TITULO IV. REGULACION Y FISCALIZACION

CAPITULO UNICO

Artículo 41º.- Regulación y fiscalización. Funciones generales. La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

Artículo 42º.- Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Artículo 43º.- Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Artículo 44º.- Seguridad social. Fiscalización. Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Artículo 45º.- Seguridad social. Prestaciones estatales. La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Artículo 46º.- Seguridad social. Reclamos por prestaciones estatales. Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

Artículo 47º.- Padrones de beneficiarios. La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

Artículo 48º.- Legislación específica. La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:

- a. Consejo General de Salud;
- b. Ejercicio profesional;
- c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:
 - 1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;
 - 2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o macificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;
 - 3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día;
- d. Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios;
- e. Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos;
- f. Trasplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales;
- g. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional;
- h. Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud;
- i. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos;
- j. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales;
- k. Salud reproductiva y procreación responsable;
- l. Salud escolar;
- m. Salud laboral;
- n. Telemática en salud;
- o. Identificación del recién nacido;

DECRETO REGLAMENTARIO N° 208/01 y N° 2316/03

Artículo 1º - Apruébase el Reglamento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que como Anexo y a todos sus efectos forma parte del presente Decreto.

Artículo 2º - El presente decreto será refrendado por los Señores Secretarios de Salud y de Hacienda y Finanzas.

Artículo 3° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos comuníquese a la Secretaría de Salud. Cumplido, archívese.

ANEXO

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 153/99

Artículos 1º, 2º y 3º. Sin reglamentar.

Artículo 4º-

Incisos a) y b) Sin reglamentar.

Inc. c) Los profesionales de la salud, integrantes de equipos médicos, colaboradores, auxiliares, y empleados de los centros asistenciales, deberán abstenerse de divulgar cualquier tipo de información que confíe o revele un paciente. También queda incluida dentro de esta prohibición la información que surja de la documentación producida con motivo de la atención de un paciente. Ello, sin perjuicio de las disposiciones legales vigentes en la materia.

Inc. d) El médico está obligado a proveer a su paciente toda la información relevante disponible, relacionada con su diagnóstico y tratamiento.

Dicha información, oral o escrita, será provista de manera clara y veraz, y deberá brindarse conforme a las posibilidades de comprensión del asistido.

La Historia Clínica y los registros profesionales deberán estar redactadas en forma legible, sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos. Las enmiendas o raspaduras deberán ser salvadas. Estos documentos serán llevados al día, fechados y firmados por el profesional actuante, con aclaración de su nombre, apellido y número de matrícula profesional.

Al egreso de un establecimiento asistencial se entregará al paciente el resumen de su historia clínica, donde conste: nombre y apellido; datos de filiación; diagnóstico; procedimientos aplicados;

tratamiento y motivo o causa de la derivación si la hubiere; firma del profesional interviniente, certificada por la máxima autoridad del establecimiento.

Una copia del documento firmada por quien corresponda, quedará como constancia de recepción.

En caso de derivación a otro establecimiento, se aplicará igual procedimiento a solicitud expresa del paciente ambulatorio.

Si se hubiere producido el fallecimiento del paciente, o si este no estuviere en condiciones de recibir el resumen de su historia clínica, la entrega se efectivizará a su representante legal, cónyuge, pariente más próximo o allegado.

Inc. e) Sin reglamentar

Inc. f) A los fines de este inciso se exceptúan los casos de urgencia.

Inc. g) Cuando intervenga un equipo de salud, tanto en casos de atención ambulatoria o de internación, se informará al paciente el nombre y apellido de todos sus integrantes, así como el del principal comunicador. En caso de ausencia de este último, deberá designarse un profesional en su reemplazo.

Inc. h) **Modificado por Decreto reglamentario n° 2316/03**

1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.

2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.

3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).

4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.

5. Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

6. En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.

7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.

Inc. i) Sin reglamentar.

Inc. j) Cualquier práctica docente o de investigación deberá ser precedida de información adecuada a cada paciente, con detalle de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que la experiencia puede acarrear. En todos los supuestos, deberán agotarse las precauciones para resguardar la intimidad del paciente, y reducir al mínimo los efectos disvaliosos de dichas prácticas.

Los pacientes deberán ser informados del derecho a rechazar su participación en las prácticas docentes o de investigación, y para retractar en cualquier momento la autorización conferida en tal sentido, sin perjuicio de la continuidad de su atención.

El consentimiento informado del paciente para participar de actividades de docencia e investigación deberá registrarse en la Historia Clínica, en un espacio habilitado a tal fin, con expresa mención de la fecha, firma del paciente, y del profesional actuante, con aclaración de nombre, apellido y número de matrícula.

Las actividades de docencia e investigación deberán ser autorizadas por los comités de bioética, y de docencia e investigación del establecimiento en el que se realicen.

Inc. k) Los centros asistenciales adecuarán las estructuras de los servicios básicos requeridos para asegurar la internación conjunta de la madre y el niño hasta los catorce años de edad. Los entes financiadores de la atención de la salud asumirán los costos derivados de dicha internación conjunta. El centro asistencial deberá expedir el

correspondiente certificado, que acredite el tiempo de duración de la internación conjunta de la madre y el niño.

Inc. l) Sin reglamentar.

Inc. m) Cada centro asistencial habilitará un registro en donde quedarán asentados en orden cronológico, los reclamos, quejas, sugerencias y propuestas de los usuarios.

La manifestación o presentación que el usuario formule, en toda circunstancia deberá ser firmada por el mismo, con aclaración de su nombre y apellido, registro de su documento de identidad y domicilio.

A dichas peticiones se les deberá dar respuesta en el plazo de diez (10) días hábiles, pudiendo por razones debidamente fundadas prorrogarse por igual término, dando noticia de ello al presentante.

Los establecimientos de salud remitirán a la Secretaría de Salud de la Ciudad, por la modalidad y con la frecuencia que ésta establezca, un listado de la cantidad y tipo de requerimientos efectuados por los usuarios y su resultado.

Inc. n) Sin reglamentar.

Inc. o) Sin reglamentar.

Artículo 5º- Sin reglamentar.

Artículo 6º-

Inc. a) Sin reglamentar.

Inc. b) Se observará el procedimiento previsto en la reglamentación del inciso h) del artículo 4 de la ley.

Inc. c) Sin reglamentar.

Artículo 7º- Los servicios de atención de salud deberán exhibir de manera clara y visible el texto de los artículos 4 y 6 de la Ley Básica de la Salud, en las áreas a las que el público tiene acceso.

Artículo 8º- La autoridad de aplicación será la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el órgano ministerial que la reemplace en el futuro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 100 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículos 9º, 10º, 11º y 12 Sin reglamentar.

Artículo 13º- La estructura del subsector estatal de salud de la Ciudad se halla conformado por las siguientes instancias de decisión:

a) Instancia Central, de conducción político administrativa.

b) Instancia Regional, de carácter intermedio, de conducción operativa y coordinación.

c) Instancia Local, de operación, de las Áreas de Salud y de los distintos niveles de atención de los Efectores y de los Servicios.

Artículos 14º, 15º, 16º Sin reglamentar.

Artículo 17º- La organización del subsector por niveles se realizará sobre la base de las disponibilidades de los hospitales generales de agudos y de niños, los centros de salud polivalentes y los médicos de cabecera, a la que se incorporarán diferenciadamente los hospitales especializados, los centros monovalentes y toda otra sede del subsector estatal en la que se realicen acciones de salud.

Artículos del 18º al 24º Sin reglamentar.

Artículo 25º - La adecuación de la capacidad de resolución de los servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales, se operará en función de lo establecido en la reglamentación del artículo 17 de la ley.

Artículos 26º y 27º .Sin reglamentar.

Artículo 28º- Regiones sanitarias. Número y delimitación

El establecimiento de las Regiones Sanitarias se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles posteriores a la sanción de la Ley de Descentralización y de su correspondiente reglamentación

Artículo 29º- Regiones sanitarias. Objetivos. Sin reglamentar.

Artículo 30º - Conducción y Consejos Regionales. Sin reglamentar.

Artículo 31º- Áreas de Salud. Lineamientos. El establecimiento de las Áreas de Salud se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles posteriores a la sanción de la Ley de Descentralización y de su correspondiente reglamentación.

Cláusula transitoria: Implementación progresiva – Objetivos

Hasta tanto se sancione la reglamentación mencionada en el párrafo anterior, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires instrumentará la creación de áreas de salud en la Ciudad, en relación con los actuales CGP, en las que promoverá la organización del primer nivel de atención

Dichas áreas de salud tendrán como objetivos:

- a) Comenzar las experiencias de integración del primer nivel de atención;
- b) asumir plenamente las acciones de salud de ese primer nivel;
- c) desarrollar las actividades de promoción y prevención de la salud; y
- d) coordinar su actividad con los efectores de atención primaria de las distintas dependencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Coordinador del Área de Salud

La coordinación de la actividad de cada área de salud estará a cargo de un Coordinador del Área de Salud, quien deberá ser integrante de la Carrera Profesional Hospitalaria. Será designado por la Secretaría de Salud. El Coordinador de Área de Salud organizará las actividades con los Jefes de Área Programática correspondientes.

El Coordinador del Área de Salud convocará a las organizaciones intermedias de la sociedad para la participación en las actividades de salud.

Dependencias y personal afectado

La participación en estas tareas se realizará a través de los Centros de Salud, Médicos de Cabecera y los Consultorios Barriales de Médico de Cabecera del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin perjuicio de ello, el personal en cuestión mantendrá su dependencia administrativa.

Las licencias, ordinarias o extraordinarias, así como cualquier decisión que afecte a los agentes destinados a cada Área deberán ser conformadas por el Coordinador de Área de Salud.

Artículos 32º y 33º- Sin reglamentar.

Artículo 34º- Los fondos recaudados por los conceptos señalados en los incisos b) y c) del artículo 33 corresponderán al efector que realiza la prestación en un porcentual del 90 %, y constituyen recursos adicionales que en ningún caso serán motivo de

reducción del crédito presupuestario aprobado por la instancia central para el efector; dicha instancia seguirá siendo garante de la provisión de recursos para sueldos, inversiones y funcionamiento acorde a la producción y no a la recaudación. El 10 % restante de los ingresos señalados integrará el Fondo de Redistribución Presupuestaria, cuya recaudación, fiscalización y destino estará a cargo de la instancia central, quien dictará las normas que implementen los mecanismos que corresponda aplicar.

Artículos 35º al 42º Sin reglamentar.

Artículo 43º - Para la relación con el subsector privado se promoverá la realización de convenios en los cuales se establecerán taxativamente los mecanismos, los plazos y los valores a los que se sujetará el cobro de las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal.

De no existir convenio, la Secretaría de Salud fijará un valor para cada una de las prestaciones médicas y los entes privados de financiación de salud deberán abonar las prestaciones brindadas a sus beneficiarios o afiliados, incluso las de urgencia, por parte del subsector estatal de salud, dentro de los 30 (treinta) días corridos de presentada la correspondiente liquidación por ante la persona jurídica correspondiente. Caso contrario y previa constitución en mora, se iniciarán las acciones legales pertinentes para perseguir el cobro.

Artículo 44º- Sin reglamentar.

Artículo 45º- Para la relación con el subsector de la seguridad social se promoverá la realización de convenios, en los cuales se establecerán taxativamente los mecanismos, los plazos y los valores a los que se sujetará el cobro de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal.

De no existir convenio, la Secretaría de Salud fijará un valor para cada una de las prestaciones médicas y el cobro de las prestaciones brindadas, sin necesidad de autorización previa, por el subsector estatal a los beneficiarios de la seguridad social, incluso las de urgencia, se efectivizará del modo que a continuación se indica:

La facturación a cada Obra Social será enviada a la persona jurídica correspondiente, individualizando el código y la denominación de cada una.

La Obra Social estará obligada a saldar el pago total de lo facturado dentro de los 30 (treinta) días corridos de presentada la liquidación mensual, del 1 al 5 del mes siguiente a la prestación.

Si antes de vencerse los treinta (30) días la Obra Social objetara los montos de la facturación y/o el mecanismo implementado y no hubiere conciliación, se remitirán todos los antecedentes a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación para su resolución y posterior trámite, de conformidad con las normas vigentes.

Artículo 46º- Vencido el plazo indicado en el artículo 45 y de no existir objeciones por parte de la Obra Social, el efector reclamará el pago de la facturación, individualizando el código y denominación de la Obra Social, así como el importe adeudado, ante la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, la que hará efectivo el pago conforme a la normativa vigente.

Artículos 47º y 48º Sin reglamentar.

SALUD MENTAL LEY Nº 448. DECRETO REGLAMENTARIO Nº 635/04

Título I

Capítulo I: Disposiciones generales

Artículo 1º. [Objeto] La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo. 2º. [Principios] La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

- a) Lo establecido por la Ley Básica de Salud Nº 153 en el Artículo 3º y en el Artículo 48 inc. c);
- b) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;
- c) El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores;
- d) La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental;
- e) La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario;
- f) La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;
- g) El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental;
- h) La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

Artículo 3º [Derechos]. Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental:

- a) Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la Ley Nº 153 en su artículo 4º;
- b) A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;
- c) El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención;
- d) A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico;
- e) A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;
- f) A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;

- g) La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;
- h) El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;
- i) La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;
- j) La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
- k) A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

Capítulo II: Autoridad de aplicación

Artículo 4º [Autoridad de aplicación] La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de Salud Mental.

Artículo 5º [Autoridad de aplicación. Funciones] La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental. Son sus funciones:

- a) La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley;
- b) La elaboración del Plan de Salud Mental;
- c) La conducción, coordinación y regulación del Sistema de Salud Mental;
- d) La habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los tres subsectores y la evaluación de la calidad de las prestaciones;
- e) La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud mental, de conformidad con la legislación vigente;
- f) El desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica como elemento de gestión del Sistema;
- g) La promoción de la capacitación de todo el personal que desarrolle actividades de salud mental en los tres subsectores;
- h) La articulación de políticas y actividades de salud mental con los municipios del Conurbano Bonaerense, orientados a la constitución de una red metropolitana de servicios de salud mental;
- i) La concertación de políticas de salud mental con los gobiernos nacional y provinciales;
- j) Todas las acciones que garanticen los derechos relativos a la salud mental de todas las personas;
- k) Convocar al Consejo General de Salud Mental no menos de seis veces al año para el tratamiento de los temas con referencia a sus funciones;
- l) Elaborar anualmente el presupuesto operativo de Salud Mental, a fin de garantizar la estimación y previsión de los fondos suficientes para: los gastos operativos, la readecuación de los actuales servicios y la construcción e implementación de la estructura inexistente y necesaria. El mismo deberá contemplar la totalidad de los efectores individualizados en la presente Ley.

Artículo 6º [Consejo General de Salud Mental] La autoridad de aplicación crea y coordina un Consejo General de Salud Mental, de carácter consultivo, no vinculante, honorario, con funciones de asesoramiento integrado por representantes de:

- a) trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal;
- b) asociaciones de asistidos y familiares;
- c) asociaciones sindicales con personería gremial;

- d) instituciones de formación;
- e) instituciones académicas;
- f) asociaciones profesionales;
- g) la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La autoridad de aplicación, invitará al Poder Judicial y a la Universidad de Buenos Aires a integrarse al Consejo General.

Artículo 7º [Consejo General de Salud Mental. Funciones] Son funciones del Consejo General de Salud Mental asesorar en:

- a) la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental;
- b) la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental;
- c) los aspectos vinculados a cuestiones éticas;
- d) los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud.

Capítulo III: Sistema de Salud Mental

Artículo 8º- [Sistema de Salud Mental. Integración] Está constituido por los recursos del Sistema de Salud Mental de los subsectores estatal, de seguridad social y privado que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, en los términos del Art. 11 de la Ley 153.

Artículo 9º - [Denominación] Se establece para todos los efectores y servicios del Sistema, la denominación uniforme "de Salud Mental".

Artículo 10º - [Sistema de Salud Mental. Lineamientos y acciones] La autoridad de aplicación debe contemplar los siguientes lineamientos y acciones en la conducción, regulación y organización del Sistema de Salud Mental.

- a) La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios;
- b) La prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad;
- c) La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes;
- d) La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral;
- e) La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente;
- f) La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos;
- g) La reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido;
- h) La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas;
- i) Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales, de los

requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Artículo 11º- [Organización] El Sistema de Atención de Salud Mental de la Ciudad se organiza e implementa conforme a los principios rectores derivados de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la Ley Básica de Salud y de la presente Ley.

Artículo 12º - [Subsector estatal. Lineamientos] A los efectos de lo dispuesto en el artículo precedente son criterios en la conformación del subsector estatal:

- a) La implementación de un modelo de atención que, en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud, garantice la participación a través de prácticas comunitarias;
- b) La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental;
- c) A los efectos de la implementación de lo dispuesto en los artículos 28º y 31º y concordantes de la ley N° 153, se reconoce la especificidad del Sistema de Salud Mental;
- d) Promover la participación de los trabajadores, profesionales y no profesionales del subsector, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 48, inciso c) de la Ley N° 153;
- e) La implementación de la historia clínica única, entendida como herramienta del trabajo terapéutico, no pudiendo constituirse en fuente de discriminación;
- f) Los integrantes de los equipos interdisciplinarios delimitan sus intervenciones a sus respectivas incumbencias, asumiendo las responsabilidades que derivan de las mismas;
- g) Las intervenciones de las disciplinas no específicas del campo de la Salud Mental, serán refrendadas por los profesionales cuya función les asigna la responsabilidad de conducir las estrategias terapéuticas, efectuar las derivaciones necesarias e indicar la oportunidad y el modo de llevar a cabo acciones complementarias que no son de orden clínico;
- h) La actualización y perfeccionamiento del personal existente, mediante programas de formación permanente y acordes a las necesidades del Sistema;
- i) La implementación de acciones para apoyo del entorno familiar y comunitario;
- j) La coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de promoción social, trabajo, educación, Poder Judicial, religiosas, policía, voluntariados, ONGs, organizaciones barriales y otras;
- k) La centralización de la información registrada en los establecimientos de salud mental;
- l) Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.

Artículo 13º- Los dispositivos del subsector estatal funcionan integrando la Red de Atención del Sistema de Salud Mental, debiendo ejecutar acciones en relación a las siguientes características específicas:

- a) Prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental, garantizando la proximidad geográfica de los efectores a la población;
- b) Coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios;

- c) Participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental;
- d) Proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad;
- e) Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental;
- f) Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos, y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos en salud mental.

Artículo 14º- [Efectores] A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades. Para ello se establecen los siguientes efectores:

- a) Centros de Salud Mental;
- b) Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria;
- c) Dispositivos de atención e intervención domiciliar respetando la especificidad en Salud Mental;
- d) Consultorios Externos;
- e) Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;
- f) Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;
- g) Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;
- h) Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;
- i) Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;
- j) Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;
- k) Hospitales monovalentes de salud mental;
- l) Casas de Medio Camino;
- m) Centros de capacitación sociolaboral promocionales;
- n) Talleres protegidos;
- o) Emprendimientos sociales;
- p) Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;
- q) Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;
- r) Hogares y familias sustitutas;
- s) Granjas terapéuticas.

Artículo 15º- [Rehabilitación y reinserción] Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

Artículo 16º - Las personas externadas deben contar con una supervisión y seguimiento por parte del equipo de salud mental que garantice la continuidad de la atención. Todos los recursos terapéuticos que la persona requiera deben ser provistos por el dispositivo de salud mental correspondiente al área sanitaria de referencia.

Capítulo IV: Docencia e investigación

Artículo 17º - Se promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental.

Capítulo V: Regulación y fiscalización

Artículo 18º - La autoridad de aplicación ejerce el poder de policía en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41º, 42º, 43º y 44º de la Ley Nº 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

Título II: Régimen De Internaciones

Capítulo I: Principios generales

Artículo 19º- La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando esta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral.

Artículo 20º - La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la presente Ley y en la Ley Nº 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos.

Artículo 21º- Las internaciones a las que aluden los artículos precedentes se clasifican en:

- a) Voluntaria, si la persona consiente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal;
- b) Involuntaria, conforme al artículo 30º de la presente Ley;
- c) Por orden judicial.

Capítulo II: Procedimientos comunes a todas las internaciones

Artículo 22º- Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud mental precisando si están dadas las condiciones para continuar con la internación.

Artículo 23º- Dentro de los quince (15) días de ingresado y luego, como mínimo, una vez por mes, la persona internada será evaluada por el equipo interviniente del establecimiento que certifica las observaciones correspondientes al último examen realizado; confirmando o invalidando las mismas, precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificantes de la internación.

Artículo 24º- Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes.

Artículo 25º - Para el caso de instituciones de carácter privado y de la seguridad social, deben elevarse los informes a los que alude el artículo 23º a la autoridad de aplicación, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mantenimiento, en los términos de lo establecido en el artículo 24º.

Artículo 26º - Toda disposición de internación, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido;
- b) Datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar;
- c) Datos de su cobertura médico asistencial;
- d) Motivos que justifican la internación;
- e) Orden del juez, para los casos de internaciones judiciales;
- f) Autorización del representante legal cuando corresponda.

Artículo 27º - Una vez efectuada la internación del paciente, el establecimiento debe remitir a la autoridad de aplicación la información pertinente, garantizando la confidencialidad de los datos. Dichos informes deberán remitirse en forma mensual en el caso de continuar con la internación.

Artículo 28º- Toda internación debe ser comunicada por el director del establecimiento a los familiares de la persona, a su curador o representante legal si los tuviere y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique.

Capítulo III: Internación Involuntaria

Artículo 29º.- La internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediere situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

Artículo 30º.- A los fines del artículo precedente deberá mediar formal solicitud interpuesta por un familiar de la persona cuya internación se pretende, o demás personas con legitimidad para actuar conforme al Código Civil u organismo estatal con competencia.

Artículo 31º.- La internación involuntaria debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social. No debe existir entre los profesionales y el asistido relación conyugal, de parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí. En el subsector estatal, ambos certificados podrán provenir de dos profesionales del mismo efector.

Artículo 32º- La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley Nº 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 33º- Si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas. Durante ese lapso un segundo profesional deberá evaluar al paciente. Si ambos profesionales concordasen

en la indicación de continuar la internación, entonces deberán indicar el tratamiento a seguir en forma debidamente fundamentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo. Los profesionales que deben avalar la internación estarán sujetos a las limitaciones previstas en el artículo 31º.

Artículo 34º- Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a todas las internaciones, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional urgente e imprescindible;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, constando detalles acerca de la duración y alcance de las mismas;
- d) Dos (2) certificados profesionales que confirmen la necesidad de internación, conforme al artículo 31º de la presente.

Capítulo IV: Internación judicial

Artículo 35º.- El juez competente en materia penal tiene incumbencia para hospitalizar a los procesados, en el caso en que padezcan trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley, y lo prescripto por el Código Penal o medida de seguridad aplicada según lo establecido por la legislación vigente.

Artículo 36º.- El juez competente en materia civil y de familia tiene incumbencia sobre la internación de personas con trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y lo prescripto por el Código Civil.

Artículo 37º.- A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica.

Artículo 38º.- Los jueces que dispongan internaciones, deben requerir a la autoridad de aplicación información acerca de la disponibilidad de los establecimientos asistenciales, a efectos de garantizar el debido cuidado y seguridad del asistido.

Artículo 39º.- La autoridad de aplicación informará trimestralmente al Consejo de la Magistratura los casos en que las internaciones dispuestas judicialmente no fueran necesarias, a juicio del equipo de salud mental interviniente.

Capítulo V: Externación, altas y salidas

Artículo 40º- El alta de la persona afectada por un padecimiento mental conforma un acto terapéutico por lo que debe ser considerado como parte del tratamiento y no como la desaparición del malestar psíquico.

Artículo 41º- El alta definitiva será decidida por el responsable del equipo interdisciplinario de salud mental, debiendo contar con el aval y certificación del director del establecimiento.

Artículo 42º- Las altas transitorias o definitivas y las derivaciones a otra institución, deberán ser debidamente fundamentadas en el dictamen del profesional o equipo a cargo del tratamiento del paciente y contar con la certificación del director del

establecimiento. Las mismas serán comunicadas al juez interviniente si lo hubiere, dentro de las 24 horas anteriores a su producción.

Artículo 43º- En el caso de las personas internadas por decisión judicial, el establecimiento podrá solicitar al juez interviniente un acuerdo de alta condicionada, la cual conformará una parte importante en el tratamiento y rehabilitación de la persona.

Artículo 44º- Los niños, niñas y adolescentes internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, dentro de las 72 horas serán derivados a la institución intermedia que corresponda, en los términos del artículo 15º de la presente y de la Ley N° 114, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 45º - Cuando se reciba una persona derivada por vía judicial y surja de su evaluación que no posee patología en salud mental o que no se justifica su internación en un servicio de salud mental o en un hospital monovalente de salud mental, se dará inmediata información al juez interviniente a fin que disponga su pertinente externación o traslado.

Artículo 46º- Las salidas y permisos especiales serán decididas en función del curso del tratamiento, debiendo ser comunicados a los familiares responsables o tutores responsables, Asesoría de Menores e Incapaces o juez, de acuerdo con la condición legal de la persona internada, con no menos de 24 horas de anticipación al momento autorizado de salida, debiendo contar con certificación del director del establecimiento.

Artículo 47º- Durante las internaciones se promueven, cuando sea posible, los permisos de salida como parte del tratamiento y rehabilitación del paciente, favoreciendo la continuidad de su relación con el medio familiar y comunitario.

Capítulo VI: Responsabilidad de los directores de los establecimientos asistenciales

Artículo 48º- Son deberes y obligaciones de los directores de los establecimientos asistenciales:

- a) Cuando un paciente sea derivado de un establecimiento a otro, sea este público o privado, debe ponerse en conocimiento a la máxima autoridad de salud mental;
- b) Establecer la existencia e identidad de familiares o allegados de las personas hospitalizadas a los fines de cumplimentar cabalmente lo establecido en el artículo 28º de la presente Ley;
- c) Procurar para los lugares de internación la dotación de personal, recursos y sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.
- d) En el subsector estatal, cuando el establecimiento se encuentre ocupado en un 95% de su capacidad, el director deberá notificar tal extremo a la autoridad de aplicación. A partir de la fecha de notificación, los ingresos deberán ser autorizados por la misma.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Hasta tanto el Sistema de Salud Mental disponga los recursos y dispositivos dispuestos por la presente Ley, el ingreso a la Red podrá ser realizado por cualquiera de los efectores de atención.

Segunda.- La autoridad de aplicación debe realizar, dentro de los trescientos sesenta (360) días de promulgada la presente Ley, un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación.

Tercera.- [Vigencia de normas]. Los artículos 35º, 36º y 38º quedan suspendidos en su vigencia hasta que los jueces nacionales de los fueros ordinarios de la Ciudad de cualquier instancia, sean transferidos al Poder Judicial de la Ciudad.

Cuarta.- En relación a los recursos y la infraestructura inmobiliaria existente, afectados al Sistema de Salud Mental del subsector estatal, se ratifica la plena vigencia del punto 3, inciso c) del artículo 48º de la Ley Nº 153.

Quinta.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo no superior a ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

DECRETO REGLAMENTARIO N° 635/04

Artículo 1º - Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la que como Anexo forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2º - El presente Decreto es refrendado por los señores Secretarios de Salud, de Justicia y Seguridad Urbana, por la señora Secretaria de Hacienda y Finanzas, y por el señor Jefe de Gabinete.

Artículo 3º - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, comuníquese a la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos remítase a la Secretaría de Salud. Cumplido, archívese.

ANEXO.

Artículos sin reglamentar: 1º, 2º, 8º, 13º, 18º, 24º, 26º, 35º, 36º, 37º, 40º.

Artículo 3º -

a), b), c), d): sin reglamentar.

e) La información inherente a la salud mental, a la propuesta terapéutica realizada y al tratamiento y la prestación de servicios en curso o efectuados a las personas asistidas será brindada por el profesional o equipo tratante, según corresponda. En el supuesto que la persona asistida haya sido declarada incapaz o no esté en condiciones de comprender la información a suministrar, la misma será brindada a su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. En el supuesto que la persona asistida sea niña, niño o adolescente la información será brindada a cualquiera de sus padres, o representante legal si lo hubiera. En ausencia de ellos, también podrá recibir la información su pariente más próximo, o allegado que, en

presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. Brindada la información el interesado o sus representantes legales deberá firmar de conformidad la documentación correspondiente que acredite que se le ha brindado la misma. Dicha información será asimilada al consentimiento informado, dejándose constancia en la historia clínica, en caso de negativa a firmar el correspondiente instrumento.

Artículo 4º.- El nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de salud mental es la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud, o la instancia que la reemplace, que no podrá ser de inferior nivel jerárquico.

Artículo 5º.-

a) sin reglamentar.

b) La autoridad de aplicación conduce, coordina y regula el Sistema de Salud Mental, tal como es definido en el artículo 8º de la Ley de Salud Mental, elaborando e implementando un Plan de Salud Mental, cuyo período de vigencia no podrá superar los cinco años.

c) sin reglamentar.

d) y e) La autoridad de aplicación participará en la fiscalización de su área de acuerdo a las disposiciones que regulen las funciones que se establecen en los artículos 12º inciso j) y 41º, 42º y 44º de la ley Nº 153 Básica de Salud, articulándose oportunamente con el organismo que corresponda.

f) La autoridad de aplicación produce y actualiza en forma constante una base de datos con las principales características de todos los efectores y recursos del Sistema de Salud Mental. Asimismo realiza vigilancia, estudios e investigaciones se crea un equipo de trabajo que invitará a representantes de las Facultades de Ciencias Sociales, Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Los mismos se harán con un periodicidad no mayor a los cinco años.

Los elementos mencionados, base de datos, vigilancia, estudios e investigaciones epidemiológicas, forman parte del sistema de información al que hace mención el artículo que se reglamenta y son utilizados en la confección del Plan de Salud Mental y en la planificación estratégica que la autoridad de aplicación realiza con las redes sociales y la comunidad para la gestión del Sistema de Salud Mental. Deberá arbitrarse un método de registro que resguarde la posibilidad de identificación de las personas asistidas.

k) La autoridad de aplicación convoca al Consejo General de Salud Mental dentro de los dos meses de aprobada está reglamentación y sucesivamente en períodos no superiores al mismo plazo.

l) El presupuesto operativo anual se ajustará a las necesidades previstas en el Plan de Salud Mental y a aquellas otras emergentes de la evaluación sistemática y permanente del Sistema de Salud Mental. La autoridad de aplicación informará todos los servicios y efectores que resulten indispensables de acuerdo a la demanda existente en el subsector estatal junto con los costos de los proyectos que los sustenten, para incorporar en el proyecto de presupuesto de cada año las partidas necesarias para su puesta en funcionamiento.

Artículo Nº 6-

1.- Integrantes del Consejo General de Salud Mental:

La autoridad de aplicación conforma el Consejo General de Salud Mental convocando a: Dieciséis (16) trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal, quienes deberán satisfacer los siguientes requerimientos:

Trabajadores profesionales y no profesionales del sub sector estatal.

I.- Integrantes:

- I. Dos Directores Monovalentes de Salud Mental;
- II. Un Director de Centro de Salud Mental;
- III. Tres Jefes de Servicio de Salud Mental pertenecientes a Hospitales Generales o Especializados;
- IV. Un profesional perteneciente a un hospital Monovalente de Salud Mental;
- V. Dos profesionales de Centro de Salud Mental;
- VI. Dos profesionales de Servicio de Salud Mental perteneciente a un Hospital General Especializado;
- VII. Tres profesionales de Salud Mental pertenecientes a Centros de Salud y Acción Comunitaria, Áreas Programáticas o UNASAD.
- VIII. Un trabajador del sector Enfermería perteneciente a un Servicio de Salud Mental que cuente con dispositivo de internación;
- IX. Un trabajador no profesional del sector administrativo perteneciente a un Servicio de Salud Mental.

II.- Distribución:

- a) Los integrantes especificados en el apartado anterior en ningún caso pueden tener la misma dependencia administrativa, garantizando la representación de tantos efectores como integrantes que por este inciso se plantean.
- b) Dos representantes por asociaciones de asistidos y familiares;
- c) Seis representantes por asociaciones sindicales con personería gremial;
- d) Tres representantes por instituciones de formación;
- e) Tres representantes por instituciones académicas;
- f) Ocho representantes por asociaciones profesionales, quienes deberán garantizar la representación de las distintas disciplinas del campo de la salud mental;
- g) Dos representantes por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

La autoridad de aplicación invitará al poder judicial a integrar el Consejo con dos representantes. La invitación se cursará a la Asesoría General de Incapaces del poder Judicial de la Ciudad y al Poder Judicial de la Nación hasta que los jueces nacionales de los fueros ordinarios de la ciudad de cualquier instancia ,mencionados en el capítulo IV de la ley sean transferidos al Poder Judicial de la Ciudad.

La autoridad de aplicación invitará a la Universidad de Buenos Aires a integrar con seis representantes de disciplinas pertenecientes al campo de la salud mental.

2.- Mecanismos de elección de los integrantes del Consejo General de Salud Mental;

La elección de los representantes que participen del Consejo General de Salud Mental responderá a mecanismos de funcionamiento propios de cada uno de los sectores mencionados en este artículo. Lo mismo vale para los sectores mencionados en este artículo. Lo mismo vale par los representantes de los distintos segmentos pertenecientes al subsector estatal nombrados en el apartado anterior "Integrantes del subsector estatal" de esta reglamentación. En todos los casos corresponde elegir representantes titulares y suplentes.

Las características de los mecanismos mencionados y las consecuencias surgidas de su aplicación deberán constar en las Actas del Consejo General de Salud Mental correspondientes. No podrá haber doble representación.

3.- Periodicidad de la representación:

La representación de los distintos sectores y segmentos ante el Consejo General de Salud Mental se renovará cada dos años.

Artículo 7º. El Consejo General de Salud Mental elabora Actas de pública consulta en cada una de sus reuniones. Asimismo realiza informes anuales donde constan los resultados de su trabajo. Copias de estos informes deben ser distribuidos en todos los efectores del Sistema de Salud.

Artículo 9º. Todos los efectores y servicios del Sistema dispondrán de 180 días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación para cambiar sus actuales denominaciones por la de "Salud Mental" indicada en el presente artículo.

Artículo 10º.

d) La convocatoria y la inclusión del grupo familiar u otros referentes de la red social de las personas asistidas será uno de los ejes permanentes de la atención, con la finalidad de que aquellos conozcan y comprendan la problemática de la enfermedad mental y reciban a su vez la contención y la atención correspondiente.

h) Los equipos interdisciplinarios de Salud Mental tendrán una conformación básica compuesta por un médico psiquiátrico, un psicólogo, un trabajador social. En la medida que los efectores cuenten con profesionales universitarios de enfermería con formación en salud mental, éstos se incorporarán al equipo interdisciplinario básico. Dicha constitución podrá ampliarse únicamente con integrantes de disciplinas universitarias con título de grado y matrícula habilitante de acuerdo a lo que determine el Plan de Salud Mental y al tipo de acción específica.

Artículo 11º. El Sistema de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se organiza e implementa con un enfoque de redes. El mismo consiste en una red de servicios conformada por los distintos efectores de salud mental articula con la comunidad y sus redes sociales. Dicha articulación será promocionada y ejecutada por trabajadores de salud mental organizados en equipos interdisciplinarios.

Artículo 12º.

k) La autoridad de aplicación arbitrará un método de registro que resguarde la posibilidad de identificación de las personas asistidas.

l) En los concursos para cargos de conducción, la integración del jurado deberá respetar el principio de abordaje interdisciplinario previsto en el artículo 2º inciso d) de la ley de Salud Mental.

Artículo 14º. A partir de la aprobación de la presente reglamentación, la autoridad de aplicación contará con un lapso de trescientos sesenta (360) días para la elaboración del diseño, definición de objetivos, requerimientos de planta física, de equipamiento y de personal y modos de organización e interrelación de los efectores mencionados en este artículo a los efectores de la actualización de la red.

k) La especificidad de los Hospitales Monovalentes Braulio Moyano y José Borda se desarrolla en base a lo dispuesto por las leyes vigentes, propendiendo a un efectivo flujograma hospitalario a través del pleno funcionamiento en red de los distintos dispositivos y efectores tal cual emana de los principios dispuestos en la presente ley. En ese marco quedan incluidos el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear que mantiene su perfil de hospital de emergencias y urgencias con plazos breves de internación y el Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García.

o) Se entiende por emprendimiento social dependiente del subsector estatal del Sistema de Salud Mental al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como

medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y/o servicios.

Artículo 15º. La inexistencia de establecimiento adecuado para albergar a las personas externadas que no cuenten con un grupo familiar continente, no podrá enervar el cumplimiento de la norma. A tales fines, la Secretaría de Desarrollo Social informará al poder Ejecutivo los servicios de albergue para personas que se encuentren en las mencionada condiciones que resulten indispensables de acuerdo a la demanda existente, junto con los costos de los proyectos que los sustenten, para incorporar en el proyecto de cada año las partidas necesarias para su puesta en el funcionamiento.

Artículo 16º. Se creará un registro de externaciones a fin de realizar seguimiento a través de los dispositivos locales específicos de conformidad a lo dispuesto en el artículo 5ª, incisos F) y J) de la Ley de Salud Mental.

Artículo Nº 17. La autoridad de aplicación promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental en el marco de lo establecido por la Ley Nº 153 Básica de Salud en sus artículos 38ª, 39ª y 40ª y por las disposiciones de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que regulen las funciones específicas, incluyendo en el Plan de Salud Mental los lineamientos básicos de los programas de capacitación e investigación a implementar en el Sistema de Salud Mental. Los profesionales del subsector estatal del Sistema de Salud Mental que revisten como concurrentes podrán participar en forma no arancelada de todas las actividades de docencia y capacitación organizadas por los efectores del Sub sector Estatal de Salud.

Artículo 19º. En todos los casos en los cuales se prevé la intervención del equipo interdisciplinario, la constancia que se registre en la Historia Clínica, deberá contar con la firma de todos sus integrantes.

Ante la falta de acuerdo unánime entre los integrantes del equipo interdisciplinario que decide la pertinencia de una internación, el Director del establecimiento o quien lo reemplace, atendiendo a los contenidos expuestos y dejando constancia escrita de los mismos, toma fundadamente decisión definitiva.

La autoridad de aplicación brinda información actualizada sobre el conjunto de las modalidades de atención con que cuentan los efectores del subsector estatal al equipo interdisciplinario que evalúa y decide la pertinencia de una internación.

Los efectores del sub sector estatal que funcionan integrando la red de atención del Sistema de Salud Mental, en la medida que cuenten con servicios de internación deberán comunicar a la autoridad de aplicación, en el plazo de veinticuatro horas, las modificaciones que se produzcan en el número de camas disponibles. La comunicación podrá efectuarse por vía telefónica, fax o correo electrónico.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley de Salud Mental, el Servicio de Observación y Evaluación en el subsector estatal, salvo que por razones de urgencia no resultase posible, deberá comunicarse con la autoridad de aplicación a fin de tomar conocimiento de las distintas posibilidades actuales de la red de atención del Sistema de Salud Mental en cuanto a la derivación correspondiente para su tratamiento.

Artículo 20º. La coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas es ejercida por la autoridad de aplicación.

El equipo de salud mental al que se refiere el artículo que se reglamenta es el que se encuentra prescripto en la reglamentación del artículo 10, inciso h) de la Ley de Salud Mental.

Artículo 21º.

a) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación voluntaria en el plazo de setenta y dos horas al Ministerio Público sólo si se configurase alguno de los siguientes casos:

- 1- Que la persona se encontrase en alguno de los supuestos contemplados por los arts. 141, 152 bis incs. 1 y 2 o párrafo 2º y 3º del Código Civil.
- 2- Que la persona ya hubiese sido internada con anterioridad.
- 3- Que la Internación se hubiese prolongado más de veinte días continuos.

b) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación involuntaria de inmediato, o en su defecto, en un lazo no mayor a las setenta y dos horas al Ministerio Público.

c) En los casos de las internaciones previstas en el artículo 21 inciso c), a fin de efectuar la correspondiente derivación, se dará intervención, previa a la orden judicial de internación, al Servicio de Observación y Evaluación pertinente del sub sector estatal, el cual estará constituido por el equipo interdisciplinario en función de la admisión y por un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, o al equipo interdisciplinario en función de admisión que constituya al efecto en el sub sector privado, al que se agrega un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense.

La autoridad de aplicación establecerá un sistema de turnos u otro método de distribución de tareas entre los Servicios de Observación y Evaluación existentes y a crearse de acuerdo a lo establecido en el artículo 14ª, inciso i) y K) de los efectores del subsistema estatal.

Artículo 22º.- El informe firmado por el equipo interdisciplinario de salud mental, incluido en la Historia Clínica respectiva, deberá fundamentar la necesidad o no de la internación y/o del plan terapéutico dispuesto. Dicho informe será comunicado inmediatamente al Director del Establecimiento o quien lo reemplace.

Artículo 23º.- El equipo al que hace referencia el artículo que se reglamenta es el equipo interdisciplinario responsable del tratamiento.

Artículo 25º.- La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el texto del protocolo a cumplimentar para efectivizar la comunicación referida, el cual deberá ser remitido dentro de las cuarenta y ocho horas hábiles de producido cada informe.

Artículo 27º.- La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el protocolo del informe mensual que los establecimientos pertenecientes al Sistema de Salud Mental de la Ciudad deberán remitirle dentro de las cuarenta y ocho horas de producido el cumplimiento del mes, en caso de continuar con la internación del paciente.

Artículo 28º.- El Director del establecimiento comunica la internación de una persona a los familiares, curador, representante legal o juez de la causa, según corresponda, utilizando el protocolo que la autoridad de aplicación dispondrá dentro de los noventa días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación. Este protocolo deberá incluir la mención explícita a los derechos y obligaciones emanadas de la legislación en vigencia, en especial aquellos indicados en el artículo 3º de la Ley de Salud Mental.

El Director del establecimiento podrá delegar en otras personas y bajo su exclusiva responsabilidad las comunicaciones a las que alude el presente artículo.

Artículo 29º.- Por el equipo profesional al que hace referencia el artículo que se reglamenta, debe entenderse el equipo interdisciplinario definido en la reglamentación del artículo 10º inciso h) de la Ley de Salud Mental.

Artículo 30º.- La solicitud de internación involuntaria es dirigida al director del establecimiento o quien lo reemplace al momento de su presentación.

Artículo 31º.- Al menos uno de los certificados a los que hace referencia el artículo que se reglamenta, deberá ser extendido por un profesional del equipo interdisciplinario habilitado a tal efecto según normativa vigente.

Artículo 32º.- Sin perjuicio de la comunicación a la que hace referencia el artículo que se reglamenta, la autoridad de aplicación procede a informar la internación de niños, niñas y adolescentes, dentro de los mismos plazos previstos, al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Artículo 33º.- En los casos de consulta de urgencia, la internación sólo se hace posible cumplimentando lo dispuesto en el artículo 30º de la Ley de Salud Mental. El profesional que dispone la internación prevista en este artículo debe pertenecer al equipo interdisciplinario.

Artículo 34º.- a) El mencionado dictamen puede ser utilizado como uno de los certificados profesionales a los fines de cumplimentar lo establecido en el artículo 31º de la Ley de Salud Mental.

Artículo 38º.- La internación judicial será efectivizada en el ámbito de la Ciudad en los establecimientos de Salud Mental, en la medida que los centros asistenciales sean acordes al grado de enfermedad o padecimiento de la persona.

Artículo 39º.- La autoridad de aplicación elevará trimestralmente a la Superioridad, a los fines de su diligenciamiento al Consejo de la Magistratura, la información referida a la demora judicial en la externación de pacientes ingresados por esa vía, como así también las relacionadas con las no necesarias a juicio del equipo de Salud Mental, acompañando en todos los casos bajo sobre, informes debidamente fundados, de la circunstancia en cada caso.

Artículo 41º.- El responsable del equipo es el superior jerárquico inmediato que corresponda. El alta definitiva será decidida por el responsable como resultado del trabajo terapéutico del equipo interdisciplinario, atendiendo a los contenidos expuestos por sus integrantes, quienes dejarán constancia escrita de ellos. En caso que estén dadas las condiciones de clínicas para el alta y los obstáculos para la misma provengan de razones de índole familiar o social se deberá accionar de acuerdo a los términos del art. 15º de la Ley de Salud Mental y su reglamentación

Artículo 42º.- En los casos en que mediare intervención judicial, el director del establecimiento comunicará al juez la decisión de otorgar el alta definitiva. Realizada la comunicación a la instancia judicial civil correspondiente y de no mediar objeción expresa dentro de las cuarenta y ocho horas de realizada, se dará el alta de la internación. El director del establecimiento comunicará dentro de las veinticuatro horas de producida la externación, este hecho al tribunal interviniente.

Artículo 43º.- Se dejará constancia certificada por el equipo interdisciplinario y avalada por el director del establecimiento de las consecuencias que para la salud de la persona significa permanecer más tiempo del necesario en situación de internación.

Artículo 44º.- Sin perjuicio de la responsabilidad de la Secretaría de Desarrollo Social, el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, deberá arbitrar los medios para que las niñas, niños y adolescentes a externar cuenten con un medio familiar o comunitario acorde a sus necesidades, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 42º de la Ley Nº 114. Será de aplicación para el mencionado Consejo lo establecido en la reglamentación del artículo 15º de la ley de Salud Mental respecto de la Secretaría de Desarrollo Social.

Artículo 45º.- La información al juez interviniente y la pertinente externación o traslado se ajustarán a lo dispuesto en la reglamentación del artículo 42º de la Ley de Salud Mental.

Artículo 46º.- Se entiende por salidas y permisos especiales aquellos que superen las setenta y dos horas.

Las salidas y permisos comunes deberán ser comunicadas al juez interviniente dentro de las veinticuatro horas, informando en su caso los datos de la persona responsable fuera del establecimiento.

Artículo 47º.- El equipo interdisciplinario deberá informar detalladamente a la persona internada y a los miembros de su grupo familiar u otros referentes de su red social sobre los recursos existentes en la red de servicios del Sistema de Salud Mental, a fin de hacer efectivo su derecho a la rehabilitación y la reinserción familiar, laboral, y comunitaria reconocido en el artículo 3 inciso j) de la ley de Salud Mental.

COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

POLÍTICA MIGRATORIA ARGENTINA

LEY N° 25.871

Trascripción parcial. Artículos 1° al 9°

Capítulo I : Ámbito De Aplicación

Artículo 1° — La admisión, el ingreso, la permanencia y el egreso de personas se rigen por las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Artículo 2° — A los fines de la presente ley se entiende por "inmigrante" todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país conforme a la legislación vigente.

Capítulo II : Principios Generales

Artículo 3° - Son objetivos de la presente ley:

- a) Fijar las líneas políticas fundamentales y sentar las bases estratégicas en materia migratoria, y dar cumplimiento a los compromisos internacionales de la República en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes;
- b) Contribuir al logro de las políticas demográficas que establezca el Gobierno Nacional con respecto a la magnitud, tasa de crecimiento y distribución geográfica de la población del país;
- c) Contribuir al enriquecimiento y fortalecimiento del tejido cultural y social del país;
- d) Garantizar el ejercicio del derecho a la reunificación familiar;
- e) Promover la integración en la sociedad argentina de las personas que hayan sido admitidas como residentes permanentes;
- f) Asegurar a toda persona que solicite ser admitida en la República Argentina de manera permanente o temporaria, el goce de criterios y procedimientos de admisión no discriminatorios en términos de los derechos y garantías establecidos por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, los convenios bilaterales vigentes y las leyes;
- g) Promover y difundir las obligaciones, derechos y garantías de los migrantes, conforme a lo establecido en la Constitución Nacional, los compromisos internacionales y las leyes, manteniendo en alto su tradición humanitaria y abierta con relación a los migrantes y sus familias;
- h) Promover la inserción e integración laboral de los inmigrantes que residan en forma legal para el mejor aprovechamiento de sus capacidades personales y laborales a fin de contribuir al desarrollo económico y social de país;
- i) Facilitar la entrada de visitantes a la República Argentina para los propósitos de impulsar el comercio, el turismo, las actividades culturales, científicas, tecnológicas y las relaciones internacionales;
- j) Promover el orden internacional y la justicia, denegando el ingreso y/o la permanencia en el territorio argentino a personas involucradas en actos reprimidos penalmente por nuestra legislación;
- k) Promover el intercambio de información en el ámbito internacional, y la asistencia técnica y capacitación de los recursos humanos, para prevenir y combatir eficazmente a la delincuencia organizada transnacional.

Título I

De Los Derechos Y Obligaciones De Los Extranjeros

Capítulo I

De Los Derechos Y Libertades De Los Extranjeros

Artículo 4° - El derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad.

Artículo 5° - El Estado asegurará las condiciones que garanticen una efectiva igualdad de trato a fin de que los extranjeros puedan gozar de sus derechos y cumplir con sus obligaciones, siempre que satisfagan las condiciones establecidas para su ingreso y permanencia, de acuerdo a las leyes vigentes.

Artículo 6° - El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Artículo 7° - En ningún caso la irregularidad migratoria de un extranjero impedirá su admisión como alumno en un establecimiento educativo, ya sea este público o privado; nacional, provincial o municipal; primario, secundario, terciario o universitario. Las autoridades de los establecimientos educativos deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Artículo 8° - No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Artículo 9° - Los migrantes y sus familiares tendrán derecho a que el Estado les proporcione información acerca de:

- a) Sus derechos y obligaciones con arreglo a la legislación vigente;
- b) Los requisitos establecidos para su admisión, permanencia y egreso;
- c) Cualquier otra cuestión que le permita o facilite cumplir formalidades administrativas o de otra índole en la República Argentina.

La autoridad de aplicación adoptará todas las medidas que considere apropiadas para difundir la información mencionada y, en el caso de los trabajadores migrantes y sus familias, velará asimismo porque sea suministrada por empleadores, sindicatos u otros órganos o instituciones. La información requerida será brindada gratuitamente a los extranjeros que la soliciten y, en la medida de lo posible, en un idioma que puedan entender.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS Y ATENCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA CRISIS ECONÓMICA Y SOCIAL LEY N° 752
--

Artículo 1º - La presente Ley tiene por objeto garantizar la continuidad de la atención de la salud de la población frente a la crisis económica y social. El Poder Ejecutivo, a través de la autoridad de aplicación en la materia, dispone las siguientes medidas:

a) Arbitra los medios para garantizar las prestaciones del primero, segundo y tercer nivel en los efectores de salud del subsector estatal de 8 a 20 horas de lunes a viernes para la atención programada.

b) Garantiza la continuidad y terminación de las obras en construcción.

c) Desarrolla y actualiza un Formulario Terapéutico conteniendo medicamentos denominados con su nombre genérico e insumos médico-quirúrgicos, garantizando su eficacia, seguridad y accesibilidad.

d) Los profesionales del subsector estatal, habilitados para confeccionar recetas deben prescribir con el nombre genérico, ateniéndose al listado del Formulario Terapéutico. Se convoca a los otros subsectores a adoptar esta modalidad.

e) Elabora, fracciona, adquiere e importa, según necesidad y conveniencia, principios activos, medicamentos y material sanitario incluidos en el Formulario Terapéutico.

f) Adquiere en forma directa los insumos necesarios para la normal prestación del subsector estatal, hasta el 31 de diciembre de 2002. Dichas adquisiciones podrán realizarse a través de una base de datos que a tal efecto deberá crearse y cuya actualización por parte de las empresas proveedoras será semanal, considerando como oferta permanente el precio presentado por las empresas proveedoras de insumos. A tal efecto, el Poder Ejecutivo determina la implementación del procedimiento correspondiente a fin de garantizar la agilidad y transparencia del proceso de compra y publica los precios de los productos adquiridos.

g) Elabora un Banco Virtual de Precios nacionales e internacionales de insumos y medicamentos, dependiente de la autoridad de aplicación en materia de salud, determinando los precios testigos para su producción, distribución y venta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Da a publicidad sus contenidos de manera sistematizada, permanente y actualizada.

h) Instrumenta las medidas económico-financieras que posibiliten a la Ciudad la importación directa de materia prima, para ser entregada, conforme el inciso k), a laboratorios del área estatal, local, provincial y nacional que producen medicamentos o insumos para el sistema de salud.

i) Planifica y desarrolla sus propios efectores para la elaboración de los insumos y medicamentos.

j) Da intervención a la Justicia en el caso de firme presunción de incrementos no justificados o retención de insumos sanitarios, que pongan en riesgo el acceso de las personas a los recursos de salud, violando la legislación vigente.

k) Coordina con otras jurisdicciones y organismos oficiales acciones de cooperación mutua, planes y procedimientos conjuntos, incluyendo el intercambio de medicamentos e insumos sanitarios

l) Garantiza la continuidad de los servicios sin reducción de personal. Las partidas liberadas como consecuencia de las bajas vegetativas serán destinadas a las áreas asistenciales del subsector estatal de salud. Se cubrirán prioritariamente los cargos necesarios para garantizar el funcionamiento de los servicios según lo establece el inciso a), conforme la normativa vigente.

Artículo 2º- El Gobierno de la Ciudad asegura la calidad de los medicamentos fraccionados, adquiridos o elaborados por el subsector estatal.

Artículo 3º - El Poder Ejecutivo celebra convenios con las facultades de las Universidades Nacionales, el Instituto Malbrán, la ANMAT, el CONICET, el laboratorio farmacéutico conjunto de las Fuerzas Armadas y demás organismos nacionales, provinciales y municipales para dar cumplimiento a la presente ley.

Artículo 4º - El subsector estatal está autorizado a proceder a la venta de insumos y medicamentos a los otros subsectores del sistema de salud.

Artículo 5º - Un comité de crisis integrado por representantes del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo, de la Defensoría del Pueblo, de los gremios de los trabajadores de la salud, y en el mismo número que estos últimos, representantes de la comunidad, será el encargado del seguimiento de las acciones para la ejecución de la presente ley.

Los efectores de salud organizan comités locales de seguimiento de crisis con participación de la comunidad.

EXENCIONES. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

LEY NACIONAL Nº 17.671

Trascripción parcial. Artículo 30º

Artículo 30º- Quedan exentos del pago de las tasas que en virtud de esta ley determine el Ministerio de Defensa:

a) Los organismos públicos que en el ejercicio de sus funciones requieran documentos, certificados y testimonios, debiendo consignarse en ellos “servicio oficial”;

b) Las personas que presenten certificados de pobreza, expedidos por autoridad competente y sus hijos menores de 18 años de edad u otros incapaces que se hallen a su cargo;

c) Las instituciones de beneficencia con respecto a los documentos correspondientes a sus pupilos.

GRATUIDAD DEL OTORGAMIENTO DEL PRIMER DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DECRETO NACIONAL Nº 262/03

Artículo 1º — Declárase la gratuidad del otorgamiento del primer Documento Nacional de Identidad a todos los niños de cero (0) a seis (6) meses de edad nacidos en el territorio nacional, por el término de un año, contado a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Artículo 2º- El gasto que demande el cumplimiento del presente se imputará a las partidas específicas del Registro Nacional De Las Personas, a cuyo fin se efectuarán, a través de la Jefatura De Gabinete De Ministros, las adecuaciones presupuestarias pertinentes.

Artículo 3º- Invítase a los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a tomar las medidas que sean necesarias a fin de facilitar la inscripción, registración y documentación de los niños de cero (0) a seis (6) meses de edad, con el objeto de dar cumplimiento a los objetivos del presente Decreto.

Artículo 4º - Derógase el Decreto Nº 1588 de fecha 28 de agosto de 2002.

ALTA SOCIAL RESOLUCIÓN Nº 57/00 DE LA ASESORÍA GENERAL DE INCAPACES

Artículo 1º- Hacer conocer que conforme la vigencia del Art. 270 del Reglamento par ala Justicia Nacional en lo Civil, vigente a partir del 1º de enero de 2000, y aprobado por la Acordada Nº 980/99 de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, las Acordadas Nros. 837/87 y 869/91 del mismo cuerpo colegiado, han quedado derogadas.

Artículo 2º- Instar al cumplimiento de las premisas establecidas por la Ley Nº 114, acerca de la efectivización del derecho de niños, niñas y adolescentes, a la convivencia familiar y a la preservación del grupo familiar, procurando la excepcionalidad de la institucionalización.

Artículo 3º- Instar el cumplimiento de las leyes Nº 22.431 (to. 24.314) y Nº 24.091, y del Art. 21 de la Ley Nº 114, a los fines de la creación de unidades de atención para el tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales.

Artículo 4º.- Hacer saber que los casos asistenciales que requieran un abordaje institucional que no pueda ser brindado por los servicios sociales de los Hospitales Públicos, deberán ser puestos en conocimiento de la Red de Defensorías para Niños y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para su atención.

Artículo 5º- Comuníquese al señor Ministro de Salud de la Nación, al señor Secretario de Salud del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la Dirección general de Atención Médica de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la Dirección General de Atención Médica de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y a la Coordinación general de la Red de Defensorías de Niños/as y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como demás organismos intervinientes en los ámbitos de la salud, justicia, seguridad, educación, promoción social, que sean de interés.

**GRATUIDAD EN EL OTORGAMIENTO DE LA LIBRETA
SANITARIA. Ley N° 905**

Artículo 1º- Establécese la gratuidad en el otorgamiento de la Libreta Sanitaria instituida en el marco de la Ordenanza N° 25.236 (B.M N° 13.890) y su modificatoria N° 32.656 (B.M. N° 15.220), con los exámenes clínicos, radiológicos, de laboratorio e inmunizaciones a que deban ser sometidos los trabajadores previo a su ingreso donde habrán de prestar los servicios conforme la actividad de que se trate.

**ACCION DE AMPARO
LEY NACIONAL N° 16.986
Trascripción parcial. Artículo N° 1**

Artículo 1º.- La acción de amparo será admisible contra todo acto u omisión de autoridad pública que, en forma actual o inminente, lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, los derechos o garantías explícita o implícitamente reconocidos por la Constitución Nacional, con excepción de la libertad individual tutelada por el hábeas corpus.

FAMILIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR **LEY N° 24.417. DECRETO NACIONAL REGLAMENTARIO N°** **235/96**

Artículo 1°- Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o las uniones de hecho.

Artículo 2°- Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia, los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.

Artículo 3°- El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia. Las partes podrán pedir otros informes clínicos.

Artículo 4°- El juez podrá adoptar, al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

- a. Ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar;
- b. Prohibir el acceso del autor al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio;
- c. Ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor;
- d. Decretar provisionalmente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

El juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo a los antecedentes de la causa.

Artículo 5°- El juez, dentro de las 48 horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al Ministerio Público a una audiencia de mediación instando a las mismas y a su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos (Ver Artículo 3°).

Artículo 6°- La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar, asistencia médica y psicológica gratuita.

Artículo 7°- De las denuncias que se presenten se dará participación al Consejo Nacional del Menor y la Familia a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y, en tal caso, superen las causas del maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia. Para el mismo efecto podrán ser

convocados por el juez, los organismos públicos y entidades no gubernamentales dedicadas a la prevención de la violencia y asistencia a las víctimas.

Artículo 8º— Incorporase como segundo párrafo al Artículo 310 del Código Procesal Penal de la Nación (ley 23.984), el siguiente:

En los procesos por algunos de los delitos previstos en el libro segundo, títulos I, II, III, V y VI, y título V, capítulo I del Código Penal, cometidos dentro de un grupo familiar conviviente, aunque estuviese constituido por uniones de hecho, y las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente que pueden repetirse, el juez podrá disponer como medida cautelar la exclusión del hogar del procesado. Si el procesado tuviere deberes de asistencia familiar y la exclusión hiciere peligrar la subsistencia de los alimentados, se dará intervención al asesor de menores para que se promuevan las acciones que correspondan.

Artículo 9º— Invitase a las provincias a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente.

DECRETO REGLAMENTARIO Nº 235/96

Artículo 1º — Centros de información y asesoramiento. En los organismos que se mencionan más adelante, funcionarán centros de información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica. Estos centros tendrán la finalidad de asesorar y orientar a los presentantes sobre los alcances de la Ley Nº 24.417 y sobre los recursos disponibles para la prevención y atención de los supuestos que aquélla contempla.

Los centros estarán integrados por personal idóneo para cumplir sus funciones y por profesionales con formación especializada en violencia familiar.

Las respectivas dotaciones se compondrán con personal que ya revista en la administración pública nacional y municipal.

los centros funcionarán en:

a) hospitales dependientes de la secretaria de salud de la municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que sean designados al efecto.

b) centros de atención jurídica comunitaria dependientes de la secretaria de asuntos legislativos del ministerio de justicia.

c) consejo nacional del menor y la familia.

d) consejo nacional de la mujer.

e) dirección general de la mujer dependiente de la subsecretaria de promoción y desarrollo de la municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

f) distritos escolares a través del "equipo de prevención y contención de la violencia familiar de la secretaria de educación de la municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", para el ámbito escolar.

Los organismos en los que funcionen estos centros, quedan facultados para reglar lo concerniente a su integración, conducción y funcionamiento, bajo la coordinación del Ministerio de Justicia.

Artículo 2º — Registro de denuncias. El Consejo Nacional Del Menor y La Familia, llevará un Registro de Denuncias, por agresor y por víctima, en el que deberán especificarse los datos que surjan del formulario de denuncia que, como Anexo I, forma parte de este decreto. En el Registro también se tomará nota del resultado de las actuaciones.

El Registro deberá amparar adecuadamente la intimidad de las personas allí incluídas.

El Consejo Nacional Del Menor y La Familia tendrá a su cargo la elaboración de un programa para registrar los datos sobre violencia familiar, en el que se asentarán las denuncias y comunicaciones que se reciban de los organismos correspondientes.

Artículo 3º — Formulario. Todo denunciante deberá completar el formulario de denuncia mencionado en el artículo 2º .

Artículo 4º — Obligación de denunciar los hechos de violencia. La obligación de denuncia a que se refiere el artículo 2º de la Ley Nº 24.417, deberá ser cumplida dentro de un plazo máximo de setenta y dos (72) horas, salvo que, consultado el programa previsto en el tercer párrafo del artículo 2º de esta reglamentación, surja que el caso se encuentra bajo atención o que, por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender el plazo.

Artículo 5º — Asistencia letrada: No se requiere asistencia letrada para formular las denuncias. Se garantiza la asistencia jurídica gratuita a las personas que la requieran y no cuenten con recursos suficientes a través de los Defensores de Pobres, Incapaces y Ausentes en lo Civil y Comercial, de los Centros De Atención Jurídica Comunitaria dependientes de la Secretaria De Asuntos Legislativos Del Ministerio De Justicia y de los consultorios jurídicos dependientes de la Municipalidad De La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de otros organismos públicos.

El Ministerio de Justicia abrirá y llevará un Registro De Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.) en el que podrán anotarse aquellas que estén en condiciones de prestar asistencia jurídica gratuita. La prestación se regirá por convenios que el Ministerio De Justicia suscribirá con esas instituciones, en los que podrá incluirse el compromiso de las entidades de brindar capacitación especializada en temas de violencia familiar.

A los mismos fines, el Ministerio De Justicia podrá celebrar convenios con la Facultad De Derecho Y Ciencias Sociales de la Universidad De Buenos Aires y con el Colegio Publico De Abogados De La Capital Federal.

Artículo 6º — Cuerpo Interdisciplinario. Créase, en el ámbito del Ministerio De Justicia, un Cuerpo Interdisciplinario de profesionales con formación especializada en violencia familiar que deberá prestar apoyo técnico en los casos que le sea requerido por los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil, con competencia en asuntos de familia. Su sede estará próxima a esos Juzgados, siempre y cuando el organismo jurisdiccional competente habilite instalaciones adecuadas a ese efecto.

Artículo 7º — Informe y diagnóstico. El Cuerpo mencionado en el artículo anterior emitirá, en el plazo de veinticuatro (24) horas, un diagnóstico preliminar para permitir al Juez evaluar sobre la situación de riesgo y facilitarle la decisión acerca de las medidas cautelares previstas en el artículo 4º de la Ley Nº 24.417. El diagnóstico preliminar no será requerido cuando el Juez no lo considere necesario por haber sido la denuncia acompañada de un diagnóstico producido por profesionales o instituciones públicas o privadas idóneas en violencia familiar o de informes concordantes del programa previsto en el artículo 2º de esta reglamentación.

Artículo 8º — Diagnóstico de interacción familiar. Sin perjuicio de la actuación de los auxiliares de la justicia que correspondan, para el diagnóstico de interacción familiar previsto en el artículo 3º de la Ley Nº 24.417, el Juez competente dispondrá:

- a) De los servicios que presten las instituciones públicas especializadas y las instituciones que a esos efectos se inscriban en el pertinente registro.
- b) Del Cuerpo Interdisciplinario previsto en el artículo 6º de esta reglamentación.

El tratamiento que se indique podrá ser derivado a las instituciones públicas o privadas que se encuentren inscriptas en el registro que se crea en el artículo 9º del presente decreto, cuya coordinación y seguimiento de casos estará a cargo del Consejo Nacional Del Menor Y La Familia.

El Consejo Nacional Del Menor Y La Familia deberá informar a los jueces cuáles son las instituciones donde se asegurará al agresor y/o su grupo familiar, asistencia médico-psicológica gratuita.

Artículo 9º — Registro de Equipos Interdisciplinarios. Convenios. El Consejo Nacional del Menor y la Familia llevará un Registro De Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.) en el que podrán anotarse aquellas que estén en condiciones de aportar equipos interdisciplinarios para el diagnóstico y tratamiento de la violencia familiar. La prestación se regirá por convenios que se suscribirán con el Ministerio De Justicia Y El Consejo Nacional Del Menor Y La Familia, quienes determinarán las exigencias sobre integración del equipo profesional, alcance de su labor y eventual arancelamiento hacia terceros.

Artículo 10º — Organismo de Evaluación. A los fines indicados en el artículo precedente, el Consejo Nacional Del Menor Y La Familia tendrá a su cargo la evaluación de servicios y programas existentes en instituciones privadas, sobre la base de los requisitos mínimos, que serán preestablecidos por ese organismo. Igual cometido cumplirá con relación a las instituciones públicas.

Artículo 11º — Cuerpo Policial Especializado. El Ministerio Del Interior dispondrá la formación de un Cuerpo Policial Especializado, debidamente capacitado, dentro de la Policía Federal Argentina y con personal que revista en el propio organismo, para actuar en auxilio de los Jueces Nacionales de Primera Instancia en lo Civil con competencia en asuntos de Familia que así lo requieran. Este Cuerpo también prestará sus servicios a los particulares ante situaciones de violencia familiar. A requerimiento del juez competente, hará comparecer por la fuerza a quienes fueren citados por el magistrado y llevará a cabo las exclusiones de hogar y demás medidas que, por razones de seguridad personal, dispusieren los jueces.

Artículo 12º — Utilización de los Cuerpos Especializados por los Jueces Penales. El Cuerpo Interdisciplinario previsto en el artículo 6º y el Cuerpo Policial Especializado que contempla el artículo 11 del presente decreto, estarán también a disposición de los Jueces Penales que lo requirieran.

Artículo 13º — Difusión de la finalidad de la Ley N° 24.417. El Ministerio De Justicia coordinará los programas que elaboren los distintos organismos, para desarrollar las campañas de prevención de la violencia familiar y difusión de las finalidades de la Ley N° 24.417.

Artículo 14º — Recursos humanos. La atención de los servicios previstos en el artículo 1º y la integración del Cuerpo Interdisciplinario contemplado en el artículo 6 de este decreto, será implementado con los recursos humanos y materiales existentes en la Administración Publica Nacional Y Municipal. A estos fines se convocará al personal dependiente de dichas administraciones que reúna las aptitudes profesionales pertinentes y desee integrar los mencionados servicios, para lo cual se efectuarán las adscripciones correspondientes.

Artículo 15º — Invitación a la Provincias. El Ministerio Del Interior cursará invitaciones a las Provincias, a efectos de que éstas dicten normas de igual naturaleza a las previstas en la Ley Nº 24.417 y en el presente Decreto.

RÉGIMEN DE ADOPCIÓN LEY Nº 24.479
--

Artículo 1º. Incorporase al Código Civil, como Título IV de la Sección Segunda, Libro Primero, el siguiente texto:

"TITULO IV - De la Adopción

Capítulo I - Disposiciones Generales

Art. 311.- La adopción de menores no emancipados se otorgará por sentencia judicial a instancia del adoptante. La adopción de un mayor de edad o un menor emancipado puede otorgarse, previo consentimiento de estos cuando:

- 1) Se trate del hijo del cónyuge del adoptante;
- 2) Exista estado de hijo del adoptado, debidamente comprobado por la autoridad judicial.

Art. 312.- Nadie puede ser adoptado por más de una persona simultáneamente, salvo que los adoptantes sean cónyuges. Sin embargo, en caso de muerte del adoptante o de ambos cónyuges adoptantes, se podrá otorgar una nueva adopción sobre el mismo menor. El adoptante debe ser por lo menos dieciocho años mayor que el adoptado salvo cuando el cónyuge supérstite adopta al hijo adoptado del premuerto.

Art. 313.- Se podrá adoptar a varios menores de uno u otro sexo simultánea o sucesivamente. Si se adoptase a varios menores todas las adopciones serán del mismo tipo. La adopción del hijo del cónyuge siempre será de carácter simple.

Art. 314.- La existencia de descendientes del adoptante no impide la adopción, pero en tal caso aquellos podrán ser oídos por el Juez o el Tribunal, con la asistencia del Asesor de Menores si correspondiere.

Art. 315.- Podrá ser adoptante toda persona que reúna los requisitos establecidos en este Código cualquiera fuese su estado civil, debiendo acreditar de manera fehaciente e indubitable, residencia permanente en el país por un período mínimo de cinco años anterior a la petición de la guarda. No podrán adoptar:

- a) Quienes no hayan cumplido treinta años de edad, salvo los cónyuges que tengan más de tres años de casados. Aún por debajo de este término podrán adoptar los cónyuges que acrediten la imposibilidad de tener hijos;
- b) Los ascendientes a sus descendientes;
- c) Un hermano a sus hermanos o medio hermanos.

Art. 316.- El adoptante deberá tener al menor bajo su guarda durante un lapso no menor de seis meses ni mayor de un año el que será fijado por el Juez. El juicio de adopción sólo podrá iniciarse transcurridos seis meses del comienzo de la guarda. La guarda deberá ser otorgada por el Juez o Tribunal del domicilio del menor o donde judicialmente se hubiese comprobado el abandono del mismo. Estas condiciones no se requieren cuando se adopte al hijo o hijos del cónyuge.

Art. 317.- Son requisitos para otorgar la guarda:

- a) Citar a los progenitores del menor a fin de que presten su consentimiento para el otorgamiento de la guarda con fines de adopción. El Juez determinará, dentro del sesenta días posteriores al nacimiento, la oportunidad de dicha citación. No será necesario el consentimiento cuando el menor estuviese en un establecimiento asistencial y los padres se hubieran desentendidos totalmente del mismo durante un

año o cuando el desamparo moral o material resulte evidente, manifiesto y continuo, y esta situación hubiese sido comprobada por la autoridad judicial. Tampoco será necesario cuando los padres hubiesen sido privados de la patria potestad, o cuando hubiesen manifestado judicialmente su expresa voluntad de entregar al menor en adopción;

b) Tomar conocimiento personal del adoptando;

c) Tomar conocimiento de las condiciones personales, edades y aptitudes del o de los adoptantes teniendo en consideración las necesidades y los intereses del menor con la efectiva participación del Ministerio Público, y la opinión de los equipos técnicos consultados a tal fin;

d) Iguales condiciones a las dispuestas en el inciso anterior se podrán observar respecto de la familia biológica. El Juez deberá observar las reglas de los incisos a), b) y c) bajo pena de nulidad.

Art. 318.- Se prohíbe expresamente la entrega en guarda de menores mediante escritura pública o acto administrativo.

Art. 319.- El tutor sólo podrá iniciar el juicio de guarda y adopción de su pupilo una vez extinguidas las obligaciones emergentes de la tutela.

Art. 320.- Las personas casadas sólo podrán adoptar si lo hacen conjuntamente, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando medie sentencia de separación personal;

b) Cuando el cónyuge haya sido declarado insano, en cuyo caso deberá oírse al curador y al Ministerio Público de Menores;

c) Cuando se declare judicialmente la ausencia simple, la ausencia con presunción de fallecimiento o la desaparición forzada del otro cónyuge.

Art. 321.- En el juicio de adopción deberán observarse las siguientes reglas:

a) La acción deberá interponerse ante el Juez o Tribunal del domicilio del adoptante o del lugar donde se otorgó la guarda;

b) Son partes el adoptante y el Ministerio Público de Menores;

c) El Juez o Tribunal de acuerdo a la edad del menor y a su situación personal, oírá personalmente, si lo juzga conveniente, al adoptado, conforme al derecho que lo asiste y a cualquier otra persona que estime conveniente en beneficio del menor;

d) El Juez o Tribunal valorará si la adopción es conveniente para el menor teniendo en cuenta los medios de vida y cualidades morales y personales del o de los adoptantes; así como la diferencia de edad entre adoptante y adoptado;

e) El Juez o Tribunal podrá ordenar, y el Ministerio Público de Menores requerir las medidas de prueba o informaciones que estimen convenientes;

f) Las audiencias serán privadas y el expediente será reservado y secreto. Solamente podrá ser examinado por las partes, sus letrados, sus apoderados y los peritos intervinientes;

g) El Juez o Tribunal no podrá entregar o remitir los autos, debiendo solamente expedir testimonios de sus constancias ante requerimientos fundado del otro Magistrado, quien estará obligado a respetar el principio de reserva en protección del interés del menor;

h) Deberá constar en la sentencia que el adoptante se ha comprometido a hacer conocer al adoptado su realidad biológica;

i) El Juez o Tribunal en todos los casos deberá valorar el interés superior del menor.

Art. 322.- La sentencia que acuerde la adopción tendrá efecto retroactivo a la fecha de la entrega de la guarda. Cuando se trate del hijo del cónyuge el efecto retroactivo será a partir de la fecha de promoción de la acción.

Capítulo II - Adopción Plena

Art. 323.- La adopción plena, es irrevocable. Confiere al adoptado una filiación que sustituye a la de origen. El adoptado deja de pertenecer a su familia biológica y se extingue el parentesco con los integrantes de ésta así como todos sus efectos

jurídicos, con la sola excepción de que subsisten los impedimentos matrimoniales. El adoptado tiene en la familia del adoptante los mismos derechos y obligaciones que el hijo biológico.

Art. 324.- Cuando la guarda del menor se hubiese otorgado durante el matrimonio y el período legal se completara después de la muerte de uno de los cónyuges, podrá otorgarse la adopción al viudo o viuda y el hijo adoptivo lo será del matrimonio.

Art. 325.- Sólo podrá otorgarse la adopción plena con respecto a los menores:

- a) Huérfanos de padre y madre;
- b) Que no tengan filiación acreditada;
- c) Cuando se encuentren en un establecimiento asistencial y los padres se hubieran desentendido totalmente del mismo durante un año o cuando el desamparo moral o material resulte evidente, manifiesto y continuo, y esta situación hubiese sido comprobada por la autoridad judicial;
- d) Cuando los padres hubiesen sido privados de la patria potestad;
- e) Cuando hubiesen manifestado judicialmente su expresa voluntad de entregar al menor en adopción. En todos los casos deberán cumplirse los requisitos previstos en los artículos 316 y 317.

Art. 326.- El hijo adoptivo llevará el primer apellido del adoptante, o su apellido compuesto si es que solicita su agregación. En caso que los adoptantes sean cónyuges, a pedido de estos podrá el adoptado llevar el apellido compuesto del padre adoptivo o agregar al primero de éste, el primero de la madre adoptiva. En uno y otro caso podrá el adoptado después de los dieciocho años solicitar esta adición. Si la adoptante fuese viuda cuyo marido no hubiese adoptado al menor, éste llevará el apellido de aquella, salvo que existieran causas justificadas para imponerle el de casada.

Art. 327.- Después de acordada la adopción plena no es admisible el reconocimiento del adoptado por sus padres biológicos, ni el ejercicio por el adoptado de la acción de filiación respecto de aquellos, con la sola excepción de la que tuviese por objeto la prueba del impedimento matrimonial del artículo 323.

Art. 328.- El adoptado tendrá derecho a conocer su realidad biológica y podrá acceder al expediente de adopción a partir de los dieciocho años de edad.

Capítulo III - Adopción simple -

Art. 329.- La adopción simple confiere al adoptado la posición del hijo biológico, pero no crea vínculo de parentesco entre aquel y la familia biológica del adoptante, sino a los efectos expresamente determinados en este Código. Los hijos adoptivos de un mismo adoptante serán considerados hermanos entre sí.

Art. 330.- El Juez o Tribunal, cuando sea más conveniente para el menor o a pedido de la parte por motivos fundados, podrá otorgar la adopción simple.

Art. 331.- Los derechos y deberes que resulten del vínculo biológico del adoptado no quedan extinguidos por la adopción con excepción de la patria potestad, inclusive la administración y usufructo de los bienes del menor que se transfieren al adoptante, salvo cuando se adopta al hijo del cónyuge.

Art. 332.- La adopción simple impone al adoptado el apellido del adoptante, pero aquel podrá agregar el suyo propio a partir de los dieciocho años. La viuda adoptante podrá solicitar que se imponga al adoptado el apellido de su esposo premuerto si existen causas justificadas.

Art. 333.- El adoptante hereda ab-intestato al adoptado y es heredero forzoso en las mismas condiciones que los padres biológicos; pero ni el adoptante hereda los bienes que el adoptado hubiera recibido a título gratuito de su familia biológica ni ésta hereda los bienes que el adoptado hubiera recibido a título gratuito de su familia de adopción. En los demás bienes los adoptantes excluyen a los padres biológicos.

Art. 334.-El adoptado y sus descendientes heredan por representación a los ascendientes de los adoptantes; pero no son herederos forzosos. Los descendientes del adoptado heredan por representación al adoptante y son herederos forzosos.

Art. 335.- Es revocable la adopción simple:

- a) Por haber incurrido el adoptado o el adoptante en indignidad de los supuestos previstos en este Código para impedir la sucesión;
- b) Por haberse negado alimentos sin causa justificada;
- c) Por petición justificada del adoptado mayor de edad;
- d) Por acuerdo de partes manifestado judicialmente, cuando el adoptado fuera mayor de edad. La revocación extingue desde su declaración judicial y para lo futuro todos los efectos de la adopción.

Art. 336.- Después de la adopción simple es admisible el reconocimiento del adoptado por sus padres biológicos y el ejercicio de la acción de filiación. Ninguna de estas situaciones alterará los efectos de la adopción establecidos en el art. 331.

Capítulo IV - Nulidad e inscripción.

Art. 337.- Sin perjuicio de las nulidades que resulten de las disposiciones de este Código:

1.- Adolecerá de nulidad absoluta la adopción obtenida en violación de los preceptos referentes a:

- a) La edad del adoptado;
- b) La diferencia de edad entre adoptante y adoptado;
- c) La adopción que hubiese tenido un hecho ilícito como antecedente necesario, incluido el abandono supuesto o aparente del menor proveniente de la comisión de un delito del cual hubiera sido víctima el mismo y/o sus padres;
- d) La adopción simultánea por más de una persona salvo que los adoptantes sean cónyuges;
- e) La adopción de descendientes;
- f) La adopción de hermanos y de medio hermanos ente sí.

2.- Adolecerá de nulidad relativa la adopción obtenida en violación de los preceptos referentes a:

- a) La edad mínima del adoptante;
- b) Vicios del consentimiento.

Art. 338.- La adopción, su revocación o nulidad deberán inscribirse en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

Capítulo V - Efectos de la adopción conferida en el extranjero

Art. 339.- La situación jurídica, los derechos y deberes del adoptante y adoptado entre sí, se regirán por la ley del domicilio del adoptado al tiempo de la adopción, cuando ésta hubiera sido conferida en el extranjero.

Art. 340.-La adopción concedida en el extranjero de conformidad a la ley de domicilio del adoptado, podrá transformarse en el régimen de adopción plena en tanto se reúnan los requisitos establecidos en este Código, debiendo acreditar dicho vínculo y prestar su consentimiento adoptante y adoptado. Si este último fuese menor de edad deberá intervenir el Ministerio Público de Menores.

Artículo 2º- A los fines de esta ley, las autoridades de aplicación organizarán en el orden nacional y provincial un Registro Único de Aspirantes a la Adopción, cuyo funcionamiento se coordinará mediante convenios.

Disposición Transitoria

Artículo 3º- En los casos en que hubiese guarda extrajudicial anterior a la entrada en vigencia de la presente ley, el Juez podrá computar el tiempo transcurrido en guarda conforme al art. 316 del Código Civil incorporado por la presente.

Artículo 4º- Derógase la Ley Nº 19.134 y el artículo 4.050 del Código Civil.

PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES LEY Nº 114
--

Título I

Artículo 1º - Objeto. La presente ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Los derechos y garantías enumerados en la presente ley deben entenderse complementarios de otros reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales en los que el Estado Argentino sea parte y la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 2º - Interés Superior. A todos los efectos emergentes de la presente ley, se entiende por interés superior de niños, niñas y adolescentes, el sistema integral que conforman todos y cada uno de los derechos a ellos reconocidos y los que en el futuro pudieran reconocérseles.

Artículo 3º - Aplicación e interpretación. En la aplicación e interpretación de la presente ley, de las demás normas y en todas las medidas que tomen o en las que intervengan instituciones públicas o privadas, así como los órganos legislativos, judiciales o administrativos es de consideración primordial el interés de niños, niñas y adolescentes.

Artículo 4º - Derechos fundamentales. Todos los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos fundamentales inherentes a su condición de personas. La Ciudad propicia su participación social y garantiza todas las oportunidades para su pleno desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad.

Artículo 5º - Remoción de obstáculos. La Ciudad promueve la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan o entorpezcan el pleno desarrollo de niñas, niños y adolescentes y su efectiva participación en la vida política, económica y social de la comunidad.

Artículo 6º - Efectivización de derechos. La familia, la sociedad y el Gobierno de la Ciudad, tienen el deber de asegurar a niñas, niños y adolescentes, con absoluta prioridad, la efectivización de los derechos a la vida, a la libertad, a la identidad, a la salud, a la alimentación, a la educación, a la vivienda, a la cultura, al deporte, a la recreación, a la formación integral, al respeto, a la convivencia familiar y comunitaria, y en general, a procurar su desarrollo integral.

Artículo 7º - Medidas de efectivización, definición y objetivos El Gobierno de la Ciudad adopta medidas legislativas, administrativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por normas jurídicas, operativas o programáticas. Las medidas de efectivización de derechos comprenden las de acción positiva que garantizan la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos reconocidos por la Constitución Nacional, por los

Tratados Internacionales vigentes, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la legislación nacional. Su objetivo esencial es la prevención y detección precoz de aquellas situaciones de amenaza o violación de los principios, derechos y garantías contemplados en la presente ley.

Artículo. 8º - Garantía de Prioridad. Los/las niños, niñas y adolescentes tienen prioridad en la:

- a) protección y auxilio cualquiera sea la circunstancia;
- b) atención en los servicios públicos;
- c) asignación de recursos públicos en la formulación y ejecución de políticas en las áreas relacionadas con la efectivización y la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y la familia;
- d) consideración y ponderación de las necesidades y problemáticas de la comunidad local a la que pertenecen.

Artículo 9º - Denominación. Toda referencia de cualquier índole a las personas que constituyen el ámbito de aplicación subjetiva de la presente ley debe hacerse con las palabras "niñas, niños, adolescentes". La denominación "menores de edad" se utiliza exclusivamente cuando razones técnicas insalvables así lo justifiquen.

Título II: Principios, derechos y garantías

Artículo 10º - Derecho a la Vida, Derecho a la Libertad, Dignidad, Identidad y Respeto. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute y protección. Tienen derecho a la libertad, a la dignidad, a la identidad en todas sus dimensiones, y al respeto como personas sujetos titulares de todos los derechos, reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales, otras normas nacionales y la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 11º- Garantías procesales. La Ciudad garantiza a niños, niñas y adolescentes a quienes se atribuya una conducta ilícita, los siguientes derechos:

- a) a ser considerado inocente hasta tanto se demuestre su culpabilidad;
- b) al pleno y formal conocimiento del acto infractor que se le atribuye y de las garantías procesales con que cuenta. Todo ello debe ser explicado en forma suficiente, oportuna, y adecuada al nivel cultural de la niña, niño o adolescente;
- c) a la igualdad en la relación procesal, a cuyo efecto puede producir todas las pruebas que estime conveniente para su defensa;
- d) a la asistencia de un abogado/a especializado/a en niñez y adolescencia de su libre elección o proporcionado/a gratuitamente por el Gobierno de la Ciudad;
- e) a ser escuchado personalmente por la autoridad competente tanto en la instancia administrativa como judicial;
- f) a no ser obligado a declarar;
- g) a solicitar la presencia de los padres o responsables a partir de su aprehensión y en cualquier etapa del procedimiento;
- h) a que sus padres, responsables, o persona a la que la niña, niño o adolescente adhiera afectivamente, sean informados de inmediato en caso de aprehensión, del lugar donde se encuentra, hecho que se le imputa, tribunal y organismo de prevención intervinientes;
- i) a que toda actuación referida a la aprehensión de niños, niñas y adolescentes, así como los hechos que se le imputen sean estrictamente confidenciales;
- j) a comunicarse en caso de privación de libertad, en un plazo no mayor de una hora, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio, con su grupo familiar responsable, o persona a la que adhiera afectivamente.

Artículo 12º- Incorporación de Reglas de Naciones Unidas. Se consideran parte integrante de la presente ley, en lo pertinente, las "Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de menores (Reglas de Beijing) Resolución N° 40/33 de la Asamblea General", las "Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad Resolución N° 45/113 de la Asamblea General", y las "Directrices de Naciones Unidas para la prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad)" que se nominan Anexos I, II y III respectivamente.

Artículo 13º- Derecho a la identidad. El derecho a la identidad comprende el derecho a una nacionalidad, a un nombre, a su cultura, a su lengua de origen, a su orientación sexual, al conocimiento de quiénes son sus padres y a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley.

Artículo 14º- Medidas de Protección de la Identidad. Para efectivizar el derecho a la identidad el Gobierno de la Ciudad debe:

- a) identificar al recién nacido mediante el procedimiento que establezca la normativa vigente;
- b) garantizar la inscripción gratuita de niños y niñas inmediatamente después de su nacimiento. En ningún caso la indocumentación de la madre o del padre es obstáculo para que se identifique al recién nacido o a los menores de dieciocho años de edad.
- c) facilitar y colaborar para obtener información, la búsqueda o localización de los padres u otros familiares de niñas, niños y adolescentes facilitándoseles el encuentro o reencuentro familiar.

Artículo 15º- Derecho a la integridad. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad biopsicosocial, a la intimidad, a la privacidad, a la autonomía de valores, ideas o creencias y a sus espacios y objetos personales.

Artículo 16º- Reserva de Identidad. Ningún medio de comunicación social, público o privado, podrá difundir información que identifique o pueda dar lugar a la identificación de niñas, niños y adolescentes a quienes se les atribuya o fueran víctimas de la comisión de un delito.

Artículo 17º- Derecho a ser oído. Los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a ser oídos en cualquier ámbito cuando se trate de sus intereses o al encontrarse involucrados personalmente en cuestiones o procedimientos relativos a sus derechos.

Artículo 18º- Derecho a la Dignidad. Es deber de la familia, la sociedad y el Gobierno de la Ciudad proteger la dignidad de niños, niñas y adolescentes impidiendo que sean sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio, a prostitución, explotación sexual o a cualquier otra condición inhumana o degradante.

Artículo 19º- Derecho a ser Respetado. El respeto a las niñas, niños y adolescentes consiste en brindarles comprensión, en otorgarles la oportunidad al despliegue de sus actividades, al desarrollo de sus potencialidades, al goce y ejercicio de sus derechos y al protagonismo activo inherente a las prácticas ciudadanas acordes con su edad.

Artículo 20º- Derecho a la Igualdad. Los niños, niñas y adolescentes tienen idéntica dignidad y son iguales ante la ley. Se les reconoce y garantiza el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, edad, ideología, religión,

opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica, creencias culturales o cualquier otra circunstancia que implique exclusión o menoscabo de ellos, de sus padres o responsables. Las normas legales y reglamentarias de cualquier naturaleza deben aplicarse a todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación alguna.

Artículo 21º- Necesidades especiales. Las niñas, niños y adolescentes con necesidades especiales de cualquier índole tienen derecho a disfrutar de una vida plena en condiciones que aseguren su dignidad e integración igualitaria.

Artículo 22º- Derecho a la Salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad.

Artículo 23º- Protección de la salud. A los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud el Gobierno debe adoptar medidas para:

- a) reducir la morbi-mortalidad;
- b) combatir las enfermedades y la malnutrición;
- c) asegurar que todos los sectores de la sociedad, los miembros de la familia, y en particular los niñas, niños y adolescentes, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y todas las medidas de cuidado y prevención;
- d) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual;
- e) proveer gratuitamente a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos, medicamentos, prótesis u otros elementos necesarios para su tratamiento, habilitación y rehabilitación;
- f) proporcionar condiciones dignas para que la madre, el padre o la persona responsable del cuidado de niños, niñas y adolescentes permanezca todo el tiempo durante el cual se prolongue la internación en establecimientos de salud;
- g) vacunar gratuitamente según el esquema vigente;
- h) garantizar el derecho de los niños y niñas a gozar de la lactancia materna inclusive aquellos cuyas madres cumplen penas privativas de libertad durante un período no menor de doce meses consecutivos a partir del momento del nacimiento sin que pueda separarse al niño o niña de su madre;
- i) garantizar la aplicación de los principios consagrados en esta ley en materia de prestaciones relativas a la salud mental;
- j) garantizar la atención de la salud a toda adolescente embarazada.

Artículo 24º- Atención perinatal. Los establecimientos públicos y privados que realicen atención del embarazo, del parto y del recién nacido, están obligados a:

- a) Conservar las historias clínicas individuales por el plazo de 30 años;
- b) realizar exámenes a fin de determinar el diagnóstico y la terapéutica de anomalías en el metabolismo del recién nacido, así como prestar orientación a los padres;
- c) proveer una declaración de nacimiento donde conste lo ocurrido en el parto y el desenvolvimiento del neonato;
- d) posibilitar la permanencia del neonato junto con la madre;
- e) ejecutar acciones programadas teniendo en cuenta los grupos de mayor vulnerabilidad para garantizar el adecuado seguimiento del embarazo, parto, puerperio del recién nacido;

f) garantizar la atención de todas las enfermedades perinatales en el ámbito estatal y privado.

Artículo 25º- Derecho a la Convivencia familiar y comunitaria. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser criados y cuidados por sus padres y a permanecer en su grupo familiar de origen, en una convivencia sustentada en vínculos y relaciones afectivas y comunitarias.

Artículo 26º- Preservación del grupo familiar. La carencia o insuficiencia de recursos materiales del padre, madre o responsable no constituye causa para la separación de la niña, niño o adolescente de su grupo familiar. La convivencia dentro de otros grupos familiares constituye una situación excepcional.

Artículo 27º- Derecho a la educación. Formación integral. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la educación con miras a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, garantizándoles el disfrute de los valores culturales, la libertad de creación y el desarrollo máximo de las potencialidades individuales.

Artículo 28º- Derecho a la Educación. Valores. El derecho a la educación a través de los sistemas de enseñanza formal y no formal comprende la construcción de valores basados en la tolerancia y el respeto por los derechos humanos, la pluralidad cultural, la diversidad, el medio ambiente, los recursos naturales y los bienes sociales, preparando a los niños, niñas y adolescentes para asumir una vida responsable en una sociedad democrática.

Artículo 29º- Derecho a la Educación. Garantías mínimas. El Gobierno de la Ciudad garantiza a niños, niñas y adolescentes:

- a) acceso gratuito a los establecimientos educativos de todos los niveles;
- b) garantizando la prestación del servicio en todos los barrios de la Ciudad;
- c) igualdad de condiciones de acceso, permanencia y egreso del sistema educativo, instrumentando las medidas necesarias para su retención en el mismo;
- d) respeto por parte de los integrantes de la comunidad educativa;
- e) acceso al conocimiento e información de los procedimientos para la construcción de las normativas de convivencia y su participación en ella;
- f) ser escuchados/as previamente en caso de decidirse cualquier medida o sanción, las que únicamente pueden tomarse mediante procedimientos y normativas conocidas, claras y justas;
- g) recurrir a instancias escolares superiores o extraeducativas en caso de sanciones;
- h) ser evaluados/as por sus desempeños y logros, conforme a las normas acordadas previamente y a conocer u objetar criterios de evaluación, pudiendo recurrir a instancias escolares superiores;
- i) la organización y participación en entidades estudiantiles;
- j) el conocimiento de los derechos que les son reconocidos y los mecanismos para su ejercicio y defensa;
- k) recibir educación pública, eximiéndolos de presentar documento de identidad nacional, en caso de carecer del mismo, o cualquier otra documentación que restrinja dicho acceso debiéndoles entregar la certificación o diploma correspondiente a cada nivel;
- l) la existencia y aplicación de lineamientos curriculares acordes con sus necesidades y que viabilicen el desarrollo máximo de las potencialidades individuales.
- m) la implementación de investigaciones, experiencias y nuevas propuestas relativas a los diseños curriculares y a su didáctica, con miras a dar respuesta a las

necesidades de integración de la diversidad de la población infantil y adolescente en la educación común.

Artículo 30º- Derecho a la recreación, juego, deporte y descanso. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la recreación, al juego, al deporte y al descanso.

Artículo 31º- Participación e integración. El Gobierno de la Ciudad debe implementar actividades culturales, deportivas y de recreación, promoviendo el protagonismo de niños, niñas y adolescentes y la participación e integración de aquellos con necesidades especiales.

Artículo 32º- Derecho a la no explotación. Las niñas y los niños tienen derecho a no trabajar. Las personas mayores de catorce años pueden hacerlo conforme a las modalidades establecidas en la legislación vigente.

Artículo 33º- Derecho a la libre expresión, información y participación. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:

- a) informarse, opinar y expresarse;
- b) creer y profesar cultos religiosos;
- c) participar en la vida política;
- d) asociarse y celebrar reuniones;
- e) usar, transitar y permanecer en los espacios públicos.

Artículo 34º- Responsabilidad de los padres. Incumbe a los padres la responsabilidad primordial de la crianza y desarrollo de sus hijos/as para su protección y formación integral. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires respeta los derechos y deberes de los padres y les presta la ayuda necesaria para su ejercicio con plenitud y responsabilidad.

Título III: De Las Políticas Públicas De Protección Integral

Capítulo Primero: Pautas Básicas

Artículo 35º- Ejes. Son ejes que sustentan las políticas públicas de protección integral de los derechos:

- a) descentralizar los organismos de aplicación de los programas específicos de las distintas políticas de protección integral a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficiencia;
- b) elaborar, desarrollar, monitorear, articular y evaluar los programas específicos de las distintas áreas de salud, educación, vivienda, recreación, trabajo, deporte, cultura, seguridad pública y social, con criterios de intersectorialidad e interdisciplinariedad y participación activa de la comunidad;
- c) propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes que brinden asesoramiento y patrocinio jurídico gratuito, deduzcan denuncias o promuevan acciones ante tribunales, asesorías, fiscalías y defensorías oficiales;
- d) promover la participación de diversos segmentos de la sociedad, en especial de los centros de estudiantes y de los grupos juveniles, generando desde el Estado los espacios necesarios para su creación y desarrollo;
- e) implementar servicios de identificación y localización de padres, madres y responsables, de niños y adolescentes;
- f) propender a la formación de redes sociales que conecten y optimicen los recursos existentes.

Capítulo Segundo: Medidas de Protección Especial de Derechos

Artículo 36º- Definición. Son medidas de protección especial aquellas que se adoptan cuando son amenazados, vulnerados o violados los derechos de niños, niñas y adolescentes. Son limitadas en el tiempo y se prolongan mientras persistan las causas que dieron origen a las amenazas o violaciones.

Artículo 37º- Objetivos. Las medidas de protección especial tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Artículo 38º- Alteración de la identidad. La privación, adulteración, modificación o sustitución de alguno de los elementos que integran la identidad de niñas, niños y adolescentes, se consideran amenazas o violaciones de este derecho.

Artículo 39º- Comunicación. Toda persona que tomare conocimiento de la existencia de abuso físico, psíquico, sexual, trato negligente, malos tratos o explotación de niños, niñas y adolescentes debe comunicarlo inmediatamente a los organismos competentes y a las defensorías zonales creadas por la presente ley. Si fuere funcionario su incumplimiento lo hará pasible de sanción.

Artículo 40º- Acciones sociales de protección. Cuando el organismo creado por la presente ley tome conocimiento de alguna amenaza o violación de derechos de niñas, niños y adolescentes debe implementar en forma directa o a través de sus unidades descentralizadas, las acciones sociales de protección especial tendientes a proporcionar escucha, atención, contención y ayuda necesarias a las niñas, niños y adolescentes y a quienes cuiden de ellos.

Artículo 41º- Intervención Judicial. La intervención judicial podrá ser requerida:

- a) por quien tenga interés legítimo como representante legal de niños, niñas y adolescentes o como miembro de su familia de parentesco o de la comunidad local;
- b) por los integrantes de los equipos técnicos que se desempeñen en los organismos creados por la presente ley;
- c) por el propio niño/a o adolescente en su resguardo.

Artículo 42º- Formas alternativas de convivencia. Cuando medie inexistencia o privación del grupo familiar de pertenencia, las medidas de protección consisten en la búsqueda e individualización de alternativas para que niñas, niños y adolescentes convivan con personas vinculadas a ellos, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según la costumbre local, en todos los casos teniendo en cuenta la opinión de niños, niñas y adolescentes. Cualesquiera de esas formas alternativas de convivencia, instrumentada por el organismo competente creado por la presente ley, configura una guarda provisoria de hecho.

Artículo 43º- Desjudicialización de la pobreza. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, económicas, laborales o de vivienda, las medidas de protección a aplicar son los programas sociales establecidos por las políticas públicas, que deben brindar orientación, ayuda y apoyo incluso económico, con miras a la sustentación y fortalecimiento de los vínculos del grupo familiar responsable del cuidado de niñas, niños y adolescentes.

Artículo 44º- Excepcionalidad de la internación. Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a la internación, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles el regreso de niños, niñas y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario y su reintegración social. En ningún caso, las medidas de protección pueden consistir en la privación de libertad. Las internaciones son supervisadas por las defensorías zonales creadas por la presente ley.

Título IV: Autoridades De Aplicación

Capítulo Primero: Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad

Artículo 45 º - Creación y finalidad. Créase en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes como organismo especializado que tiene a su cargo las funciones que le incumben a la Ciudad en materia de promoción y protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Artículo 46º- Jerarquía Institucional - Autonomía. El Consejo integra el área Jefatura de Gobierno de la Ciudad y goza de autonomía técnica y administrativa y autarquía financiera.

Artículo 47º- Composición. El Consejo está compuesto por: a) una Dirección Ejecutiva, b) un Plenario.

Artículo 48º- Dirección Ejecutiva - Integración. La Dirección Ejecutiva está integrada por:

a) un/a Presidente/a, b) un/a vicepresidente/a.

Artículo 49º- Plenario - Integración. El Plenario está integrado por:

- a. el/la Presidente/a;
- b. el/la vicepresidente/a;
- c. un/a Subsecretario/a de la Secretaría de Salud;
- d. un/a Subsecretario/a de la Secretaría de Educación;
- e. un/a Subsecretario/a de la Secretaria de Promoción Social;
- f. un/a Subsecretario/a de la Secretaría de Cultura;
- g. un/a Subsecretario/a o funcionario/a de máxima jerarquía del organismo que se dedique a la Promoción de los Derechos Humanos en el Gobierno de la Ciudad;
- h. cinco profesionales con formación y antecedentes científicos y técnicos, especializados en las temáticas de niñez y adolescencia, designados por la Legislatura que deben reflejar proporcionalmente la representación política de los bloques que la componen;
- i. cinco representantes designados por organizaciones no gubernamentales debidamente registradas, especializadas en los derechos contemplados por esta ley. Uno de los representantes debe pertenecer a las organizaciones no gubernamentales que se ocupen de niñas, niños y adolescentes con necesidades especiales;
- j. dos representantes designados por el Consejo de la Juventud;
- k. un representante designado por la Asesoría General Tutelar;
- l. cuatro representantes de las Defensorías de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Artículo 50º- Designación, jerarquía. El/la Presidente/a del Consejo es designado/a por el Jefe de Gobierno con rango de Secretario/a.

El/la Vicepresidente/a es designado/a por el Jefe de Gobierno con rango de Subsecretario/a.

Los/as subsecretarios/as o funcionarios/as de máxima jerarquía del Poder Ejecutivo de cada área que integran el Consejo son designados/as por el Jefe de Gobierno.

Los/as representantes de la Legislatura son designados/as en la forma que aquella disponga.

Los/as representantes del Consejo de la Juventud son designados/as por dicho organismo.

Los/as representantes de las organizaciones no gubernamentales son designados/as por éstas en una asamblea convocada al efecto. Desempeñan sus funciones en forma honoraria.

Las Defensorías Zonales establecen sus propios mecanismos para designar a sus representantes.

Artículo 51º- Representación de género. En la integración del Consejo debe cumplirse con lo dispuesto por el art. 36 de la Constitución de la Ciudad, no pudiendo incluirse más del setenta por ciento de personas del mismo sexo.

Artículo 52º- Duración. Los miembros del Consejo duran dos años en sus funciones pudiendo ser reelectos/as. Los/as subsecretarios/as o funcionarios/as son designados/as y removidos por el Poder Ejecutivo.

Artículo 53º- Remoción. Es causal de remoción el mal desempeño de sus funciones. El Reglamento Interno que se dicte el Consejo establecerá el procedimiento respectivo.

Artículo 54º- Funciones. Son funciones del Consejo:

- a) definir la política anual del organismo a través de un Plan que articule transversalmente la acción de gobierno en todas las áreas y enunciar los criterios para la formulación estratégica de la misma;
- b) diseñar y aprobar los programas necesarios para el cumplimiento de los derechos consagrados y ratificados por la presente ley;
- c) asesorar y proponer al Gobierno de la Ciudad las políticas del área;
- d) articular las políticas públicas de todas las áreas de gobierno, en los aspectos vinculados con la infancia y la adolescencia;
- e) elaborar proyectos legislativos específicos;
- f) aprobar informes anuales que son elevados al Jefe de Gobierno y a la Legislatura;
- g) realizar la evaluación anual de lo actuado;
- h) evaluar los informes trimestrales presentados por las Defensorías;
- i) tomar las medidas para dar cumplimiento a las demandas pertinentes;
- j) proponer al Jefe de Gobierno el Presupuesto del Área, Planes y Cálculos de Recursos;
- k) promover la participación social de niñas, niños y adolescentes para el ejercicio pleno de la ciudadanía;
- l) realizar estudios, relevamientos, diagnósticos situacionales, investigaciones y recabar información de cualquier organismo público o privado;
- m) participar en el diseño de la política oficial de medios de comunicación vinculada con la materia;
- n) celebrar convenios con universidades e instituciones públicas o privadas;
- o) arbitrar los medios de seguimiento y control sobre los organismos del Gobierno de la Ciudad y las organizaciones no gubernamentales involucradas en la ejecución de políticas públicas;

- p) ser oído en la solicitud de personería jurídica que presenten las instituciones privadas de atención de niños, niñas y adolescentes; supervisar los proyectos de planes y programas de las mismas y peticionar en los casos que estime procedente la cancelación de dicha personería;
- q) recabar, recibir y canalizar las inquietudes de niños, niñas y adolescentes;
- r) organizar y dirigir el Registro Único de Aspirantes a la Adopción creado por la Ley 24.779;
- s) dictar su reglamento interno.

Artículo 55º- Funciones del/la Presidente/a. Son funciones del/la Presidente/a:

- a. presidir las reuniones plenarias;
- b. representar a la Ciudad ante las autoridades y organismos nacionales e internacionales;
- c. elevar al Poder Ejecutivo el Presupuesto del Área, Planes y Cálculo de Recursos y fijar las remuneraciones;
- d. ejercer la legitimación procesal para actuar en todos los casos derivados de los fines y objetivos de la presente ley;
- e. denunciar ante las autoridades judiciales competentes las infracciones a leyes vigentes en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes;
- f. recibir, donaciones, legados, herencias, subsidios y subvenciones que se le hicieran al Consejo, con la aprobación del Jefe de Gobierno o de la Legislatura, cuando corresponda.

Artículo 56º- Funciones del/la Vicepresidente/a. Son funciones del/la Vicepresidente/a:

- a. reemplazar al presidente en caso de ausencia o vacancia;
- b. coordinar, asistir y supervisar el funcionamiento de las Defensorías Zonales de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes;
- c. llevar el registro de Organizaciones No Gubernamentales creado por esta ley;
- d. convocar a las asambleas de las organizaciones no gubernamentales y de las Defensorías Zonales;
- e. realizar toda otra función que determine el plenario.

Artículo 57º- Ejecución de acciones y programas. La Secretaría de cada área del Poder Ejecutivo ejecuta las acciones y programas inherentes a su competencia.

Artículo 58º- Funcionamiento del Consejo. El Consejo adopta sus decisiones en Plenario. Este se reúne por lo menos una vez cada dos meses y sesiona con la mitad más uno de sus miembros. Adopta sus decisiones por mayoría de votos. En caso de empate vota el Presidente. Las reuniones extraordinarias se realizan a solicitud de la Dirección Ejecutiva o de por lo menos el veinte por ciento de los integrantes del Consejo.

Artículo 59º- Unidad técnico administrativa. La Dirección Ejecutiva cuenta con una Unidad técnico - administrativa que debe estar dotada de la infraestructura y equipamientos suficientes, recursos técnicos y profesionales idóneos. Su estructura básica comprende, por lo menos, las siguientes áreas de actividades:

- a) coordinación y cooperación interinstitucional;
- b) coordinación de programas y Defensorías;
- c) asistencia técnica, investigación, seguimiento y evaluación de programas, capacitación, comunicación y documentación;
- d) coordinación administrativa.

Capítulo Segundo: Defensorías Zonales de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Artículo 60º- Creación. Créanse en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las Defensorías Zonales como organismos descentralizados del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Cada una de las Comunas cuenta, por lo menos, con una Defensoría.

Artículo 61º- Objeto y fines. Las Defensorías Zonales tienen por objeto diseñar y desarrollar un sistema articulado de efectivización, defensa y resguardo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Deben ejecutar las políticas públicas específicas, implementando acciones con criterios interdisciplinarios y participación de los actores sociales.

Artículo 62º- Composición. Las Defensorías Zonales están integradas por: a) un Consejo Consultivo; b) un Equipo técnico; c) una Unidad Administrativa.

Artículo 63º- Integración del Consejo Consultivo. El Consejo Consultivo está integrado por:

- a) miembros de organismos e instituciones oficiales con sede en la comuna, pertenecientes, entre otras, a las áreas de salud, educación, recreación y promoción social;
 - b) representantes de organizaciones barriales intermedias con actuación en la zona.
- Sus integrantes son elegidos en Asamblea que al efecto convoca el Equipo Técnico y se renuevan cada dos años. Sus funciones son ad honorem.

Artículo 64º- Integración del Equipo Técnico. El Equipo Técnico desempeña sus funciones de modo interdisciplinario y está integrado como mínimo por:

- a) un/a trabajador/a social;
- b) un/a psicóloga/o;
- c) un/a abogado/a;
- d) dos promotoras/es de derechos de niños, niñas y adolescentes propuestos/as por las organizaciones barriales que acrediten experiencia y especialización en la temática de infancia y adolescencia.

Artículo 65º- Designación del Equipo Técnico. Los/las integrantes del Equipo Técnico son designados/as por el Consejo de acuerdo a un sistema de Concursos. Para ser designado/a es necesario acreditar antecedentes de conocimientos, experiencia y capacitación en las temáticas a que se refiere la presente ley. El Consejo nombra a uno/a de los/as profesionales del Equipo Técnico como coordinador/a del mismo.

Artículo 66º- Prioridad de asignación de recursos. La conformación del Equipo Técnico de cada Defensoría Zonal, así como los recursos que el Consejo les provea, responden a la prioridad, suficiencia y adecuación que requieran las particularidades propias de cada Comuna.

Artículo 67º- Legitimación en causas judiciales. Las Defensorías Zonales son parte legítima en las causas judiciales. Todos los informes, pericias, diagnósticos, evaluaciones y demás actuaciones extrajudiciales realizadas por las Defensorías, deben ser agregadas al expediente judicial como prueba preconstituida, a los efectos de su valoración por el Juez evitando su reiteración innecesaria.

Artículo 68º- Reuniones Plenarias Las reuniones plenarias se efectúan por lo menos una vez al mes. Participan todas los integrantes de la Defensoría Zonal. En ellas:

- a) el Equipo Técnico informa las actividades realizadas y programadas;
- b) el Consejo Consultivo puede emitir opinión y sus dictámenes deben ser tenidos en cuenta por el Equipo Técnico para llevar a cabo acciones articuladas con la comunidad.

Artículo 69º- Informes del Equipo Técnico. El Equipo Técnico elevará al Consejo un informe trimestral sobre el funcionamiento y desarrollo de la Defensoría Zonal.

Artículo 70º - Funciones de las Defensorías Son funciones de las Defensorías Zonales:

- a) difundir los principios emanados de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y propiciar y apoyar todas aquellas acciones que promuevan dichos derechos;
- b) establecer los procedimientos para la implementación de programas de efectivización y de protección especial de los derechos de niñas, niños y adolescentes;
- c) brindar asesoramiento, orientación y atención ante situaciones de amenaza o violación de derechos de niños, niñas y adolescentes. Utilizar modalidades alternativas de resolución de conflictos. Las actuaciones Zonales constituirán instancias comunitarias alternativas a la intervención judicial o, en su caso, coadyuvantes o previas a ella;
- d) conformar y fortalecer una red articulada en el ámbito local para facilitar la confluencia de recursos destinados a problemáticas de amenaza o violación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- e) actualizar en forma permanente su capacitación;
- f) recibir los reclamos e inquietudes que formulen niños, niñas, adolescentes y cualquier otra persona de existencia visible o ideal con relación a los derechos contemplados por la presente ley. Canalizar esas expresiones a través de los organismos competentes;
- g) otorgar patrocinio jurídico gratuito, cuando lo estime necesario o conveniente, a niñas, niños, adolescentes y a miembros de su grupo familiar;
- h) dictaminar en el otorgamiento de subsidios a los grupos familiares de origen de niños, niñas y adolescentes o a integrantes de la familia ampliada o a miembros de la comunidad local, sean personas de existencia visible o ideal, para implementar medidas de efectivización o de protección especial de derechos, en las condiciones que los programas determinen;
- i) celebrar reuniones y sostener entrevistas o encuentros con miembros del grupo familiar, de la familia ampliada o de la comunidad local;
- j) realizar averiguaciones, efectuar diagnósticos, evaluar daños y perjuicios, dimensionar consecuencias e impactos, brindar apoyo, orientación, contención, seguimiento y acompañamiento para que niñas, niños y adolescentes mantengan o recuperen el disfrute y goce de sus derechos;
- k) llevar un registro de comunicaciones y confeccionar estadísticas de los reclamos que se le efectúen. Las estadísticas deberán contener entre otras variables, las diferentes problemáticas, personas involucradas, circuitos, acciones llevadas a cabo y resultados de las mismas;
- l) publicar y difundir el resultado de las estadísticas realizadas;
- m) recabar información, realizar averiguaciones y efectuar gestiones tendientes a verificar la existencia de incumplimientos a lo establecido por la presente ley;
- n) informar a las autoridades competentes las irregularidades constatadas. Las autoridades receptoras intervinientes deben comunicar al Consejo el estado de las investigaciones realizadas, sus resultados y las medidas adoptadas;

- o) interponer acción judicial contra todo acto que vulnere o restrinja los derechos de niños, niñas y adolescentes y sus familias como así también aquéllas que tengan por objeto la vigencia de principios, derechos y garantías asegurados por la presente ley;
- p) consultar y requerir copias de las actuaciones o piezas respectivas a fin de verificar el debido cumplimiento de las garantías procesales de niñas, niños y adolescentes así como el respeto de sus derechos a ser oídos en todo trámite administrativo o proceso judicial que los involucre o afecte;
- q) formular recomendaciones, propuestas o sugerencias a organismos públicos o privados respecto de cuestiones susceptibles de ser materia de investigación.
- r) remitir al Consejo relevamientos y diagnósticos situacionales actualizados, pertenecientes a las respectivas zonas y/o barrios donde funcione la Defensoría Zonal;
- s) sugerir modificaciones que aseguren un mejor funcionamiento de los servicios públicos atinentes a la niñez, la adolescencia y la familia;
- t) brindar asesoramiento y emitir dictámenes referidos a cuestiones temáticas de su competencia;
- u) proponer las reformas legales necesarias para garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes;
- v) procurar que las niñas, niños y adolescentes albergados por razones de urgencia, en forma transitoria, excepcional y subsidiaria, en pequeños hogares u organismos no gubernamentales, regresen a su grupo familiar o recuperen la convivencia con miembros de la familia ampliada o de la comunidad local facilitando la reinserción y contención en su medio afectivo y social.

Capítulo Tercero: Organismos de Atención

Artículo 71º- Organismos de Atención - concepto. A los fines de la presente ley se consideran Organismos de Atención los organismos estatales y las organizaciones no gubernamentales que desarrollen programas o servicios de atención a niños, niñas y adolescentes.

Artículo 72º- Obligaciones. Los Organismos de Atención deben cumplir con los derechos y garantías que emanan de esta ley, la Constitución de la Nación, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales en los que el Estado Argentino sea parte y la Constitución de la Ciudad y en especial:

- a) respetar y preservar la identidad de las niñas, niños y adolescentes y ofrecerles un ambiente de respeto y dignidad;
- b) respetar y preservar los vínculos familiares, evitando desmembrar o separar grupos de hermanos;
- c) brindar a los niños, niñas y adolescentes atención personalizada y en pequeños grupos evitando en todos los casos el hacinamiento y la promiscuidad;
- d) ofrecer instalaciones físicas en condiciones adecuadas de habitabilidad, higiene, salubridad, seguridad y respeto a la intimidad y privacidad de cada persona;
- e) asegurar la participación de las niñas, niños y adolescentes atendidos en la elaboración y el cumplimiento de pautas de convivencia;
- f) fortalecer la participación del grupo familiar en el proceso educativo;
- g) propiciar actividades culturales, deportivas y de recreación en el ámbito abierto de la comunidad;
- h) propiciar la educación y la formación para el trabajo en las instituciones públicas o privadas abiertas de la comunidad;
- i) evitar el traslado a otras instituciones alejadas del domicilio de niños, niñas y adolescentes;
- j) fomentar el desarrollo de actividades en las que participen ambos sexos;

- k) brindar atención integral de la salud mediante la derivación a los centros pertinentes;
- l) asegurar el apoyo para el regreso de niños, niñas y adolescentes a su ámbito familiar o comunitario;
- m) ofrecer vestuario y alimentación adecuados y suficientes;
- n) abstenerse bajo ningún pretexto de conculcar o limitar derecho alguno de niñas, niños o adolescentes que no haya sido objeto de restricción en la decisión judicial respectiva;
- o) asegurar asistencia religiosa a aquellos /as que lo deseen de acuerdo a sus propias creencias;
- p) realizar el estudio social y el seguimiento de cada situación; debiendo confeccionarse un legajo de cada persona atendida;
- q) mantener constantemente informado/a al niño, niña o adolescente atendido/a sobre su situación legal debiendo notificarle cada novedad que se produzca en la misma de forma inmediata y cada vez que el mismo lo requiera. No se admitirá ningún tipo de requisito para la formulación de este requerimiento;
- r) tramitar los documentos de identificación personal para aquellos/as que no los posean.

Artículo 73º- Internación en caso de emergencia. Las entidades que cuenten con programas de albergue podrán, con carácter excepcional y de urgencia, alojar niñas, niños y adolescentes sin previa determinación de la autoridad judicial competente, debiendo comunicarlo a la misma dentro de las doce horas de acaecido.

Capítulo Cuarto

Registro de Organismos No Gubernamentales

Artículo 74º- Creación. Créase en el ámbito del Consejo el Registro de organizaciones comunitarias y organismos no gubernamentales que tengan como objeto el trabajo sobre temáticas y cuestiones de cualquier índole, vinculadas directa o indirectamente a los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Artículo 75º- Obligatoriedad de la inscripción. Deben inscribirse en el Registro las organizaciones de la sociedad civil y en general las personas de existencia ideal que hayan obtenido su personería jurídica. Dicha inscripción constituye condición insoslayable para la celebración de convenios de cualquier naturaleza y alcance con instituciones oficiales en virtud de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 76º- Funcionamiento y requisitos. El Consejo debe distribuir a todas las Defensorías Zonales la información actualizada acerca de las personas jurídicas y otras organizaciones comunitarias registradas. Las organizaciones al momento de su registración deben acompañar copia de los estatutos y nómina de sus directivos debiendo informar de las modificaciones que se produzcan en ambos.

Artículo 77º- Fiscalización de organismos. El Consejo fiscaliza a los organismos y entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como a las organizaciones comunitarias inscriptas en el Registro. Controla el cumplimiento de los convenios que se celebren y lo relacionado con la observancia de la presente ley.

Artículo 78º- Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad civil y/o penal que correspondiera a sus directivos, funcionarios e integrantes, son aplicables a los organismos aludidos en el Art. 75, en caso de inobservancia de la presente ley o cuando incurran en amenaza o violación de derechos de niñas, niños y adolescentes, las siguientes medidas: a) advertencia; b) suspensión total o parcial de la transferencia

de fondos públicos; c) suspensión del programa; d) intervención de establecimientos; e) cancelación de la inscripción en el registro.

Capítulo Quinto: Presupuesto y Control Financiero del Consejo

Artículo 79º- Presupuesto y control financiero. El gobierno de la Ciudad debe incluir en el presupuesto anual, la partida necesaria y suficiente para el cumplimiento de la finalidad del organismo. Su actividad económica financiera y sus registros contables son fiscalizados por la Auditoría de la Ciudad.

CLAUSULAS TRANSITORIAS

Primera. La Ciudad realizará los convenios y gestiones que fueren menester para el paso a su órbita de todas aquellas funciones no federales que actualmente cumple el Consejo Nacional del Menor y la Familia en su territorio. Estos convenios deben incluir necesariamente el traspaso de las partidas presupuestarias para asegurar los objetivos de esta ley de acuerdo con lo establecido en el art. 9º inc. 4 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el art. 75 inc. 2 pto. 5 de la Constitución de la Nación.

Segunda. En todo cuanto corresponda a la aplicación de normas nacionales en el ámbito de la Ciudad, la Ley 10.903 no es aplicable en todo cuanto se oponga a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada por la Ley 23.849, e incluida en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional.

Tercera. El Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes integra a su estructura, los equipos del Programa de Defensorías dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su personal pasa a actuar bajo la jurisdicción y el control del Consejo de los Derechos de niñas, niños y adolescentes.

Cuarta. Hasta tanto funcione el Registro creado por esta ley las organizaciones no gubernamentales serán convocadas a la Asamblea que establece el art. 50 a través de la Dirección de Familia y Minoridad de la Secretaría de Promoción Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Quinta. Hasta tanto se constituya el Consejo de la Juventud, los representantes del mismo serán elegidos: uno por una asamblea de Organizaciones No Gubernamentales que nucleen a jóvenes, y el otro designado por las organizaciones estudiantiles de la Ciudad.

Sexta. En el presupuesto correspondiente al año 1999 debe incluirse la partida necesaria para poner en funcionamiento los organismos creados por la presente Ley.

PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES

SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

LEY N° 22.431

Con modificaciones Ley Nacional N° 25.504

DECRETO REGLAMENTARIO N° 762/97

Título I - Normas Generales

Capítulo I - Objetivo, concepto y calificación de la discapacidad

Artículo 1º.- Instituyese por la presente Ley un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendientes a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad mediante su esfuerzo de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

Artículo 2º.- A los efectos de esta Ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley. Idéntica validez en cuanto a sus efectos tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la ley 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que establezcan por la reglamentación.

Capítulo II - Servicios de asistencia, prevención, órgano rector.

Artículo 4º.- El Estado, a través de sus organismos dependientes, prestará a los discapacitados en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan, a los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- b) Formación laboral o profesional.
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social.
- e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.
- f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

Artículo 5º.- Asignase al Ministerio de Bienestar Social de la Nación las siguientes funciones:

- a) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente Ley.
- b) Reunir toda la información sobre problemas y situaciones que plantea la discapacidad.
- c) Desarrollar planes estatales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad.
- d) Prestar asistencia técnica y financiera a las provincias.
- e) Realizar estadísticas que no lleven a cabo otros organismos estatales.
- f) Apoyar y coordinar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas.
- g) Proponer medidas adicionales a las establecidas en la presente Ley, que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas, y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias.
- h) Estimular a través de los medios de comunicación el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como propender al desarrollo del sentido de solidaridad social en esta materia.

Título II - Normas Especiales

Capítulo I - Salud y Asistencia Social

Artículo 6º.- El Ministerio de Bienestar Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pondrán en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverán también la creación de talleres protegidos terapéuticos, y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

Artículo 7º.- El Ministerio de Bienestar Social de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de las entidades privadas sin fines de lucro.

Capítulo II - Trabajo y educación

Artículo 8º.- El Estado Nacional, sus Organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal.

Artículo 9º.- El desempeño de determinada tarea por parte de personas discapacitadas deberá ser autorizado y fiscalizado por el Ministerio de Trabajo teniendo en cuenta la indicación efectuada por la Secretaría de Estado de Salud Pública, dispuesto en el art. 3º. Dicho ministerio fiscalizará además lo dispuesto en el art. 8º.

Artículo 10º.- Las personas discapacitadas que se desempeñen en los entes indicados en el art. 8º, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal.

Artículo 11º.- En todos los casos en que se conceda u otorgue el uso de bienes del dominio público o privado del Estado Nacional o de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la explotación de pequeños comercios, se dará prioridad a las personas discapacitadas que estén en condiciones de desempeñarse en tales actividades siempre que las atiendan personalmente, aún cuando para ello necesiten del ocasional auxilio de terceros. Idéntico criterio adoptarán las empresas del Estado Nacional y de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a los inmuebles que les pertenezcan o utilicen.

Será nulo de nulidad absoluta la concesión o permiso otorgada sin observar la prioridad establecida en el presente artículo. El Ministerio de Trabajo, de oficio o a petición de parte, requerirá la revocación por ilegitimidad de tal concesión o permiso. Revocado por las razones antedichas la concesión o permiso, el organismo público otorgará éstos en forma prioritaria y en las mismas condiciones, a persona, o personas discapacitadas.

Artículo 12º.- El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio. El citado Ministerio propondrá al Poder Ejecutivo Nacional el régimen laboral al que habrá de subordinarse la labor en los talleres protegidos de producción. (...)

DECRETO REGLAMENTARIO Nº 762/97

Artículo 1º.- Créase el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con el objetivo de garantizar la universalidad de la atención de las mismas mediante la integración de políticas, de recursos institucionales y económicos afectados a la temática.

Artículo 2º.- Considéranse beneficiarias del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, a las personas con discapacidad que se encuentren o no incorporadas al Sistema de la Seguridad Social, que acrediten la discapacidad mediante el certificado previsto en el artículo 3º de la Ley Nº 22.431 y sus homólogas a nivel provincial, y que para su plena integración requieran imprescindiblemente las prestaciones básicas definidas en el Anexo I que es parte integrante del presente.

Artículo 3º.- La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas será el organismo regulador del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y deberá elaborar la normativa del Sistema la que incluirá la definición del Sistema de Control Interno, el que deberá ser definido junto con la Sindicatura General de la Nación. La mencionada normativa deberá ser elaborada en el término de noventa (90) días a partir del dictado del presente.

Artículo 4º.- El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con discapacidad será el organismo responsable del Registro Nacional de Personas con Discapacidad y de la acreditación de los Prestadores de Servicios de Atención a las Personas con Discapacidad.

Artículo 5º.- El Registro Nacional de Personas con Discapacidad tendrá como objetivo registrar a las personas con discapacidad, una vez que se les haya otorgado el respectivo certificado. El mismo comprenderá la siguiente información:

a) diagnóstico funcional

b) orientación prestacional

La información identificatoria de la población beneficiaria deberá estructurarse de forma tal que permita su relación con el Padrón Base del Sistema Nacional del Seguro de Salud, establecido por el Decreto N° 333 del 1° de abril de 1996 e instrumentado por el Decreto N° 1141 del 7 de octubre de 1996, que es parte del Sistema Único de Registro Laboral establecido por la Ley N° 24.013.

Artículo 6º- La Superintendencia de Servicios de Salud será el organismo responsable de la supervisión y fiscalización del Nomenclador de Prestaciones Básicas definidas en el Anexo I del presente, de la puesta en marcha e instrumentación del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad y de la supervisión y fiscalización del gerenciamiento en las Obras Sociales de las Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Artículo 7º- La Dirección de Programas Especiales, dependiente de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización de la Secretaría de Política y Regulación de Salud del Ministerio de Salud y Acción social, será el organismo responsable de la administración del Fondo Solidario de Redistribución.

Artículo 8º- La Comisión Nacional Asesora para la Interacción de Personas Discapacitadas propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Nomenclador de Prestaciones para Personas con Discapacidad, en los términos previstos en el artículo 4º de la Resolución N° 432 del 27 de noviembre de 1992 de la ex-Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social.

Artículo 9º- El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la persona con discapacidad será el responsable del registro, orientación y derivación de los beneficiarios del Sistema Único. Asimismo deberá comunicar a la Dirección de Programas Especiales, dependiente de la Subsecretaría de Regulación y fiscalización de la Secretaría de Política y Regulación de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, para que proceda a arbitrar las medidas pertinentes para asegurar la respectiva cobertura prestacional.

Artículo 10º- Los dictámenes de las comisiones médicas previstas en el artículo 49 de la Ley N° 24.241 y sus modificatorias, deberán ser informados al Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad y los beneficiarios deberán inscribirse en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad para estar en condiciones de acceder a las prestaciones básicas previstas en el anexo I del presente. Las mismas se brindarán a través de los prestadores inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad.

Artículo 11º- Las prestaciones básicas para personas que estén inscriptas en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad se financiarán de la siguiente forma:

- a) Las personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidas en el inciso a) del artículo 5º de la Ley N° 3.661, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución que administra la Dirección De Programas Especiales, dependiente de la Subsecretaría De Regulación Y Fiscalización De La Secretaría De Política Y Regulación De Salud del Ministerio De Salud Y Acción Social.
- b) Las personas comprendidas en el artículo 49 de la Ley N° 24.241 y sus modificatorias, con recursos provenientes del Fondo para Tratamientos de

Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral previsto en el punto 6 del citado artículo.

c) Los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la Ley N° 19.032 y modificatorias.

d) Las personas beneficiarias de Pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez y excombatientes (Ley N° 24.310) con los recursos que el Estado Nacional asignará anualmente.

e) Las personas beneficiarias de las prestaciones en especie, previstas en el artículo 20 de la Ley N° 24.557 de Riesgos del Trabajo, estarán a cargo de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo o del Régimen de Autoseguro comprendido en el artículo 30 de la misma Ley.

f) Las personas no comprendidas en los incisos a) al e) que carezcan de cobertura, se financiarán con fondos que el Estado Nacional asignará para tal fin al presupuesto del Servicio Nacional De Rehabilitación Y Promoción De La Persona Con Discapacidad y con fondos recaudados en virtud de la Ley N° 24.452.

Artículo 12º- El Ministerio De Trabajo Y Seguridad Social deberá proponer la reglamentación del Fondo para Tratamientos de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral establecido por el artículo 49 punto 6º de la Ley N° 24.241 y sus modificatorias, en un plazo de noventa (90) días corridos a partir del dictado del presente. En la elaboración del proyecto de reglamentación se deberá requerir el dictamen de la Comisión Nacional Asesora Para La Integración De Personas Discapacitadas de acuerdo a los términos del Decreto N° 984 del 18 de junio de 1992 y sus modificatorios, del Ministerio De Salud Y Acción Social y de la Superintendencia De Servicios De Salud.

Artículo 13º- El Ministerio De Trabajo Y Seguridad Social deberá proponer la reglamentación de los artículos 20 y 30 de la Ley de Riesgos del Trabajo, en un plazo de noventa (90) días corridos a partir del dictado del presente. En la elaboración del proyecto de reglamentación se deberá requerir el dictamen de la Comisión Nacional Asesora Para La Integración De Personas Discapacitadas de acuerdo a los términos del Decreto N° 984 del 18 de junio de 1992 y sus modificatorios, Del Ministerio De Salud Y Acción Social y de la Superintendencia De Servicios De Salud.

Artículo 14º- La Comisión Nacional Asesora Para La Integración De Personas Discapacitadas, El Servicio Nacional De Rehabilitación Y Promoción De La Persona Con Discapacidad, la Superintendencia De Servicios De Salud, La Dirección De Programas Especiales, dependiente de la Subsecretaria De Regulación Y Fiscalización de la Secretaria De Política Y Regulación De Salud Del Ministerio De Salud Y Acción Social, organismos que integran el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad deberán presentar en el término de noventa (90) días a partir del presente un plan estratégico en los términos definidos en el art. 3º del Decreto N° 928 del 8 de agosto de 1996.

Anexo I

Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad

Se consideran prestaciones básicas las de prevención, de rehabilitación, terapéutico-educativas y asistenciales.

a) Prestaciones De Prevención:

Comprende aquellas prestaciones médicas y de probada eficacia encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales y/o a evitar sus consecuencias cuando se han producido.

b) Prestaciones De Rehabilitación:

Se entiende por Prestaciones de Rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tiene por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquiridos (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole) utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuera el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fueren menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

c) Prestaciones Terapéuticas - Educativas:

Se entiende por Prestaciones Terapéuticas-Educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico, pedagógico y recreativo. Las prestaciones educativas recibirán cobertura en aquellos casos que la misma no este asegurada a través del sector público.

d) Prestaciones Asistenciales:

Se entiende por Prestaciones Asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad, a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante. Comprende sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar propio y/o no continente.

Estas prestaciones se brindan a través de servicios específicos de acuerdo al siguiente detalle:

1. Servicio de Estimulación Temprana.
2. Servicio Educativo Terapéutico.
3. Servicio de Rehabilitación Profesional.
4. Servicio de Centro de Día
5. Servicio de Rehabilitación Psicofísica con o sin internación.
6. Servicio de Hospital de Día
7. Servicio de Hogares.

e) Ayudas Técnicas, Prótesis Y Órtesis:

Se deberán proveer las necesarias de acuerdo a las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad, según prescripción del especialista y/o equipo tratante.

f) Transporte:

Estará destinado a aquellas personas que por razones inherentes a su discapacidad o de distancia no puedan concurrir utilizando un transporte público a los servicios que brinden las Prestaciones Básicas

POLÍTICAS PARA LA PLENA PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES LEY N° 447

Artículo 1º- Establécese por la presente Ley un Régimen Básico e Integral para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades y para la participación e integración plena en la sociedad de las personas con necesidades especiales.

Artículo 2º- La regulación de tales políticas se efectúa en esquemas de plena participación social y política de las personas, sus padres, sus madres, tutores o encargados y organizaciones e instituciones del área, garantizando que tales normas queden definitivamente integradas en la legislación general para asegurarles la igualdad de posibilidades y oportunidades en los campos del trabajo, la salud en materia de prevención, atención y rehabilitación, la educación, el hábitat, el transporte, la cultura, el deporte, la recreación y en todos los demás planos de su desarrollo personal, social y económico.

Artículo 3º- Las personas con necesidades especiales son aquellas que padezcan alteración, parcial o total, y/o limitación funcional, permanente o transitoria, física, mental o sensorial, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables en su desarrollo.

Artículo 4º- La Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopta e implementa medidas para que la sociedad tome mayor conciencia de los derechos, necesidades, posibilidades y participación de las personas con necesidades especiales.

Garantiza que las autoridades competentes inicien y apoyen campañas informativas referentes a ellas y a las políticas que desarrolla en materia de necesidades especiales.

Reafirma sus derechos y obligaciones, justificando así las medidas encaminadas a eliminar todos los obstáculos que se opongan a su pleno desarrollo y participación.

Artículo 5º- Todos los poderes del Estado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deben, entre sus objetivos, programar y ejecutar políticas activas para la prevención, estimulación temprana, rehabilitación, equiparación de oportunidades y posibilidades para la plena participación socioeconómica de las personas con necesidades especiales.

Artículo 6º- Los funcionarios públicos del Estado de la Ciudad Autónoma y los funcionarios de los entes privados de servicios públicos son responsables, en sus respectivos ámbitos, de implementar las medidas necesarias para garantizar y controlar el cumplimiento de las normas referidas directa o indirectamente a las personas con necesidades especiales según los objetivos previstos en la presente ley.

Artículo 7º- Las instituciones públicas y las privadas de servicio público deben incluir contenidos programáticos de educación, concientización e información, a todo su personal, sobre las personas con necesidades especiales.

Artículo 8º- Las instituciones públicas y las privadas de servicio público deben otorgar a todo su personal con necesidades especiales plena participación en sus programas de capacitación para el personal.

Artículo 9º- Los Poderes del Estado alientan, a las empresas e instituciones del sector privado, a incluir en todos los aspectos de sus actividades las cuestiones relativas a las personas con necesidades especiales.

Artículo 10º- El Poder Ejecutivo conformará la “Comisión para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales” encargada de planificar y coordinar, supervisar, asesorar, capacitar y difundir todo lo necesario para el efectivo cumplimiento de toda norma referida a las personas con necesidades especiales, interactuando con las distintas áreas del Estado, de la Ciudad, Nacional y provinciales, responsables de su aplicación y ejecución.

Será presidida por un funcionario designado por el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, e integrada por el número de vocales que el Poder Ejecutivo determine a través de la reglamentación de la presente ley.

Artículo 11º- La Comisión conformada en el artículo anterior será asesorada por un “Comité Consultivo Honorario” integrado por representantes de los Organismos y Entidades Públicas y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de la Ciudad, cuyo objeto social se vincule con la problemática de las personas con necesidades especiales y que tengan, como mínimo, dos (2) años de antigüedad legalmente reconocida.

Artículo 12º- Para la integración de los representantes de las ONGs al Comité Consultivo Honorario, el Poder Ejecutivo ordenará la apertura de un Registro para la inscripción de todas las instituciones que cumplan con lo determinado en el artículo 11º de la presente ley.

Entre las distintas Instituciones u Organizaciones, previamente registradas, elegirán representantes ante dicho Comité, por cada una de las distintas discapacidades, a saber: Visceral, Mental, Neurolocomotora, Auditiva, Visual.

A través de la reglamentación, el Poder Ejecutivo determinará la forma de convocatoria, número de representantes y condiciones para la inscripción en el Registro y los plazos de su actualización, así como también, la duración del mandato de los representantes ante el Comité Consultivo Honorario

Artículo 13º- La Ley de presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a las previsiones de la presente ley.

Artículo 14º- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del plazo de los noventa (90) días a partir de su promulgación.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

LEY NACIONAL Nº 25.673

Artículo 1° — Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Artículo 2° — Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Artículo 3° — El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Artículo 4° — La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

Artículo 5° — El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

Artículo 6° — La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;
- c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Artículo 7° — Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Artículo 8° — Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

Artículo 9° — Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

Artículo 10° — Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

Artículo 11° — La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 12° — El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Artículo 13° — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LEY N° 418 C.A.B.A.

Con modificaciones por Ley N° 439

Artículo 1º- Objeto. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, y regula por la presente ley las acciones destinadas a tal fin.

Artículo 2º- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de Salud.

Artículo 3º- Objetivos generales. Son objetivos generales:

- a) Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.
- b) Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- c) Disminuir la morbilidad materna e infantil

Artículo 4º- Objetivos específicos. Son objetivos específicos:

- a) Prevenir mediante educación e información los abortos provocados.
- b) Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
- c) Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección.
- d) Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- e) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.
- f) Incrementar los servicios de psicoprofilaxis del parto.
- g) Promover los beneficios de la lactancia materna.
- h) Garantizar la existencia en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.
- i) Orientar las demandas referidas a infertilidad y esterilidad.
- j) Difundir la información relacionada con la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- k) Contribuir a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y patología gínitomamaria.
- l) Contribuir al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y patología gínitomamaria.
- m) Contribuir a la prevención del embarazo no deseado
- n) Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y sus padres sobre la salud reproductiva y la procreación responsable, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 5º- Destinatarias/os. Son destinatarias/os de las acciones de la presente Ley la población en general, especialmente las personas en edad fértil. Se deberán respetar sus creencias y sus valores. Se deberán respetar sus creencias y sus valores.

Artículo 6º- Efectores. Los efectores de las acciones previstas en la presente Ley son: los equipos de salud de los centros polivalentes, hospitales generales y hospitales monovalentes de salud mental, los servicios de obstetricia y ginecología, tocoginecología, urología, adolescencia de los establecimientos asistenciales y los centros de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad y de todos aquellos sobre los cuales la autoridad de aplicación tenga competencia. Se propicia la atención interdisciplinaria.

Artículo 7º- Acciones. Se garantiza la implementación de las siguientes acciones:

- a) Información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular.
- b) Todos los estudios necesarios previos a la prescripción del método anticonceptivo elegido y los controles de seguimiento que requiera dicho método.
- c) Prescripción de los siguientes métodos anticonceptivos, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación, y por lo tanto no abortivos; aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación; elegidos voluntariamente por las/os beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente: • de abstinencia periódica; • de barrera que comprende preservativo masculino y femenino y diafragma; • químicos que comprende: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas; • hormonales; • dispositivos intrauterinos.
- d) Provisión de los recursos necesarios y en caso de ser requerido, la realización de la práctica médica correspondiente al método anticonceptivo elegido.
- e) Promoción de la participación de los padres, en la medida que sea posible, en todo lo relativo a la salud reproductiva de sus hijos.
- f) Información acerca de que el preservativo es por el momento el único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las enfermedades de transmisión sexual.
- g) Implementación de un sistema de información y registro y de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en la presente Ley con estadísticas por sexo y edad.
- h) Evaluación periódica de las prestaciones.
- i) Capacitación permanente a los agentes involucrados en las prestaciones de salud reproductiva y procreación responsable con un abordaje interdisciplinario, incorporando los conceptos de ética biomédica y la perspectiva de género.
- j) Capacitación de agentes de salud, educación y desarrollo social para informar y asesorar en los temas previstos en el artículo 4º de la presente ley.
- k) Realización de actividades de difusión, información, y orientación sobre los temas previstos en el artículo 4º de la presente ley.
- l) Diseño e implementación de estrategias de comunicación y educación dirigidas de manera particular a las/os adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo.
- m) Coordinación de acciones entre los distintos efectores tendiente a la constitución de una red de servicios. Seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo
- n) Coordinación de acciones con diferentes organismos públicos interjurisdiccionales, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.
- o) Realizar la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia en condiciones apropiadas, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas.

Artículo 8º- Nuevos métodos. Se faculta a la autoridad de aplicación de la presente Ley a incorporar nuevos métodos de anticoncepción, que en todos los casos serán de

carácter reversible, transitorio, no abortivos, debidamente investigados y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación

Artículo 9º- Recursos. Los recursos destinados a la aplicación de la presente Ley son:

- a) Los asignados anualmente por el presupuesto para la atención de los programas, servicios y acciones contempladas en la presente ley.
- b) Los fondos provenientes de lo dispuesto por el Decreto P.E.N. Nº 1772/92 en su Artículo 1º. inciso 3, y la Ordenanza 47.731 en su Artículo 3º. La autoridad de aplicación debe tomar los recaudos necesarios para el continuo abastecimiento de los insumos, bienes y servicios no personales y servicios personales a cada uno de los centros o dependencias en las cuales se desarrollen las acciones previstas por la presente ley, a fin de cumplimentar sus objetivos.

Artículo 10º- La autoridad de aplicación remitirá a la Legislatura un informe anual sobre la implementación de la presente ley.

PRESTACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, EL PARTO Y POSPARTO LEY NACIONAL Nº 25.929

Artículo 1º - La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2º - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el pos-parto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º - Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º - El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º - Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º - El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º - La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

**DERECHOS DE LA MUJER EN EL MOMENTO DEL PARTO
E INTERNACIÓN
LEY Nº 1.040 C.A.B.A.**

Artículo 1º.- Toda mujer tiene derecho, en el transcurso del trabajo de parto y el momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe.

Artículo 2º.- El personal de los establecimientos asistenciales del sistema de salud debe informar a la embarazada del derecho que la asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º.

Artículo 3º.- Todos los efectores del sistema de salud deberán implementar en el subsector público las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa a esta modalidad.

**PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PROFESIONAL
FRENTE A SOLICITUDES DE LIGADURAS TUBARIAS DE
PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EFECTORES
DEL SISTEMA DE SALUD
RESOLUCIÓN Nº 874/03**

Artículo 1º.- Aprobar el procedimiento de atención profesional frente a las solicitudes de ligaduras tubarias por parte de las pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud que como Anexo 1 forma parte integrante de la presente.

Artículo 2º.- Regístrese. Cumplido, pase para su notificación a la Dirección General Atención Integral de la Salud para su conocimiento e informa a todos los efectores del sistema. Cumplido, archívese.

ANEXO 1

Procedimiento para la atención profesional frente a solicitudes de ligaduras tubarias pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud

Las solicitudes de ligaduras tubarias por parte de las pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud deberán ser tratadas con atención a las siguientes consideraciones. Las solicitudes de ligaduras tubarias por parte de las pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud deberán ser tratadas con atención a las siguientes consideraciones.

1. Las cuestiones relacionadas con la ligadura tubaria deben ser analizadas y resueltas en concordancia con todas las normas que regulan el ejercicio profesional y con especial atención a lo dispuesto por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, así también de acuerdo con la estatuido en el art. 37 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que reconoce los derechos reproductivos como derechos humanos básicos y las previsiones

de los art. 4 inc. a, b, e, y n de la Ley Básica de Salud (153) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2. La ligadura tubaria es una opción excepcional a adoptarse en los casos en que los métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados por la mujer debido a dificultades de orden físico – clínico y/o psicológico y/o social.
3. La ligadura tubaria será accesible a las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte de/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud entendida como una integralidad bio – psico-social.
4. La ligadura tubaria sólo se realizará previo consentimiento informado de la mujer, entendido como un proceso de decisión. Ello es que la información que recibe la paciente le permite evaluar los riesgos que la decisión tiene para su salud o su vida y que cualquiera sea la decisión que tome ésta será respetada.
5. En el caso de las personas menores de edad y las declaradas incapaces por sentencia judicial, deberán ser oídas e informadas en el proceso de decisión en el que también serán parte las personas que por ley ejerzan su representación legal.
6. La ligadura tubaria no requiere autorización judicial, ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer y en relación directa con el/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante.
7. Se respetará la objeción de conciencia de los/as profesionales mediante la firma de un documento público que comprometa dicha objeción tanto en la práctica asistencial pública como en la privada.
8. La objeción de conciencia de los/as profesionales no exime de responsabilidad al servicio responsable de la prestación de esta práctica, debiendo arbitrase los medios para su realización.

PROCEDIMIENTOS ANTE SITUACIONES DE EMBARAZOS CON PATOLOGÍAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA LEY N° 1.044 C.A.B.A.

Artículo 1º - Objeto.

La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de lo establecido por la Ley N° 153, el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida.

Artículo 2º - Feto inviable.

A efectos de la aplicación de esta Ley se entiende que un feto padece una patología incompatible con la vida cuando presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer.

Artículo 3º - Diagnóstico.

La incompatibilidad con la vida extrauterina debe ser fehacientemente comprobada por el médico tratante de la mujer embarazada mediante la realización de dos (2) ecografías obstétricas, en las que deberá consignarse el número del documento de identidad de la gestante o su impresión dígito-pulgar.

Artículo 4º - Información. Plazo. Forma.

Dentro de las setenta y dos (72) horas de la confirmación del diagnóstico referido por el artículo 2º, el médico tratante está obligado a informar a la mujer embarazada y al padre, si compareciere, explicándoles de manera clara y acorde con sus capacidades de comprensión, el diagnóstico y el pronóstico de la patología que afecta al feto, la posibilidad de continuar o adelantar el parto, y los alcances y consecuencias de la decisión que adopte. Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la gestante.

Artículo 5º - Atención Psicoterapéutica.

El establecimiento asistencial del sistema de salud debe brindar tratamiento psicoterapéutico a la gestante y su grupo familiar desde el momento en que es informada de las características del embarazo y hasta su rehabilitación.

Artículo 6º - Adelantamiento del Parto. Requisitos.

Si la gestante, informada en los términos del artículo 4º, decide adelantar el parto, se procederá a la realización de dicha práctica médica una vez cumplidos los siguientes requisitos indispensables y suficientes:

- a) Certificación de la inviabilidad del feto registrada en la historia clínica de la embarazada, con rúbrica del médico tratante, del médico ecografista y del director del establecimiento asistencial.
- b) Consentimiento informado de la mujer embarazada, prestado en la forma prescripta por el Decreto Nº 208/01.
- c) Que el feto haya alcanzado las veinticuatro (24) semanas de edad gestacional, o la mínima edad gestacional en la que se registra viabilidad en fetos intrínseca o potencialmente sanos.

Artículo 7º - Instrucciones.

El Poder Ejecutivo instruirá debidamente al equipo de salud y funcionarios que se desempeñan en los efectores del subsector estatal de salud sobre el procedimiento establecido por esta ley, dentro del plazo de quince (15) días desde su promulgación.

Artículo 8º - Objeción de conciencia. Procedimiento de reemplazos.

Se respeta la objeción de conciencia respecto de la práctica enunciada en el artículo 6º en los profesionales que integran los servicios de obstetricia y tocoginecología del subsector estatal de salud. Los directivos del establecimiento asistencial que corresponda y la Secretaría de Salud están obligados a disponer o a exigir que se dispongan los reemplazos o sustituciones necesarios de manera inmediata.

Artículo 9º - Prestaciones estatales.

Los efectores del subsector estatal de salud que brinden la prestación regulada por la presente Ley a adherentes del subsector privado o a beneficiarias del subsector de la seguridad social, deberán obrar acorde lo establecido por los artículos 43 y 46 de la Ley Nº 153.

**MEDIDAS CONJUNTAS PARA LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL
RESOLUCIÓN Nº 334 C.A.B.A
Y RESOLUCIÓN MODIFICATORIA Nº 2.557**

Artículo 1° - Implementar medidas conjuntas a fin de lograr los siguientes objetivos: a) Contribuir al desarrollo de políticas tendientes a la prevención de situaciones de violencia sexual; b) Constituir ámbitos de contención, tratamiento y asesoramiento de carácter interdisciplinario, para asistencia de víctima de violencia sexual; c) Evitar la revictimización derivada de estudios médicos sucesivos y de la sustanciación de actuaciones judiciales; d) Promover la realización de actividades de estudio, investigación y divulgación vinculadas a esta problemática; e) Articular operativamente los recursos humanos, técnicos y físicos disponibles en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Artículo 2° - Encomendar a la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, que difunda en las áreas de su dependencia un protocolo que determine el procedimiento médico ante casos de violación, brindando a las víctimas la asistencia médica hospitalaria para la atención urgente de sus lesiones, eventuales contagios u otras afecciones.

Artículo 3° - Encomendar a la Dirección General de la Mujer dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, la derivación de casos para su atención médica y psicoterapéutica en los servicios específicos que funcionan en los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y que suministre a las víctimas asistencia psicológica y/o asesoramiento jurídico, implementando programas de capacitación para sus operadores.

Artículo 4° - Delegar en la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y en la Dirección General de la Mujer de la Secretaría de Desarrollo Social, en forma conjunta, el dictado de los actos administrativos necesarios para lograr el fin propuesto en los artículos precedentes.

RESOLUCIÓN N° 2.557.

Artículo 1° - Modifícanse parcialmente los términos del artículo 1° de la Resolución N° 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003, el que en lo sucesivo quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 1° - *Establécese al Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" como Centro de Coordinación y Eventual Derivación - para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual", en mérito a lo establecido por Resolución N° 408/SSPMA/86.*

Artículo 2° - Apruébanse en un Texto Único y Ordenado, las modificaciones introducidas en las Resoluciones Nros. 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003 y 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003, el que se acompaña como Anexo y que a todos sus efectos forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° - Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para su conocimiento y demás efectos remítase a la Dirección General de Atención Integral de la Salud. Cumplido, gírese a la Secretaría de Desarrollo Social. Por separado, cúrsese copia de la presente al Centro de Documentación en Salud, dependiente de la Dirección General de Sistemas de Información en Salud.

ANEXO: Texto Ordenado

Resoluciones Nros. 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003 y 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003.

Artículo 1° - Establécese al Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" como Centro de Coordinación y Eventual Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual", en mérito a lo establecido por Resolución N° 408/SSPMA/86.

Artículo 2° - Apruébase el "Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación", el que como Anexo forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° - Encomiéndase a la Subsecretaría de Servicios de Salud, la más amplia difusión del Protocolo aprobado en el artículo precedente.

Artículo 4° - Encomiéndase a la Subsecretaría de Servicios de Salud la creación de Grupos de Trabajo de atención a mujeres víctimas de violación, en los distintos establecimientos asistenciales dependientes de esta Secretaría.

ANEXO: Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación

Hospital Álvarez: Servicio de Obstetricia

Elaboración: Dra. Diana Galimberti, Dr. Marcelo Guzmán, Lic. Susana Larcamón.

Aspectos sociales y jurídicos: Centro de Encuentros Cultura y Mujer

Protocolo de acción ante víctimas de violación

El presente protocolo define el procedimiento a seguir ante una mujer que ha sufrido una violación y acude a un servicio de salud. El protocolo completo es aplicable en las consultas que se realizan en forma inmediata, ya que la anticoncepción de emergencia y la prevención de VIH - SIDA pierden efectividad transcurridas 72 y 24 horas respectivamente.

Dado que es una problemática que no siempre a las mujeres les resulta fácil expresar, la actitud de los profesionales debe ser atenta, creer en su relato, aceptar las decisiones y dudas así como respetar sus silencios y reservas. En cada caso las necesidades pueden ser diferentes, por lo tanto, los integrantes del Equipo de Salud podrán responder a la demanda o deberán derivar para apoyar a la consultante, fortalecerla, evaluar riesgos, orientarla o derivarla a otros servicios. Es muy importante que la persona se sienta acogida desde que ingresa ya sea al servicio de urgencia o a otro servicio.

Flujo de atención

Las mujeres que sufrieron violaciones podrán acceder al sistema de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través de sus efectores (Hospitales y Centros de Salud).

Dicho acceso podrá ser por los consultorios externos de los diferentes servicios en los horarios habituales de atención (Ginecología, Salud Mental, Clínica, Traumatología, etc.) o a través de las Unidades de Guardia, durante las 24 horas.

En caso de que la víctima ingrese por la guardia general del hospital, la misma seguramente va a ser recibida por el médico de guardia o en ocasiones por una enfermera. Lo ideal sería que los mismos al tomar conocimiento de la situación de inmediato pongan en contacto a la persona con la psicóloga de guardia -si se cuenta con ese profesional- quien le hará la Contención Inicial si es que la paciente la necesita.

En caso de no contar con ese recurso se procederá a efectuar la derivación adecuada al Servicio de Salud Mental.

Los servicios asistenciales deberán diseñar un flujograma de acuerdo a su estructura.

A modo de sugerencia:

- Si entra por el servicio de guardia será inmediatamente derivada al tocoginecólogo de guardia que será el encargado de la aplicación del protocolo con la complementación de laboratorio e infectología y acompañamiento psicológico.
- Si entra por consultorio externo de servicio de ginecología y obstetricia será este equipo, en lo posible interdisciplinario -médica/o, psicóloga/o, asistente social, enfermera- quien aplique el protocolo con la complementación de laboratorio e infectología.
- Si entra por cualquier otro consultorio externo será derivada al servicio de ginecología y obstetricia, cuyo equipo interdisciplinario tendrá a su cargo la atención con la complementación de laboratorio e infectología. Es importante que:
- El protocolo y los insumos necesarios estén disponibles en todos los servicios que puedan atender a personas que sufrieron violaciones.
- Que se destine un espacio físico adecuado para preservar la privacidad.
- Se registren cuidadosamente los datos a fin de disponer de una información que permita seguimiento y evaluaciones y eventualmente estudios comparativos.
- Que quien atienda a una víctima de violación le informe acerca de la posibilidad de una derivación a un equipo especializado, dentro de la misma institución, si lo hubiera, o de otra institución y le informe de sus derechos legales.
- En los casos en que la persona no hizo denuncia, se le informe que la atención médica que va a recibir no está relacionada con la conservación de las pruebas.
- Se le informe a la víctima de los procedimientos médicos que serán aplicados y se le solicite el consentimiento informado en los casos en que se requiera.
- En el caso que la víctima sea una mujer y se niegue a ser atendida por un profesional varón, se facilite la atención por parte de una profesional mujer.

Examen médico

El examen médico debe identificar todas las lesiones, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse el examen ginecológico (genitales internos y externos), y tomar las muestras para laboratorio para diagnosticar posibles ETS y VIH –SIDA.

Recoger material para examen microscópico directo y para cultivos de contenido vaginal, endocervical, región anorrectal y eventualmente faríngeo.

Efectuar frotis, conservar material en tubos estériles secos, con solución fisiológica y en medios de transporte apropiado para aerobios, anaerobios chlamydia, etc., si se dispusiera de ellos.

Tomar muestras de sangre para serología de sífilis, HIV, hepatitis B y chlamydia trachomatis.

Puede ser de utilidad conservar una muestra de sangre en el freezer para eventuales pruebas futuras.

Laboratorio

- Neisseria gonorrhea: puede detectarse en endocervix, en recto y faringe. Se requiere un segundo cultivo confirmatorio ante uno primero positivo.
- Chlamydia Trachomatis: Es la ETS hallada con más frecuencia en las VAS. Se la encuentra en el conducto endocervical.
- Trichomonas vaginalis: Se la encuentra en el contenido vaginal.

- **Treponema Pallium:** Se realizará microscopía directa en campo oscuro de la lesión primaria (sí la hubiera). Fta. Abs a los 7 días, VDRL a la 6ª semana. Es de importancia realizar una prueba de laboratorio precoz para el diagnóstico de una infección previa a la agresión.
- **HPV:** Es de incubación prolongada, 3 a 6 meses y, en ocasiones, años. El diagnóstico por lo tanto si es precoz no deberá ser relacionado con la agresión.
- **Herpes Simple:** La variedad HSV1 se asocia a niños, la variedad HSV2 se relaciona con transmisión sexual en adultos. Los estudios diagnósticos para esta patología son de difícil implementación, por lo que queda a juicio de cada profesional su realización.
- **Hepatitis B:** Es una ETS 100 veces más contagiosa que el HIV. Claramente relacionada con la transmisión sexual. Solicitar Anticore IgG y antígeno de superficie al inicio, 3 y 6 meses.
- **Hepatitis C:** Solicitar H. C. B. Al inicio 3 y 6 meses.
- **HIV (Previa autorización de la paciente):** Solicitar ELISA en la primera consulta y a la semana 3, luego, a los 3 y 6 meses. El test de ELISA, es una técnica de rastreo, que tiene alta sensibilidad pero baja especificidad. Por lo tanto, se pueden presentar falsos positivos. En caso de ser positiva la primera muestra, se debe repetir, y ante un nuevo positivo realizar Western Blot. **NUNCA ENTREGAR UN ELISA POSITIVO, SIEMPRE RECONFIRMAR ANTES.**
- Solicitar hemograma y hepatograma.
- **Detección y prevención de embarazo:** una de las muestras de sangre se destinará a dosar Subunidad beta de HCG, a fin de conocer si la mujer estaba o no embarazada antes del ataque sexual.

Tratamiento

1. Inmediato: Anticoncepción de Emergencia (AE).

La A.E. es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. Se han postulado varios mecanismos de acción. Depende de la fase del ciclo en que se use la anticoncepción de emergencia: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos, inhibición de la fecundación, y alteración de la función lútea. No hay evidencia científica de que se inhiba la implantación; los preparados usados no son efectivos si ya ha ocurrido la implantación. Por lo tanto, no son abortivos. La medicación utilizada está compuesta por los mismos ingredientes hormonales que se encuentran en los anticonceptivos orales, pero en dosis más elevadas. Existen dos tipos de AE:

- *Las píldoras de progestina pura:* es el método más efectivo y tiene menos efectos secundarios. Se administran dos dosis de 750 ug de Levonorgestrel (LNG) separadas por 12 horas, una pastilla cada vez.

- *Las píldoras combinadas:* este método, descrito por Yuspe consiste en la toma de 2 comprimidos de Levonorgestrel 0,25 mg + etinilestradiol 0,05 mg juntas, repitiendo la ingesta a las 12 hs.

Con respecto a la eficacia, la misma es muy alta (alrededor del 95 %) si las píldoras se ingieren durante las primeras 72 hs. posteriores al acto, luego de transcurrido ese tiempo la eficacia disminuye en forma importante.

A nivel comercial existen productos estandarizados en sus dosis o pueden utilizarse los A. C. O. de uso habitual ingiriendo un número mayor de comprimidos hasta alcanzar la dosis equivalente a los anteriores.

2. Tratamiento de las lesiones.

3. Suero hiperinmune y vacuna antitetánica. En caso de no tener la vacunación actualizada. 4. Vacuna antihepatitis B. Si no tiene previamente la vacunación completa con controles de anticuerpos.

5. Tratamiento de ETS que puedan ser diagnosticadas en el momento.

6. Tratamiento profiláctico de ETS: la oportunidad y el tipo de profilaxis de ETS no cuenta con consenso unánime. Es aconsejable no realizar profilaxis rutinaria, sino

evaluar individualmente la indicación. No genera conflictos la prevención de gonococcia, clamidiosis y Trichomoniasis. Un esquema posible para prevenir todas ellas puede ser: Ceftriaxona 250 mg IM o ciprofloxacina 500 mg, +azitromicina 1 gr V. O. + metronidazol 2 gr monodosis V. O.

Tratamiento anti-retroviral:

Debido a la toxicidad de los mismos, se deberá proveer tratamiento sólo para 48 - 72 hs., lapso máximo en el que deberá ser evaluada por un Médico Infectólogo, que decidirá la conducta final a seguir, según Normas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), versión 2002.

Régimen básico: AZT 600 mg/día + 3 tc 150 mg c/12 hs.

Régimen ampliado: Reg. Básico + indinavir 800 mgr c/ 8 hs. o nelfinavir Mgr c/ 8 hs.

En lo posible comenzando dentro de las 2 hs. de la exposición. Seguimiento:

- Psicoterapéutico.
- Médico: Control de heridas, control tocoginecológico periódico.
- Laboratorio: Repetición de exudados y examen de sangre para controles. A los 7 días Fta abs., 6 semanas VDRL cuantitativa. 0,3,6 semanas control de HIV (con autorización previa de la paciente).
- Interconsulta con infectología.
- Social.

El Nuevo Marco Legal

En abril de 1999 se sancionó la Ley N° 25.087 que modificó el Capítulo del Código Penal concerniente a los delitos sexuales, entre los que se incluyen las violaciones y abusos sexuales.

Un cambio relevante es la modificación del nombre de la Ley. Antes se hablaba de "delitos contra la honestidad" y en la actualidad se denominan delitos contra la integridad sexual de las personas. Esto refleja mejor la experiencia de las mujeres ya que reconoce que las violaciones constituyen una afrenta a la integridad y a la dignidad, y no al honor -de la propia mujer o de algún varón cercano- al que refería la palabra "honestidad".

También es importante la mayor amplitud que se da a los conceptos. La nueva Ley distingue:

- la violación: penetración por cualquier vía; es decir, no sólo la vaginal sino también la anal y el sexo oral.
- el abuso sexual calificado: prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o masturbar al agresor y otros actos sádicos.
- el abuso sexual: incluye actos más "leves", como toqueteos o contacto con los genitales.

Dentro de los cambios, es preciso aclarar que ha desaparecido la denominación "abuso deshonesto". Asimismo, la nueva Ley desplaza la idea anterior de "no haber podido ejercer suficiente resistencia" hacia la idea más cercana a las situaciones reales de agresiones sexuales, de no haber podido consentir libremente. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos donde no necesariamente hay fuerza física, que deja marcas, sino donde existe un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

Tanto antes como después de la reforma, se entiende que pueden ser denunciados agresores desconocidos, conocidos, allegados o familiares. La Ley es más severa, en cuanto a penas, cuando existe relación de parentesco. Y si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la violación marital, esta situación podría estar contemplada cuando se refiere a violaciones o abusos sexuales en el marco de las "relaciones de dependencia, de autoridad o de poder".

La denuncia

Por tratarse de delitos de instancia privada, cuando la víctima es mayor de 18 años, solamente ella puede denunciar.

Cuando se trata de niñas/os y adolescentes menores de 18 años podrán denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores). En caso de que existan indicios o sospechas de que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, los profesionales de salud están obligados a denunciar para asegurar su integridad.

El Fiscal podrá actuar de oficio –es decir, por su propia iniciativa– cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que niñas y niños están en una situación de mayor vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

Cuando la víctima es adulta pero no tiene capacidad de discernimiento se debe actuar como en los casos de menores.

La Ley no dice que la denuncia debe ser realizada en forma inmediata. En sentido contrario a lo que se piensa, los plazos legales para presentar una denuncia son amplios. El tiempo depende de la gravedad del delito. Por ejemplo: en casos de violación el plazo legal es de 12 años y en casos de abusos sexuales, es de 4 años.

Sin embargo, cuanto menos se demore en realizarla más credibilidad tendrá la denunciante. El problema está en que esa urgencia se contradice con el tiempo necesario -diferente en cada mujer- para reflexionar y decidir qué hacer. Muchas mujeres necesitan compartir con familiares, amigas/os o profesionales lo sucedido antes de tomar decisiones. Este proceso demanda tiempo. Por otra parte, la urgencia tiene que ver con la conveniencia de ser revisada de inmediato por el médico forense (o legista), para que éste pueda encontrar las llamadas "pruebas del delito".

Las denuncias de delitos sexuales pueden ser realizadas ante autoridades policiales –es decir, en la Comisaría más próxima– o también ante autoridad judicial: en los Juzgados Penales o Fiscalías. Si se hace ante la Policía es necesario exigir que se realice la revisión médica (por parte del médico legista) en forma inmediata.

Tanto las Comisarías como los Juzgados Penales atienden los días hábiles, los días feriados y los fines de semana, aunque en el caso de los Juzgados Penales debe tenerse en cuenta que en los días feriados y fines de semana sólo atienden los que están de turno.

En días hábiles hay que dirigirse a la Oficina de Denuncias y Sorteos, donde quien denuncia deberá llenar un formulario con los datos personales. De inmediato, se le designará, por sorteo, el Juzgado de Instrucción que se hará cargo de la investigación. Esto se efectúa en el día. Para acudir a hacer la denuncia no se necesita patrocinio de abogado/a. El paso siguiente es acudir al Juzgado asignado por sorteo y pedir que se le tome declaración y se practique la revisión de los médicos forenses. Es importante exigir que esto se realice el mismo día.

Siempre que sea posible, se recomienda realizar directamente la denuncia judicial -es decir, en los Juzgados- y no en una Comisaría; ya que de esa manera se evita repetir las declaraciones y la revisión médico-legal.

ENFERMEDADES ESPECIFICAS

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL **LEY NACIONAL Nº 22.853**

Artículo 1.- La aplicación de diálisis intra o extracorpórea para la depuración de la sangre en el tratamiento de la insuficiencia renal, sólo podrá efectuarse de acuerdo a las disposiciones de esta Ley, que rige para toda la República.

Artículo 2.- El procedimiento de diálisis podrá aplicarse únicamente en unidades oficiales o privadas de asistencia médica especializada que hayan sido formalmente habilitadas al efecto. La habilitación de las unidades oficiales corresponderá a la autoridad sanitaria de que dependan; la de las privadas a la autoridad sanitaria en cuya jurisdicción se encuentren ubicadas.

Artículo 3.- Las condiciones mínimas para habilitación y funcionamiento de las unidades de referencia, con respecto a: Infraestructura física, aparatos y equipos de uso médico, materiales descartables y personal médico y de enfermería, serán establecidas por vía reglamentaria.

Artículo 4.- Los pacientes afectados de insuficiencia renal aguda y los que padeciendo de insuficiencia renal crónica necesiten, además de diálisis, de tratamiento especial de carácter clínico y/o quirúrgico sólo podrán ser atendidos en unidades pertenecientes a establecimientos que, por su nivel de complejidad, dispongan de servicio de terapia intensiva. Lo dispuesto precedentemente no se aplica en aquellos casos en que se requiera asistencia médica de urgencia en áreas que carezcan de establecimientos de alta complejidad y que no cuenten con servicio de terapia intensiva. En este caso, el paciente deberá ser trasladado a los mencionados servicios inmediatamente después de recibir los primeros auxilios.

Artículo 5.- La autoridad nacional y la de cada jurisdicción, deberán llevar y mantener actualizado un registro de las unidades habilitadas de acuerdo a esta ley, del movimiento de pacientes atendidos y de la evolución de su tratamiento, con los datos que se determinen por vía reglamentaria.

Artículo 6.- La autoridad sanitaria nacional procurará concertar con las del resto del país los acuerdos necesarios para propender a la instalación de mayor número de unidades aplicadas al tratamiento de que trata esta ley, para mejorar y extender la adecuada atención de pacientes afectados de insuficiencia renal. Con análoga finalidad procurará la instalación zonal y/o regional de establecimientos de suficiente nivel de complejidad para evitar la derivación de pacientes a centros excesivamente alejados de su lugar de residencia.

Artículo 7.- Cada una de las provincias, la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur, dictarán en su respectiva jurisdicción las normas que localmente corresponda establecer como complemento de la reglamentación nacional de esta ley.

Artículo 8- Las disposiciones de esta ley y las que se dicten en su consecuencia, se cumplirán y harán cumplir por la correspondiente autoridad sanitaria en su respectiva jurisdicción. La autoridad sanitaria nacional podrá concurrir en cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley y velar por la observancia de sus normas y las de sus disposiciones reglamentarias.

Artículo 9.- Los actos u omisiones que impliquen trasgresión a las normas de esta ley y/o de sus disposiciones reglamentarias serán consideradas como faltas administrativas y se sancionarán sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que incurrieran los infractores.

Artículo 10.- A los efectos de las sanciones contempladas por el Artículo 12, serán consideradas: 1) Faltas leves: las infracciones a las formalidades o trámites administrativos de los que no derive peligro o daño para la salud de los pacientes y, en general, las que no se tipifiquen como faltas graves o muy graves. 2) Faltas graves: los actos y omisiones que constituyan incumplimiento de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación respecto de la infraestructura física en lo atinente a: a) locales de aplicación de diálisis; b) locales para eventual asistencia médica de urgencia. 3) Faltas muy graves: los actos u omisiones que constituyan incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley y su reglamentación en lo atinente a: a) lugares donde podrá aplicarse el procedimiento de diálisis (Artículo 2.) o efectuarse tratamientos especiales de carácter clínico y/o quirúrgico (Artículo 4.); b) infraestructura física: locales para atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas; c) aparatos y equipos de uso médico; d) material descartable; e) personal médico y de enfermería.

Artículo 11.- El personal de las unidades oficiales a que se refiere esta ley que incurra en alguna de las faltas determinadas en el Artículo 10, será sancionado por la autoridad sanitaria de que dependa, de acuerdo al régimen disciplinario de la respectiva jurisdicción en función del índice de gravedad que establece el artículo aludido. Cuando la infracción, cometida en unidades provinciales o municipales, sea detectada por la autoridad sanitaria nacional en ejercicio de las atribuciones que le confiere esta ley, se dará inmediata cuenta de ella a la correspondiente autoridad sanitaria jurisdiccional a los efectos previstos en el párrafo anterior.

Artículo 12.- Los actos u omisiones que impliquen transgresiones a las normas de esta ley, sus disposiciones reglamentarias y demás normas que en su consecuencia se dicten, serán sancionadas: a) Faltas leves. Con apercibimiento y multas de SETECIENTOS PESOS ARGENTINOS (\$a 700.-) a MIL CUATROCIENTOS PESOS ARGENTINOS (\$a 1 400.-). b) Faltas graves. Con multa de SIETE MIL PESOS ARGENTINOS (\$a 7.000 -) a CATORCE MIL PESOS ARGENTINOS (\$a 14.000.-). c) Faltas muy graves. Con multa de SETENTA MIL PESOS ARGENTINOS (\$a 70.000.-) a CIENTO CUARENTA MIL PESOS ARGENTINOS (\$a 140.000.-) En caso de que como consecuencia de una falta se ponga en grave peligro la vida de un paciente o se produzca su fallecimiento, además del máximo de la multa aplicable según el inciso c), procederá la clausura por un lapso que no podrá exceder de CIENTO OCHENTA (180) días en cada oportunidad, de la unidad en infracción, en los casos que determine la reglamentación. En tal circunstancia, la unidad en infracción deberá hacerse cargo de la oportuna derivación a otra unidad, de los enfermos que tuviera bajo tratamiento.

Artículo 13.- El importe mínimo y el límite máximo de las multas aplicables según lo determinado en el Artículo 12, se considerará automáticamente modificado, en función de la variación que se opere en el índice del nivel general de precios al por mayor

elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, entre el mes inmediato anterior al de la comisión de la infracción. La autoridad sanitaria nacional difundirá en todo el país, y con la periodicidad que establezca el Poder Ejecutivo, la modificación de los importes a que se refiere este artículo, los que en ningún caso serán inferiores a los montos establecidos en el citado artículo 12.

Artículo 14.- El producto de las multas que por imperio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la Cuenta Especial "Fondo Nacional de la Salud". El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias del resto del país, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción propendiendo a los fines de esta ley.

Artículo 15.- La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Artículo 16.- Las infracciones a esta ley y/o a sus disposiciones reglamentarias, serán sancionadas previo sumario con audiencia de prueba y defensa de los imputados. Las constancias del acta labrada en forma al tiempo de verificarse la infracción y en cuanto no sean enervadas por otros elementos de juicio, podrán ser consideradas como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Artículo 17.- Contra las resoluciones administrativas que impongan sanciones, podrá interponerse recurso de apelación ante la autoridad judicial competente dentro de los CINCO (5) días de su notificación. El recurso deberá presentarse por ante la autoridad que dictó la resolución debiéndoselo fundar en el mismo escrito de su interposición. En jurisdicción nacional conocerá del recurso el Juzgado Federal competente, según el asiento de la autoridad que dictó la resolución, el que actuará como tribunal de instancia única.

Artículo 18.- El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará la presente ley con alcance nacional, dentro de lo SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 19.- Las disposiciones de esta ley serán aplicables a partir de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos contados desde la fecha de su reglamentación. Entre tanto, no se podrá autorizar la habilitación de nuevas unidades para la aplicación de diálisis que no se ajusten a sus normas. Las unidades legalmente habilitadas en la actualidad, deberán adoptar los recaudos necesarios a tal fin dentro del aludido plazo; en el ínterin, la habilitación de que dispusieran revestirá carácter provisional.

LEY NACIONAL DE SIDA Nº 23.798 DECRETO REGLAMENTARIO Nº 1244/91
--

Artículo 1º - Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Artículo. 2º - Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma respectiva;
- d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Artículo 3º - Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Artículo 4º- A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- e) Promover la concentración de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Artículo 5º- El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante.

Artículo 6º- Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa indirecta de la infección.

Artículo 7º- Declarase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma y otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declarase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Artículo 8º- Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarles sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Artículo 9º- Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes, que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para detección del VIH.

Artículo 10º- La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidos por la ley 15.465. En idénticas condiciones de comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de la muerte.

Artículo 11º- Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación se esa ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la I.D.H., así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Artículo 12º- La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será calificado como falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Artículo 13º- Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Artículo 14º- Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En el caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo de la sanción aplicada.

Artículo 15º- A los efectos determinados en este título se considerará reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción, dentro del

término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Artículo 16º- El monto recaudado en concepto de multa que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la cuenta especial “Fondo Nacional de la Salud”, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propenden al logro de los fines indicados en el artículo primero.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Artículo 17º- Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Artículo 18º- La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo del testimonio autenticado la resolución condenatoria firme.

Artículo 19º- En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Artículo 20º- Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3º de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Artículo 21º- Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4º de la presente ley serán solventados por la Nación, imputado a <<Rentas Generales>>, y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Artículo 22º- El Poder Ejecutivo reglamentará, las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

DECRETO NACIONAL REGLAMENTARIO Nº 1.244/91

Artículo 1º- Apruébase la reglamentación de la ley Nº 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2º- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Artículo 3º- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

ANEXO I

Artículo 1º- Incorporase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a hacer lo propio.

Artículo 2º- Incisos a) y b).- Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592.

Inciso c).- Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se tratara de un incapaz.
2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.
3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos s), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley N° 21.541.
4. Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.
5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.
6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.
7. Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Se utilizará, exclusivamente, un sistema que convine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos de número cero (0).

Artículo 3º - El Ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 4º- Inciso a) al e).- Sin reglamentar.

Inciso f).- A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA en el marco del artículo 8vo. del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Artículo 5º - Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5º de la Ley Nº 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo preceptuado en sus artículos 1º, 6º y 8º. Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

Artículo 6º - El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente. De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8º.

Artículo 7º - A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos. Serán aplicables al artículo 21 de la Ley Nº 22.990 y el artículo 18 del Decreto Nº 375 del 21 de marzo de 1989.

Artículo 8º - La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

Artículo 9º - El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el artículo 9º de la Ley. El Ministerio de Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Artículo 10º - La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la Ley Nº 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación. Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Artículo 11º - Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Artículo 12º - El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Artículo 13º - Sin reglamentar.

Artículo 14º - En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Artículo 15º - El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las Provincias y de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

RED DE ATENCIÓN DE PACIENTES VIH – SIDA
PLAN DE PREVENCIÓN
RESOLUCIÓN Nº 1.654/99 C.A.B.A.

Artículo 1º — Créase la Red de Atención de Pacientes VIH/S.I.D.A en instituciones dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que obra como Anexo I adjunto que forma parte integrante del presente.

Artículo 2º - Impleméntase del Plan de Prevención del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuya metodología se detalla en el Anexo II adjunto que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 3º — Encomiéndase a la Comisión Asesora Permanente de la Secretaría de Salud en temas de S.I.D.A, la organización de las acciones tendientes a la ejecución de la presente en el ámbito de los establecimientos asistenciales de este Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como así también de los recursos involucrados en el operativo.

Artículo 4º — La aludida Comisión Asesora con la autorización previa de la Subsecretaría de Servicios de Salud podrá recabar de organismos oficiales y/o instituciones privadas abocadas a la problemática S.I.D.A, los antecedentes que resulten necesarios para la optimización del desarrollo de los operativos planificados.

Artículo 5º — La puesta en marcha de los proyectos aprobados por los artículos 1º y 2º, será efectuada con recursos humanos, técnicos y de infraestructura existentes, no implicando en consecuencia erogación presupuestaria alguna para esta Secretaría.

Artículo 6º — Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y para su conocimiento y demás fines, remítase a las Subsecretarías de Servicios de Salud y de Gerenciamiento Estratégico, las que darán asimismo intervención a sus respectivas áreas técnicas competentes.

ANEXO I

PROPOSITO

Implementar un Sistema Digno de Atención para mejorar la calidad de vida del paciente infectado por VIH.

OBJETIVOS:

General: Dar cobertura en el área de salud a los pacientes VIH – S.I.D.A.

Específicos:

- 1- Dar cobertura diagnóstica y terapéutica en forma integral optimizando los recursos de salud con los que se cuenta.
- 2- Detección precoz de la infección por VIH.
- 3- Articular el funcionamiento de los diferentes centros de acuerdo a sus potencialidades.
- 4- Formular pautas de diagnóstico y tratamiento.
- 5- Normalizar las pautas de los accidentes laborales.
- 6- Desarrollos de centros de interconsulta.
- 7- Creación de una RED Informática (CRI).
- 8- Normalizar el funcionamiento de la RED
- 9- Educación para pacientes
- 10- Educación para profesionales graduados en diferentes disciplinas.
- 11- Educación de pregrado.

METAS:

Para poder definir las claramente debemos contar con un diagnóstico de situación y saber con los que contamos y con lo que podemos contar.

ESTRATEGIAS:

ATENCION: Los pacientes serán atendidos en: Consultorios periféricos, Centros de salud, Hospitales baja complejidad, Hospitales alta complejidad: con hospital de día 1-2, Hospitales monovalentes.

Centros de interconsulta:

Realizar acuerdos con los diferentes Servicios para la creación de los centros de interconsulta de Asesoramiento Legal: Infectología: Áreas Programáticas; Odontología; Asistencia Social: Oftalmología; Cirugía Oncología: Dermatología: Otorrinolaringología Endoscopia Respiratoria Pediatría: Endoscopia Digestiva Psiquiatría: Hematología: Psicología: Hepatología: Rehabilitación.

Característica de funcionamiento prevista:

Los diferentes Servicios podrán ser consultados, por vía telefónica, o por derivación del paciente, previo turno telefónico, si el centro de derivación, no puede evacuar la consulta en el plazo indicado en la consulta, será derivado a otro Servicio. Para lo cual convendría disponer una red informatizada telefónica para la designación de los diferentes turnos, disponiendo cada centro de un cupo de consultas para tal fin específicamente, no pudiendo ser cubiertos fuera del dispuesto en el Centro de Red Informatizado (C.R.I.).

Centros de derivación para practicas especificas del laboratorio: Bacteriológico; Parasitológico ; Carga Viral; Recuento Linfocitario; Micobacterias; Viroológico, Micológico.

Centro de diagnostico por imágenes: Ecocardiografía; Resonancia Magnética Nuclear; Ecografía Abdominal; Tomografía Axial Computada.

Centros de derivación para internación: Igual que interconsulta.

CENTROS DE DERIVACION PARA EL HOSPITAL DE DIA

Nivel 1:

Nivel 2: Mayor Complejidad

Característica de funcionamiento prevista

Cumplirán con similar requisitoria que los centros de consultas, debiendo informar al C.R.I. las camas disponibles, para la derivación debiendo disponer en forma permanente el número de camas que designe la Autoridad correspondiente.

Diagnostico de infección:

Designar lugares para la realización de estudios

Métodos de Screening o iniciales (1)

Métodos de Confirmación (2)

Características de funcionamiento prevista

Se realizará la extracción en los Centros de Salud a Nivel A en adelante, por orden de Médico Tratante en dichos centros se realizará el Counseling y la Entrega de resultados de acuerdo a criterio médico y Ley.

Se tomará la muestra en tres frascos: Realizando de ser posible la prueba inicial (Screening) en el Centro de Extracción de la toma.

En caso positivo enviar el 2º Frasco para la confirmación al centro virológico de referencia. Una tercera muestra de suero, será conservada en el centro primario de extracción.

Las muestras, serán retiradas por transporte dispuesto para este uso exclusivo el cual también retirará las muestras de otro tipo de exámenes (bacteriológicas, recuento linfocitario, micológicos etc.) para conducirlos a los centros pertinentes. Este mismo método será el indicado para el retorno de los diferentes resultados. Se prestará principal atención en la correcta identificación de la muestra.

Se realizará de acuerdo a lo pautado, el control de calidad de los diferentes niveles de laboratorio.

Para el diagnóstico de Enfermedades Oportunistas

Ejemplo: Tuberculosis: Baciloscopía (1), PPD (2), Cultivos (3), Bactec (Método Radiométrico) (4)

LUCHA CONTRA EL CÁNCER LEY NACIONAL N° 23.611
--

Artículo 1º- Declárase de interés nacional, en la política sanitaria, la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas

Artículo 2º- Créase el Instituto Nacional de Oncología como órgano de elaboración y ejecución de los objetivos establecidos en la presente ley. Dicho Instituto dependerá del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y tendrá como sede el actual Instituto de Oncología Angel Roffo, que en la actualidad depende de la Facultad de Medicina de la UBA, el que en adelante se denominará Instituto Nacional de Oncología Angel H. Roffo. El organismo estará a cargo de un funcionario con jerarquía de Director Nacional.

Artículo 3º- A los efectos establecidos en el artículo anterior, facúltase al Ministerio de Salud y Acción Social a suscribir los convenios correspondientes con la Universidad de Buenos Aires.

Artículo 4º- El Instituto de Oncología, aparte de las propias de asistencia, investigación y docencia, tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Elaborar, implementar y suplementar los programas de acción tendientes al cumplimiento de los objetivos señalados;
- b) Convenir con las autoridades sanitarias provinciales y del Municipio de la ciudad capital, la aplicación, en sus respectivas áreas, de programas y acciones en concordancia con los fines de esta ley
- c) Organizar, realizar y mantener un estudio demográfico de acuerdo con las normas internacionales vigentes, que permita conocer la morbilidad que

reconozca como origen las patologías contempladas en la presente ley; evaluar la incidencia y prevalencia regionales, con el objeto de determinar su exacta distribución real, constituyendo con todo ello el Registro Nacional de Cáncer;

d) Fomentar la investigación científica en su ámbito en coordinación con la Secretaría de Estado de Ciencia y Técnica, otorgando especial impulso a los estudios sobre los riesgos de contaminación ambiental para adoptar las medidas preventivas necesarias.

e) Mantener estrechas relaciones con otros organismos nacionales tendientes al acrecentamiento del conocimiento sobre médicos y técnicas de profilaxis del cáncer.

f) Prestar asistencia y concertar tareas en común con las instituciones públicas y privadas que desarrollen actividades concordantes con los objetivos de la presente ley;

g) Establecer un sistema de becas internas y residencias para profesionales de todo el país, con el fin de difundir y acrecentar los conocimientos sobre prevención primaria y secundaria del cáncer y enfermedades afines, su diagnóstico y tratamiento. En la adjudicación de las mismas se tendrá especial preferencia por quienes asuman el compromiso de desarrollar su actividad, una vez finalizado y aprobado su período de capacitación, en zonas que el Instituto Nacional de Oncología considere de interés para la

materialización de sus programas, por el plazo mínimo que éste determine;

h) Promover una adecuada enseñanza universitaria de la oncología básica y clínica tanto en el pre como en el posgrado;

i) Asesorar al Poder Ejecutivo en los aspectos relacionados con la materia de esta ley, tendiente a una racional distribución de los recursos necesarios al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, así como también la rehabilitación de los enfermos aquejados por la enfermedad;

j) Promover el desarrollo de una enfermería capacitada para la asistencia integral del paciente oncológico.

k) Estudiar y resolver los problemas sociales que plantea el enfermo oncológico, tanto para el núcleo familiar como para la comunidad, facilitando su rápida atención; así como planificar su internación, convalecencia, cuidados del paciente avanzado y rehabilitación psicofísica procurando que estas acciones se realicen, en la medida de lo posible, en el lugar de residencia habitual del paciente;

l) Promover los estudios necesarios para determinar los factores ambientales capaces de producir enfermedades neoplásicas, poniendo énfasis en las condiciones laborales que puedan incidir en la salud

de la población y los trabajadores, procurando los medios para superar la morbilidad debida a esas causas;

m) Promover la suscripción de convenios internacionales con gobiernos y entidades gubernamentales y privadas, para el intercambio de investigadores, becarios, residentes e información relacionados con la investigación, docencia y asistencia a los pacientes.

Artículo 5º- A los fines establecidos en el artículo 4 inciso c), establécese con carácter obligatorio para el personal médico, la declaración de los enfermos afectados por las patologías contempladas en la presente ley. La declaración se efectuará con arreglo a formularios de tipo y validez uniformes en todo el país, que al efecto se establecerá por vía reglamentaria.

Artículo 6º- El Instituto Nacional de Oncología tendrá en su jurisdicción el Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas, el que organizará un programa de asistencia terapéutico-farmacológico, que ponga a disposición de los diversos sistemas asistenciales contemplados en esta ley los fármacos de uso reconocido aceptados internacionalmente para el tratamiento de las enfermedades oncológicas y sus complicaciones.

Artículo 7º- El Ministerio de Salud y Acción Social creará en el ámbito del Instituto Nacional de Oncología una Comisión Asesora Honoraria, integrada por profesionales de reconocida trayectoria, y representantes de entidades públicas y privadas que desarrollen tareas afines con los objetivos de la presente ley, como órgano de consulta para el estudio e implementación de los programas establecidos dentro de los fines de esta ley.

Artículo 8º- La labor del Instituto Nacional de Oncología se financiará:

- a) Con los fondos provenientes de la partida presupuestaria destinada al actual Instituto Angel. H. Roffo, la que se transferirá al efecto;
- b) Con los recursos provenientes de donaciones y legados que se efectúen en todo el país con imputación al mencionado instituto;
- c) Con recursos provenientes de las prestaciones allí realizadas;
- d) Con las partidas presupuestarias que a los fines se establezcan.

DIABETES
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
LEY Nº 337

Artículo 1º- Adhiérese al régimen de la Ley Nacional Nº 23.753 y a su reglamentación aprobada por Decreto número 1.271-98.

Artículo 2º- Créase el Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuya implementación reconocerá carácter prioritario.

Artículo 3º- El programa comprenderá la realización de las siguientes actividades:

- a) Proveer en forma gratuita medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol necesarios para un tratamiento adecuado, a los pacientes diabéticos sin cobertura que se encuentran bajo atención en los centros dependientes de la Ciudad.
- b) Determinar los mecanismos de distribución incluyendo la provisión por el sistema de médicos de cabecera y Centros de Salud conforme establece el Programa Nacional y las disposiciones que surjan en la materia
- c) Disponer por sí o por medio de la autoridad competente , las medidas necesarias para asegurar lo dispuesto en el inciso anterior, en los casos en que la producción , distribución o dispensación de tales elementos se viere afectada o amenazada.
- d) Difundir a la población, a través de los medios masivos de comunicación, las medidas de prevención necesarias para evitar o reducir los riesgos que puedan amenazar o alterar la salud produciendo la enfermedad.
- e) Organizar actividades sistemáticas y periódicas orientadas a la detección precoz de la enfermedad.
- f) Organizar la información , difusión y generación de datos estadísticos sobre la enfermedad.
- g) Fomentar actividades de investigación inherentes a la problemática planteada por la diabetes.
- h) Crear a través de la autoridad de aplicación la red de servicio de atención, instrumentación y control adecuado del programa.

Artículo 4º - El nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad en materia de salud es la autoridad de aplicación del presente programa, la que debe coordinar las actividades con la autoridad sanitaria nacional.

Artículo 5º - Por vía reglamentaria se establecerá el procedimiento de control y seguimiento de los pacientes en lo referido a su cobertura dentro del sistema general de salud.

Artículo 6º - Los gastos que demande el cumplimiento de la presente, se imputarán a la Jurisdicción 55 - Secretaría de Salud, Programa N° 127, del Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el Ejercicio 2000.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN EPILEPSIA LEY NACIONAL N° 25.404

Artículo 1º - La presente ley garantiza a toda persona que padece epilepsia el pleno ejercicio de sus derechos, proscribiendo todo acto que la discrimine y dispone especiales medidas de protección que requiere su condición de tal.

Artículo 2º - La epilepsia no será considerada impedimento para la postulación, el ingreso y desempeño laboral, salvo lo expresado en el artículo 7º.

Artículo 3º - Todo paciente epiléptico tiene derecho a acceder a la educación en sus distintos niveles sin limitación alguna que reconozca como origen su enfermedad.

Artículo 4º - El paciente epiléptico tiene derecho a recibir asistencia médica integral y oportuna.

Artículo 5º - El desconocimiento de los derechos emergentes de los artículos 2 y 3 de la presente ley será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley N° 23.592.

Artículo 6º - Las prestaciones médico asistenciales a que hace referencia la presente ley quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio aprobado por resolución N° 939/00 del Ministerio de Salud, sin perjuicio de aplicar, cuando correspondiere, lo dispuesto por las leyes N° 22.431 y N° 24.901 y sus normas reglamentarias y complementarias.

Artículo 7º - El médico tratante extenderá al paciente, a requerimiento de éste, una acreditación de su aptitud laboral, en la que se indicarán, si fuere necesario, las limitaciones y las recomendaciones del caso.

Artículo 8º - En toda controversia judicial o extrajudicial en la cual el carácter de epiléptico fuere invocado para negar, modificar y extinguir derechos subjetivos de cualquier naturaleza, será imprescindible el dictamen de los profesionales afectados al programa a que se refiere el artículo 9 de la presente, el que no podrá ser suplido por otras medidas probatorias.

Artículo 9º. El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, llevará a cabo un programa especial en lo relacionado con la epilepsia, que tendrá los siguientes objetivos, sin perjuicio de otros que se determinen por vía reglamentaria:

- a) Entender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad en sus aspectos médicos, sociales y laborales;
- b) Dictar las normas que desde el ámbito de su competencia permitan el mejor cumplimiento del objeto de la presente;
- c) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país;
- d) Llevar adelante campañas educativas destinadas a la comunidad en general y a grupos específicos tendientes a crear conciencia sobre la enfermedad, a alertar sobre la necesidad de tratamiento oportuno y a evitar la discriminación de los pacientes;
- e) Prestar colaboración científica y técnica a las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fin de elaborar sus programas regionales;
- f) Promover la concertación de acuerdos internacionales, especialmente con los países signatarios del Tratado de Asunción, para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- g) Realizar convenios de mutua colaboración en la materia, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- h) Asegurar a los pacientes sin cobertura médico asistencial y carentes de recursos económicos la provisión gratuita de la medicación requerida;
- i) Realizar todas las demás acciones emergentes de lo dispuesto en la presente y su reglamentación.

Artículo 10º. - Déjase sin efecto toda norma que se oponga a lo dispuesto en la presente.

Artículo 11º.- Los gastos que demande la presente se tomarán de los créditos que correspondan a la partida presupuestaria del Ministerio de Salud.

Artículo 12º.- Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dictar para el ámbito de sus respectivas jurisdicciones normas de similar naturaleza.

MEDICAMENTOS

PROMOCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO LEY NACIONAL Nº 25.649

Artículo 1º — La presente ley tiene por objeto la defensa del consumidor de medicamentos y drogas farmacéuticas y su utilización como medio de diagnóstico en tecnología biomédica y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.

Artículo 2º — Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.

La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades.

El farmacéutico, debidamente autorizado por la autoridad competente, es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas, como así también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción. La libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca.

Artículo 3º — Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el primer párrafo del artículo 2º de la presente ley se tendrá por no prescrita, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.

Artículo 4º — A los fines de la presente ley se entiende por:

- a) Medicamento: toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra;
- b) Principio activo o monodroga: toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural, biogénico, sintético o semisintético que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana;
- c) Nombre genérico: denominación de un principio activo, monodroga, o de una asociación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo o combinación de los mismos recomendada por la Organización Mundial de la Salud;
- d) Especialidad medicinal: todo medicamento de composición cualitativa y cuantitativamente definida, declarada y verificable, de forma farmacéutica estable y de acción terapéutica comprobable debidamente autorizada por la autoridad sanitaria;
- e) Especialidad medicinal genérica: especialidad medicinal identificada por el nombre genérico que corresponda a su composición;

f) Especialidad medicinal de referencia: es aquel medicamento debidamente habilitado como tal por la autoridad sanitaria nacional, cuya eficacia y seguridad terapéutica ha sido científicamente comprobada por su uso clínico y comercializado en el país por un laboratorio innovador. Cuando un producto que reúna estas características no se comercialice en el país, podrá utilizarse como especialidad medicinal de referencia a fin de comparar la especialidad medicinal genérica, aquella avalada por la Organización Mundial de la Salud por haberse comprobado su acción terapéutica mediante su liderazgo en el mercado farmacéutico internacional.

Artículo 5º — Será obligatorio el uso del nombre genérico: a) En todo envase primario, secundario, rótulo, prospecto o cualquier documento utilizado por la industria farmacéutica para información médica o promoción de las especialidades medicinales; b) En todos los textos normativos, inclusive registros y autorizaciones relativas a la elaboración, fraccionamiento, comercialización, exportación e importación de medicamentos; c) En toda publicidad o propaganda dirigida al público en general.

Artículo 6º — En los rótulos y prospectos de los medicamentos registrados ante la autoridad sanitaria, se deberán incorporar los nombres genéricos en igual tamaño y realce que el nombre comercial. Cuando se trate de medicamentos constituidos por dos o más nombres genéricos, el tamaño de la tipografía para cada uno de ellos podrá ser reducido en forma proporcional.

Artículo 7º — En el expendio de medicamentos, los establecimientos autorizados deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos que la prescrita en la receta médica que se les exhiba y los distintos precios de esos productos. En caso de incumplimiento serán de aplicación las sanciones previstas por la ley 24.240, de defensa del consumidor.

Artículo 8º — El Poder Ejecutivo nacional, a través del Ministerio de Salud, será el organismo encargado de controlar el cumplimiento de la presente ley, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior. En este marco deberá especialmente diseñar campañas de difusión masiva respecto de los beneficios que reviste el uso de las denominaciones genéricas en las prescripciones médicas.

Artículo 9º — La autoridad sanitaria nacional deberá elaborar, dentro de los 60 días de promulgada la presente ley, un vademécum, el que deberá ser actualizado en forma periódica, en el que se ordenarán las especialidades medicinales genéricas o formas comerciales autorizadas en base a su contenido de principio activo, monodroga o nombre genérico y un listado de combinaciones de monodrogas identificadas por su nombre genérico que hayan sido recomendadas por la Organización Mundial de la Salud o autorizadas por la autoridad sanitaria nacional, los cuales deberán estar a disposición de los profesionales del arte de curar y del público en general en todas las farmacias de la República.

Artículo 10º — El Poder Ejecutivo nacional promoverá en forma conjunta, con las organizaciones médicas, farmacéuticas y odontológicas y todas aquellas reconocidas en el arte de curar, los mecanismos que aseguren amplia comunicación, información y educación sobre los medicamentos genéricos. Asimismo, deberán realizar las acciones que sean pertinentes a los efectos de que en todas las universidades del país y en las áreas vinculadas a la formación de conocimiento en ciencias de la salud sea incorporado dentro de las respectivas currícula el estudio de la investigación y transferencia de conocimientos sobre la temática abordada en la presente ley.

Artículo 11º. — El Poder Ejecutivo propenderá, en materia de medicamentos, a una política de progresiva sustitución de importaciones.

Artículo 12º. — Invítase a las provincias a adherir a la presente ley. Asimismo el Poder Ejecutivo nacional queda facultado a suscribir convenios con las provincias y con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fin de delegar facultades de fiscalización.

USO COMPASIVO DE MEDICAMENTOS

Reglamentación de las condiciones de excepción para la prescripción individual y/o importación de drogas no comercializadas en el país Disposición Nacional 840/95. (A.N.M.A. y T. M.)

Artículo 1º- Establécese como uso compasivo de medicamentos al uso estrictamente individual, limitado a un paciente, de una droga en las siguientes situaciones:

a) Situaciones clínicas

Enfermedades que comprometan la vida del paciente.

Enfermedades que evolucionen hacia la invalidez.

Enfermedades que incapaciten permanentemente.

Enfermedades que deterioren la calidad de vida.

b) Situaciones de eventualidad terapéutica.

Enfermedades para las que no exista en nuestro país un tratamiento convencional siempre que exista un balance riesgo/beneficio razonable para el paciente.

Cuando existiera tratamiento convencional en el país pero el paciente presentara intolerancia al mismo.

Cuando existiera tratamiento convencional pero el paciente no hubiera presentado respuesta al mismo.

Cuando existiera incompatibilidad para el uso de las drogas existentes en nuestro país.

Cuando el paciente hubiera recibido en el exterior medicación cuyo cambio por un producto de comercialización en nuestro país, podría resultarle perjudicial.

Cuando una droga aprobada en nuestro país haya sido discontinuada en su comercialización sin que para ello mediaran razones en relación a cuestiones de seguridad, exceptuándose aquel caso que necesite un período de suspensión paulatina en su reemplazo por otra droga, o que deba continuar recibéndola, debido a que se trate de una de las circunstancias referidas anteriormente y en que exista una relación riesgo / beneficio razonable.

c) Condiciones en relación a la droga:

c) 1. Si la droga no ha sido anteriormente autorizada.

Aún cuando se encuentre implicada una enfermedad con riesgo de vida, debe existir una base racional en la evidencia científica para concluir que la droga puede ser efectiva para el paciente a quien se desea ofrecer, y no debe exponerse al mismo a un riesgo no razonable.

La droga debe actualmente continuar bajo investigación en por lo menos un ensayo clínico controlado (a menos que todos los ensayos clínicos hayan sido completados y el sponsor busque activamente la aprobación de la droga investigada para su comercialización).

- c)1.1. Debe al menos haber completado la fase II de investigación, para la enfermedad o síntoma que se indica, no considerándose estudios realizados para otras indicaciones.
- c)1.2. Debe existir al menos una publicación (Publicación de prestigio reconocido) de al menos un estudio clínico.
- c)1.3. debe haberse completado la fase preclínica, con estimulación de los márgenes de seguridad.
- c)1.4. el pedido de uso compasivo deberá ir acompañado de una declaración de fabricante, de un informe con los antecedentes del paciente y la justificación para el uso de la droga firmados por el médico tratante y un consentimiento escrito firmado por el paciente a tratar, acompañado de la información de los motivos por los cuales se usará dicha droga. En el caso de menores o incapacitados deberá firmar el consentimiento escrito el responsable a cargo del mismo.
- c)2. Si la droga ha sido previamente autorizada por la autoridad sanitaria de un país extranjero.
- c)2.1. El pedido de uso compasivo deberá ir acompañado de una declaración del fabricante, de un informe con los antecedentes del paciente y la justificación para el uso de la droga firmados por el médico tratante y un consentimiento escrito firmado a tratar y, acompañado de la información de los motivos por los cuales se usará dicha droga. En caso de menores o incapacitados deberá firmar el consentimiento escrito el responsable a cargo del mismo.
- c)2.2. El pedido de uso compasivo deberá ir acompañado por los trabajos de investigación preclínica, de los ensayos clínicos realizados para la indicación propuesta y el certificado de autorización de la droga en ese país.

Artículo 2º- Créase un grupo de trabajo dentro del Departamento de Evaluación de Medicamentos y Afines para considerar los pedidos de uso compasivo de medicamentos que podrá en caso de necesidad solicitar la colaboración o asesoramiento de profesionales de reconocido prestigio en los temas a considerar. Las funciones de dicho grupo será la de evaluar las solicitudes de uso compasivo de medicamentos que podrá en caso de necesidad solicitar la colaboración o asesoramiento de profesionales de reconocido prestigio en los temas a considerar. Las funciones de dicho grupo será la de evaluar las solicitudes de uso compasivo de medicamentos y los reportes acerca de la eficacia y seguridad de la droga utilizada. El profesional que solicite el uso compasivo de medicamentos deberá:

1. Solicitar la autorización ante las autoridades del ANMAT.
2. Aportar la documentación requerida en el art. 1º.
3. Reportar en forma inmediata los efectos adversos de la droga al Departamento de Evaluación de Medicamentos y Afines y a la Comisión de Farmacovigilancia de la ANMAT y efectuar reportes periódicos acerca de la evolución del paciente.

GESTIÓN DE RECURSOS

PLAN MÉDICOS DE CABECERA DECRETO N° 456/96 GCABA

Artículo 1° - Dispónese la desconcentración de la atención dentro del área Programática de cada Establecimiento Asistencial.

Artículo 2° - Las prestaciones previstas en el artículo precedente podrán efectuarse en Consultorios Médicos de carácter privado que cuenten con la habilitación pertinente.

Artículo 3°- Incorpórese como Médico de Cabecera al profesional médico que perteneciendo a la carrera de Profesionales de la Salud (Ordenanza 41.555, B.M. 17.920) y el Hospital de referencia efectúe, como actividad complementaria, tareas de asistencia a pacientes derivados por el Hospital, en el área Programática del mismo. Dichos profesionales serán elegidos: a) Por la Secretaría de Salud, a propuesta de la Dirección del Hospital avalada por el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA). En dicha propuesta se deberá verificar previamente que los consultorios de los profesionales a elegir, deberán contemplar la cobertura geográfica de las distintas áreas que integran al área Programática correspondiente.

Artículo 4° - Las prestaciones que se brinden serán determinadas por la Secretaría de Salud.

Artículo 5° - El profesional médico deberá prestar la atención en forma personal a cada uno de los pacientes que le deriven o que se encuentran asignados respectivamente:

- a) Deberá llevar un registro diario de pacientes derivados y cada uno de ellos contará con su respectiva Historia Clínica en la cual el profesional dejará asentado debidamente cada acto médico con las prescripciones que efectuare en cada caso;
- b) Para el caso que corresponda una interconsulta deberá derivar al paciente con la correspondiente ficha clínica de derivación y de interconsulta;
- c) Las derivaciones en todos los casos deberán efectuarse al Hospital de Referencia tanto sean para atención programada o de Emergencia;
- d) Para el caso de tratarse de una emergencia lo será por a través del Sistema de Atención Médica de Emergencia;
- e) Deberá atender 16 horas semanales, la banda horaria que se le autorice será aprobada por la Dirección del Hospital con Intervención previa de la Secretaría de Salud.

Artículo 6° - Las modificaciones de horarios o de lugar de atención deberán ser comunicadas con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, a la Jefatura del área Programática, y deberá ser aprobada expresamente por la Dirección del Hospital con intervención de la Secretaría de Salud debiendo respetarse en todos los casos la ubicación que dispone el Art. 3°. En todos los casos el profesional deberá acreditar que ha comunicado fehacientemente el traslado a los pacientes.

Artículo 7º - La Secretaría de Salud podrá dar por finalizada la actividad de Médico de Cabecera, cuando hubiese causa que así lo justifique, con la sola comunicación fehaciente al profesional.

La comunicación tendrá efecto a partir del décimo día hábil contado desde la recepción de la notificación. El profesional tendrá el mismo derecho de renunciar sin expresar la causa y dicho acto unilateral, surtirá efecto a partir del décimo día de recibida la renuncia en el Hospital de referencia.

Artículo 8º - El profesional relevado o renunciante deberá conservar durante el plazo legal vigente en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Historias Clínicas y demás documentación de atención de los pacientes del sistema, salvo en los casos que le fuera requerida para la continuidad de la atención del paciente, en cuyo caso deberá dejar expresa constancia de la entrega.

Artículo 9º - El profesional se obliga a cumplir con todas las normas vigentes en materia de documentación y/o remisión y/o guarda de las Historias Clínicas vigentes en el Gobierno de la Ciudad.

Artículo 10º - Serán beneficiarios del sistema los siguientes:

- 1) Los habitantes de la Ciudad con domicilio real en la misma que no cuenten con cobertura de salud de ninguna índole.
- 2) Los habitantes de la Ciudad que teniendo cobertura a través de Obra Social y/o Mutual y/o Prepaga, dichas instituciones tengan Convenio con la Secretaría de Salud.
- 3) Para adherirse al sistema cada integrante del grupo familiar deberá completar una manifestación de cobertura, cuya validez será de un (1) año a partir de su aceptación, dicha adhesión podrá ser renovada actualmente de conformidad con lo que establezca la reglamentación al respecto.

Artículo 11º - La Secretaría de Salud reglamentará en el plazo de treinta (30) días las modalidades de incorporación al sistema, renovación y exclusión, como así también dictar las normas operativas que permitan un eficiente control de las prestaciones individuales y de la eficiencia del servicio.

Artículo 12º - Los profesionales nominados como "Médicos de Cabecera", por su actividad en el consultorio percibirán un canon, debiendo asumir la responsabilidad propia, por el desarrollo de su actividad.

Artículo 13º- El canon que percibirá el "Médico de Cabecera" con dieciséis (16) horas semanales de atención efectiva prestados será el equivalente al valor de cuatro (4) suplencias de guardia de veinticuatro (24) horas semanales. Dicho canon podrá ser ajustado en relación a las horas de atención, manteniéndose la proporcionalidad descripta en el presente.

Artículo 14º - El presente Decreto será refrendado por los señores Secretarios de Salud y de Hacienda y Finanzas.

Artículo 15º- Dése el Registro, publíquese en Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a los fines dispuestos en el presente pase a la Secretaría de Salud

PROCEDIMIENTO PARA AYUDAS SOCIALES A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS RESOLUCION N° 158/98 C.A.B.A.

Artículo 1º- Apruébese el Procedimiento para Ayudas Sociales a personas de escasos recursos que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º- Publíquese, comuníquese a todos los establecimientos asistenciales dependientes de las Secretaría de Salud, a las Subsecretarías de Servicios de Salud y de Gerenciamiento Estratégico, a las Direcciones Generales de Atención de Salud, de Planeamiento y Evaluación del Desempeño, de Evaluación Económica Financiera y de Coordinación Administrativa. Cumplido, archívese.

**PROCEDIMIENTO PARA AYUDAS SOCIALES A PERSONAS DE POCOS
RECURSOS.**

INTRODUCCIÓN.

La atención hospitalaria de las personas comprende actualmente una gran diversidad de actividades, cuya realización requiere la utilización de recursos de complejidad, costo y especificidad por paciente extremadamente variable.

Algunos de estos recursos, en especial los servicios de alta complejidad, son difíciles de obtener oportunamente por los mecanismos normales de aprovisionamiento hospitalario, por lo que a de apelarse a procedimientos especiales.

La creación de un Fondo para Insumos y prestaciones Especiales procura establecer un mecanismo orgánico y controlable que permita resolver con eficiencia la mayor parte de las situaciones de excepción que surjan en el desempeño de los hospitales.

Por otra parte, entre los procedimientos especiales existentes se encuentra la adjudicación de un subsidio personal al paciente que necesita la prestación, recibiendo en este caso el nombre de “ayuda médica”.

La denominación de “ayuda médica” se corresponde con la partida presupuestaria –en tanto del gobierno de la Ciudad como de la Nación- de la cual se afectan fondos para los mencionados subsidios. Se utiliza cuando los insumos o prestaciones necesarios ni pueden ser obtenidos por carecer el paciente de entres de cobertura y por no haber otros fondos disponibles en el hospital , ni en la Secretaría de Salud. Es conveniente, la normalización del procedimiento, tanto para permitir su control como para evitar a los pacientes y sus familiares el engorroso y ambiguo trámite al que se ven sometidos con frecuencia, en la actualidad.

Por lo tanto, la ayuda médica no es un acto de beneficencia, sino una de las modalidades del procedimiento administrativo especial que debe aplicarse cuando alguna particularidad de los recursos necesarios para garantizar el derecho a la atención de un paciente lo hace necesario, como se detalla a continuación.

DEFINICIONES.

Fondo de Emergencia y/o Fondo Rotativo para insumos y prestaciones especiales, son los procedimientos por el cual las Direcciones Hospitalarias, dentro de las competencias establecidas por la norma correspondiente, pueden aprovisionarse de insumos y prestaciones especiales para atención de sus pacientes.

Ayuda médica es el procedimiento administrativo por el que garantiza a un paciente determinado - sin cobertura o con cobertura parcial – mediante un subsidio personal afectado a la partida específica de la Ciudad o de Nación, la provisión de insumos y/o

por otros factores que imposibiliten la adquisición previa, en cantidad para su almacenamiento.

Prestación especial es aquella que no puede ser realizada en los establecimientos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debiendo recurrirse a un tercero prestador.

Carácter del trámite: está determinado por la situación patológica del paciente.

- En el urgente, la realización perentoria es necesaria para reducir el riesgo vital o de grave deterioro.
- En el corto plazo, el riesgo es controlable, pero el paciente internado no puede egresar sin que se efectué la prestación.
- El trámite programado es el que corresponde a pacientes ambulatorios, o que el caso de los internados no condiciona su egreso y posterior realización ambulatoria.

PROCEDIMIENTO.

1. Registro o admisión de paciente para atención ambulatoria o en internación.
2. Se inicia proceso de atención.
 - 2.a. Simultáneamente o posteriormente se efectúa identificación de cobertura social a través de Estadística, Arancelamiento Hospitalario o Facturación.
3. El profesional actuante efectúa indicaciones diagnósticas y/o terapéuticas.
4. El cumplimiento de las indicaciones del punto 3 ¿requiere insumos o prestaciones especiales?
 - 4.a. Si no requiere, continúan los procedimientos habituales de atención.
 - 4.b. Si requiere insumos o prestaciones especiales: el profesional actuante completa el Formulario de Solicitud de Insumos o Prestaciones Especiales, en los ítems de resumen de historia clínica, prescripción y carácter del trámite, dentro de las 24 horas de originado el requerimiento.
5. ¿El trámite es de carácter urgente?
 - 5.a. En caso urgente, el servicio actuante podrá solicitar directamente de la Dirección la posibilidad de aprovisionamiento inmediato con fondos de emergencia, efectuándose a posteriori el trámite de eventual reintegro por la cobertura del paciente o por la ayuda médica.
 - 5.b. en el caso de trámite a corto plazo, o programado, o urgente con imposibilidad de aprovisionamiento inmediato:
6. ¿Tiene el paciente cobertura?
 - 6.a. Si tiene cobertura, se deriva el trámite a Arancelamiento hospitalario para la gestión correspondiente.
 - 6.b. Si no tiene cobertura o la existente no cubre la prestación:
7. El trámite pasa a Servicio Social, donde se efectúa la Historia Social, completando el ítem correspondiente al Resumen de Historia Social del Formulario de Solicitud de Insumos o Prestaciones Especiales.
 - 7.a. Si la historia social indica cobertura antes no detectada pasa a Arancelamiento para la gestión correspondiente.
 - 7.b. Si se ratifica la inexistencia de cobertura:
8. ¿A qué jurisdicción pertenece el paciente?
 - 8.a. Si el paciente es extraduridiccional (provincia de Buenos Aires, otras provincias o país extranjero), Servicio Social remite el trámite a la Zona, Casa de Provincia o Consulado que corresponda, dentro de las 24 hs.
 - 8.b. Si el paciente es de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, o se recibe la negativa de cobertura del organismo requerido en 8.a:
9. Servicio Social remite el trámite al área de compras dentro de las 24 hs.
10. Compras solicitará en el plazo de 24 horas 3 presupuestos o documentación que especifique carácter exclusivo del proveedor, remitiendo la documentación a la Comisión de Racionalización.

11. La Comisión de Racionalización analiza de acuerdo al monto que mecanismo de aprovisionamiento utilizará:

**Fondo de Emergencia para la Salud

Cuando la demora en su cobertura implique riesgos a pacientes se utilizarán los fondos provenientes del Fondo de Emergencia para la Salud de acuerdo con el Decreto 7/98 y teniendo en cuenta el instructivo correspondiente al mismo, debiendo constar en el actuado la conformidad del paciente o mandatario.

- Si resultare que el paciente tiene obra social, se enviarán los actuados a Facturación para el requerimiento del reintegro al ente correspondiente.
- Si obra social se niega al reintegro de fondos, deberá especificarlo por escrito, el hospital procederá a la rendición de los fondos, de acuerdo con las normas vigentes. Se dará intervención a la Dirección de Prestaciones y Convenios a fin de que efectúe los reclamos correspondientes y en su caso a la Dirección General Adjunta Económica Financiera.
- Si el paciente no tiene obra social, se procederá a la rendición de los fondos, de acuerdo con las normas vigentes según el mencionado decreto.

**Cuenta Única:

Cuando el trámite es a corto plazo o programado se realizará una contratación directa de acuerdo a las normativas del Decreto 5720/PEN/72 y sus modificatorios, de acuerdo con el nivel de competencia vigente.

En este caso el Departamento Contable realizará un llamado a Contratación Directa, se deberá tener en cuenta que en las condiciones del pliego se debe especificar que el proveedor debe abrir una cuenta en Banco de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a efectos de proceder a la gestión de cobro.

Además, se especificará que se están utilizando los fondos de la Cuenta Única y que el pago se realizará en la Tesorería General.

11. La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad cuenta con fondos de Ayuda Médica?

11.a. Si cuenta con fondos, se registra la afectación y se remite al hospital para su adquisición dentro de las normas de la cuenta única, la devolución de los actuados debe efectuarse con carácter de Urgente.

11.b. Si no cuenta con fondos se firma la negativa y se entrega el conjunto de la documentación al paciente o mandatario para la tramitación de la Ayuda Médica ante la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. El Trámite con carácter de Urgente debe estar integrado en esta etapa por los siguientes elementos:

a) Formulario de Solicitud de Insumos o Prestaciones Especiales, con los siguientes ítems completos:

- Resumen de Historia Clínica.
- Prescripción.
- Carácter del Trámite.
- Resumen de Historia Social.
- Negativa de provisión del organismo correspondiente (Zona, Casa de Provincia o Consulado) si es paciente extrajurisdiccional).
- Negativa de provisión del Hospital por inexistencia de fondos.
- Negativa de provisión de la Secretaría de Salud por inexistencia de fondos, dirigida a la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.

b) Tres presupuestos o certificación de proveedor exclusivo, provistos por el área de compras del Hospital.

c) Nota del paciente o mandatario solicitando subsidio APRA ayuda médica.

12. Una vez aprobada la contratación mediante la cuenta única, el hospital emitirá la orden de provisión, dando el original al proveedor y girará una copia de la misma con su correspondiente disposición aprobatoria a la Dirección General Adj. De Evaluación Económica a efectos de que proceda a la afectación provisoria de los fondos.

13. Una vez recibida la prestación y/o el servicio, el profesional que la efectuó certificará la realización de la prestación y/o el uso del insumo especial provisto, emitiendo el correspondiente Parte de la Recepción, el cual se elevará conjuntamente con el remito al centro único de documentación.

14. La carpeta autorizante del gasto una vez emitida la orden de provisión, la remitirá a la dependencia que indique la disposición aprobatoria, previo trámite de desafectación de fondos preventivos si correspondiere. En la misma deberá constar la conformidad del paciente o mandatario.

15. La Dirección del Hospital, por intermedio de su Departamento Contable llevará un registro detallado de los procedimientos de insumos y prestaciones especiales efectuados, incluyendo datos del paciente, prestación o insumo efectuados, monto de la prestación, vía utilizada para el aprovisionamiento, número de actuación y profesional actuante; remitiendo mensualmente resumen a la Dirección de Evaluación Económica Financiera de la Secretaría de Salud.

PLAN MATERNO INFANTIL
Trascripción parcial
SUB PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL.
DECRETO N° 1.965/99

SUB PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL.

Si bien no se dispone de información suficiente y sistematizada para evaluar la malnutrición, es evidente que los problemas por déficit o exceso y los trastornos asociados a la alimentación como la anorexia y la bulimia comprometen el estado de salud nutricional de embarazadas, niños y adolescentes.

La nutrición adecuada posibilita, junto a las acciones de los otros programas alcanzar una mejora calidad de vida.

OBJETIVOS:

- ♣ Contribuir a prevenir la desnutrición infantil y materna mediante el apoyo de leche entera en polvo y/o modificada o con otros nutrientes que se consideren adecuados a grupos poblacionales de mayor riesgo.
- ♣ Integrar el control del crecimiento y desarrollo y del estado nutricional de niños, adolescentes, embarazadas y madres que amamantan, según normas.
- ♣ Educar para prevenir trastornos y carencias alimentarias.
- ♣ Consolidar el sistema de registro del estado nutricional de la población bajo programa de apoyo.

Cobertura:

(Mensual) Embarazadas	1000
Madres que amamantan	1000
Niños menores de 6 años	8000

Kg. de leche en polvo entera a distribuir mensualmente	20000
Kg. de leche modificada con hierro y vitaminas	5000

Indicadores:

*Proporción de desnutrición infantil y materna según grados en la población bajo programa.

*Cobertura del Programa de Apoyo Nutricional, discriminados según embarazadas, madres que amamantan, y niños menores de 6 años.

Normativa
“Distribución de leche en polvo”
Atención Ambulatoria hospitalares y centros de salud.

La presente Normativa se inspira en la Resolución 175-SSPMA-81 y su Modificatoria 53/83 (B.-M. 17.002) y en función del Convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La distribución de Leche en Polvo Entera y/o modificada estará destinada a la población materno infantil que se asiste en Hospitales y principalmente en Centros de Salud dependientes.

Su universo comprende a niños que no reciben amamantamiento natural, en especial mayores de seis meses y menores de 2 años como grupo prioritario y en segundo lugar a niños entre 2 a 5 años cumplidos, a embarazadas y a madres que lactan.

La asistencia alimentaria en base a Leche en Polvo Entera o Modificada, o cualquier otro alimento que se podría incorporar en el futuro, será siempre concretada previa prestación de salud, es decir Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, Control Prenatal y Control de la puérpera.

Se procederá por todos los medios a estimular la lactancia natural por lo menos durante los seis primeros meses de vida, otorgando en esos casos la leche para la madre que lacta y para, en caso de existir, los hermanos del lactante.

Se entregará a razón de 3Kg/niño/mes durante los dos primeros años de vida y 2 Kg/niño/mes hasta los 5 años 11 meses y 29 días.

Para las madres que lactan y las embarazadas con control prenatal la cantidad será de 2 Kg/persona/mes.

Se utilizará como instrumento de detección del riesgo, la Historia Clínica del Niño-Base (CLAP-OMS), especialmente en su rubro alimentación y la utilización de la Tabla de Crecimiento y Desarrollo nacional, junto con el Carnet de Salud del Niño.

Son factores de riesgo (a tener en cuenta para incluir a los niños bajo Programa de Asistencia Alimentaria) Los que a continuación se enumeran, y que en la Historia Clínica del Niño-Base figuran con colores de alerta:

- 1- Peso al nacer menor de 2500 grs.
- 2- Edad gestacional al nacer menor de 37 semanas.
- 3- Egreso del recién nacido con patología (incluye SIDA).
- 4- Antecedentes de hermanos muertos.
- 5- Trabajo materno fuera de la casa.
- 6- Analfabetismo materno.
- 7- Peso y talla en los controles menor del percentilo 10.
- 8- Alimentación no adecuada.
- 9- Presencia en algún componente del binomio de patología infeccionada que contraindique la Lactancia Materna, por ejemplo SIDA.

- 10- Presencia de factores sociales y / o emergencias que, debidamente aclaradas, justifiquen la entrega.
- 11- La leche modificada en polvo estará destinada en particular a los niños incluidos en el punto 9 y a los menores de 5 años que se encuentren en proceso de recuperación nutricional.

A fin de contar con el registro del alimento entregado cada efector contará con una planilla de Control Diario, en la que constará el número de historia clínica, la residencia, nombre y apellido, edad y cantidad de Kgs. Entregados, que deberá permanecer archivada en poder de la unidad efectora para actividades de auditoria.

También contará con la Planilla de Resumen Mensual, con los siguientes datos: número de niños bajo programa, discriminados en menores y mayores de 2 años, embarazadas y madres que lactan, especificando para cada sub población los Kgs. De leche recibida, instrumento que servirá también para la evaluación y auditoria del programa, debiéndosela remitir al Departamento Materno Infanto Juvenil en forma mensual, permanente e interrumpidamente.

PROGRAMA DE SALUD VISUAL “¿A VER QUE VES?” DECRETO N° 1.445/03

Artículo 1° - Créase el Programa de Salud Visual "¿A Ver qué Ves?" que desarrollan en forma conjunta las Secretarías de Educación y de Salud y que como Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2° - Facúltase a la señora Secretaria de Educación y al señor Secretario de Salud a dictar normas complementarias del Programa creado por el Art. 1° del presente, que resulten necesarias para el logro de sus objetivos.

Artículo 3° - El gasto que demande el presente será atendido con cargo a las partidas específicas de cada jurisdicción para el ejercicio financiero vigente.

Artículo 4° - La Secretaría de Hacienda y Finanzas, a través de la Dirección General Oficina de Gestión Pública y Presupuesto, arbitrará las medidas pertinentes a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente norma.

Artículo 5° - El presente Decreto es refrendado por el señor Secretario de Salud, por las señoras Secretarías de Educación y de Hacienda y Finanzas, y por el señor Jefe de Gabinete.

Artículo 6° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y para su conocimiento y demás efectos, pase a las Secretarías de Salud, de Educación, de Hacienda y Finanzas. Cumplido, archívese.

ANEXO I

PROGRAMA DE SALUD VISUAL "¿A VER QUÉ VES?"

Objetivo General

Promover la salud visual en los niños y niñas de las escuelas públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fin de mejorar las condiciones de salud para el óptimo proceso de aprendizaje.

Objetivos Específicos

Detectar precozmente los vicios de refracción y otros problemas de salud visual para promover su corrección oportuna.

Proveer anteojos, en forma gratuita, a los alumnos diagnosticados positivamente, de acuerdo a criterios de prioridad.

Promover normas de autocuidado y control periódico de salud visual.

Destinatarios

Alumnos pertenecientes a las escuelas públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Funciones

De la Secretaría de Salud

- Organizar el Programa de Salud Visual, en conjunto con la Secretaría de Educación, disponiendo los recursos del sistema de salud para la realización del operativo oftalmológico.
- Garantizar el seguimiento de los alumnos con patologías severas a través del Programa de Salud Escolar.
- Desarrollar y administrar el Registro de Salud Visual; controlando la calidad de la información.
- Disponer y garantizar los recursos humanos y materiales para la implementación del operativo oftalmológico y la provisión de anteojos.
- Fijar la partida presupuestaria correspondiente en forma complementaria entre las Áreas.

De la Secretaría de Educación

- Organizar el Programa de Salud Visual, en conjunto con la Secretaría de Salud, disponiendo los recursos del sistema educativo para la realización del operativo oftalmológico.
- Disponer y garantizar los recursos humanos y materiales para la implementación del operativo oftalmológico y la provisión de anteojos.
- Desarrollar y administrar el Registro de Salud Visual; controlando la calidad de la información.
- Confeccionar un cronograma de atención a los alumnos de acuerdo a criterios generales acordados con la Secretaría de Salud.
- Fijar la partida presupuestaria correspondiente en forma complementaria entre las Áreas.

Desarrollo Operativo

Examen oftalmológico.

La metodología y operatoria del examen oftalmológico es definida por la Secretaría de Salud, de acuerdo a criterios oftalmológicos y disponibilidad de recursos.

Derivación

Los alumnos que necesiten un examen de alta complejidad serán derivados, con turno preferencial, al sistema público de salud.

Conjuntamente las áreas de Salud Escolar de ambas Secretarías facilitarán la concurrencia para la atención y el seguimiento en el segundo nivel.

Provisión de anteojos

Preferentemente, los anteojos serán confeccionados por las Escuelas Técnicas con orientación en Óptica pertenecientes a la Secretaría de Educación del G.C.B.A. De acuerdo a la demanda podrán adquirirse anteojos con las formas de compra habituales en la Administración Pública.

Ambas Secretarías supervisarán el control de calidad de los anteojos realizado por el proveedor.

SISTEMA DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE URGENCIA A DOMICILIO

Transcripción parcial
RESOLUCIÓN N° 892/00

Artículo 1° - Créase el Sistema de Atención Pediátrica de Urgencia a Domicilio cuyos objetivos, conformación, funciones y circuitos operativos se enuncian en el Anexo I de la presente.

Artículo 2° - Apruébase el perfil requerido para desempeñar la función de médico pediatra de urgencia a domicilio que, como Anexo II, forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° - El Sistema de Atención Pediátrica formará parte de la Red de Pediatría y se instrumentará mediante la asignación de profesionales pertenecientes al sistema de salud de esta Secretaría.

Artículo 4° - La administración y coordinación operativa del sistema estarán a cargo de la Dirección General de Sistema de Atención Médica de Emergencia.

Artículo 5° - La Dirección General de Sistema de Atención Médica de Emergencia, juntamente con la Dirección General de Atención de la Salud a través de la Comisión de Red de Pediatría elaborará la reglamentación de los aspectos operativos de funcionamiento del sistema no contemplados en la presente.

Artículo 6° - Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad y, para su conocimiento, notificación y demás efectos, remítase a la Subsecretaría de Servicios de Salud, a la Dirección General de Sistema de Atención Médica de Emergencia y a la Dirección General de Atención de la Salud, la que procederá a cursar las respectivas notificaciones a los establecimientos hospitalarios. Cumplido, archívese.

ANEXO I DE LA RESOLUCION N° 892

SISTEMA DE ATENCION PEDIATRICAS DE URGENCIA A DOMICILIO (Con Anexo 1, Sin consignar Anexo 2 sobre el perfil del profesional)

Objetivo: Incrementar la accesibilidad de la población infantil a la atención de la salud, brindando asistencia médica de urgencia a domicilio, a través de profesionales especialistas en pediatría

Descripción: El programa de atención domiciliaria pediátrica es creado para una atención especializada en pacientes de 0 a 14 años, dentro del marco de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires. Será realizado por médicos pediatras con movilidad propia, que serán divididos en cinco zonas, correspondientes a la división por Hospitales base (Hospitales Fernández, Durand, Santojanni, Pirovano y Argerich). Inicialmente el horario de atención será de 20 a 8 todos los días de la semana. Serán coordinados por un Regulador de Urgencias Pediátricas, con base en la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencia, quien atenderá una línea telefónica gratuita y tendrá como función recibir la demanda de auxilio, categorizarla y oficiar la respuesta.

Misión del Pediatra de Atención de Urgencias Domiciliarias

1. Brindar a las familias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires atención médica domiciliaria especializada para los menores de 14 años, en el marco del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad.
2. Prevenir, diagnosticar y tratar con idoneidad y bajo los principios de la Ética Médica los problemas de salud de la población asistida.
3. Servir de apoyo en emergencias en las cuales estuvieran involucrados menores de 14 años.
4. Realizar una adecuada contención y orientación de las familias asistidas, brindando información clara respecto del problema de salud abordado.
5. Mantener un contacto fluido con la Dirección de Operaciones del SAME y con los Servicios de Pediatría dependientes de la Secretaría de Salud, de manera de no perder de vista su integración al sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tareas del Pediatra de Atención de Urgencias Domiciliarias

1. Atender en sus domicilios y sin discriminación a los habitantes de 0 a 14 años que les derive el Coordinador de Urgencias Pediátricas, en el horario asignado y hasta completar las visitas correspondientes, respetando el principio de gratuidad garantizado por la Ley de Salud.
2. Llevar un registro de los pacientes atendidos, confeccionando un reporte por escrito del diagnóstico y tratamiento efectuado que entregará posteriormente en la central de la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencias.
3. Articular con el Regulador de Urgencias Pediátricas las derivaciones que fueran necesarias para una mejor atención del paciente en caso de emergencia, completando los formularios que correspondieran.
4. Aconsejar a los pacientes respecto de las mejores estrategias para el seguimiento posterior de su patología.
5. Cumplir con los procedimientos establecidos por la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencias en términos de organización de reemplazos, ausencias, licencias, asistencia a programas de capacitación.

**"BANCO DE ELEMENTOS ORTOPÉDICOS" EN EL ÁMBITO DE
LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
DECRETO REGLAMENTARIO Nº 2681
LEY Nº 921**

Artículo 1° — Banco de Elementos Ortopédicos: Créase en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Social, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el "Banco de Elementos Ortopédicos" que tendrá a su cargo la provisión de los elementos ortopédicos y ayuda técnica, con carácter de préstamo de uso gratuito y/o donación, a las personas con necesidades especiales que no cuenten, tanto ellas como las personas de quienes dependen, con los medios económicos para solventar la compra o alquiler de dichos elementos.

Artículo 2° — Beneficiarios - Requisitos: Se consideran alcanzados por los beneficios de la presente norma las personas con necesidades especiales, definidas como tales en el Art. 3° de la Ley Nº 447 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, las personas nombradas en el párrafo precedente deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Poseer domicilio real en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- b) No poseer cobertura de obra social.
- c) Poseer certificado de discapacidad expedido por autoridad competente local o federal. Dichas certificaciones deben concordar con lo dispuesto por la normativa indicada en párrafo primero del presente artículo.
- d) Presentar la debida prescripción médica expedida por Hospital Público.

Artículo 3° — Provisión de Elementos: A efectos de poner en funcionamiento el Banco, el Poder Ejecutivo debe proveer al mismo de los fondos necesarios para realizar la compra de los elementos ortopédicos que conformarán el patrimonio básico de la entidad.

A su vez, el Banco, a fin de poder cumplir con la totalidad de la demanda de elementos, se encuentra capacitado para recibir todo tipo de aportes, donaciones o préstamos de material.

Al finalizar cada año calendario, el Banco debe realizar un inventario general de todo el material con que cuenta en su patrimonio. Para el caso que la previsión para el año siguiente supere la cantidad de elementos con los que cuenta la entidad, el Poder Ejecutivo debe incluir en el proyecto del presupuesto de dicho ejercicio los fondos necesarios a efectos de cubrir los pedidos proyectados para el período en cuestión.

Artículo 4° - Reglamentación: El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley dentro de los sesenta (60) días corridos contados a partir de la promulgación de la misma y determinará los instrumentos legales y condiciones para la entrega y devolución de los elementos ortopédicos.

Artículo 5° - Financiamiento: Los gastos que demande la implementación de la presente Ley serán imputados a la partida presupuestaria correspondiente a la Jurisdicción 45, Secretaría de Desarrollo Social, Programa 4525 (Personas con Necesidades Especiales - Apoyo Social).

DECRETO REGLAMENTARIO N° 2.681

Artículo 1° - Apruébase la reglamentación de la Ley N° 921 de conformidad con lo establecido en el presente Decreto y en el Anexo I que a todos sus efectos forma parte integrante del mismo.

Artículo 2° - Facúltase a la Secretaría de Desarrollo Social, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 921, a dictar los actos administrativos y a suscribir los instrumentos que resulten necesarios para la consecución de la presente reglamentación.

Artículo 3° - Designase a la Coordinación General Área de Políticas de Fortalecimiento Familiar, dependiente de la Subsecretaría de Coordinación del Plan Social Integral de la Secretaría de Desarrollo Social como Unidad Ejecutora de la reglamentación que por el presente se dicta.

Artículo 4° - El gasto que demande la implementación del presente Decreto se imputa a la partida presupuestaria asignada al Programa "Personas con Necesidades Especiales - Apoyo Social" de la Secretaría de Desarrollo Social.

Artículo 5° - El presente Decreto es refrendado por las señoras Secretarías de Desarrollo Social y de Hacienda y Finanzas y por el señor Jefe de Gabinete.

Artículo 6° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, para su conocimiento y demás efectos, comuníquese por copia a las Secretarías de Desarrollo Social y de Hacienda y Finanzas. Cumplido, archívese.

ANEXO I: REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 921 DE "BANCOS DE ELEMENTOS ORTOPÉDICOS"

Artículo 1° - A los fines de la Ley N° 921 entiéndese por elementos ortopédicos a aquellos equipos, dispositivos o recursos auxiliares diseñados para mejorar el ejercicio de una función afectada o compensar dicha función.

Artículo 2° - Para cumplimiento de sus objetivos el Banco de Elementos Ortopédicos adquirirá o tomará en locación o comodato y entregará elementos ortopédicos. Para ello adquirirá y mantendrá en existencia bastones, andadores, muletas, sillones de ruedas y otros objetos que sean de uso ortopédico frecuente. Respecto de prótesis, ortesis, valvas, corsets, calzado ortopédico y otros elementos de uso ortopédico que por sus características deben ser confeccionados sobre medida y para personas determinadas, se adquirirán al tiempo de cada requerimiento. Los elementos de alto costo que pueden ser utilizados por personas indeterminadas y que sean objeto de requerimiento esporádico se adquirirán o tomarán en locación o comodato al tiempo de cada requerimiento. Los dispositivos auxiliares que se provean deberán considerar las necesidades especiales de niñas y niños con discapacidad en cuanto se refiere a su diseño, durabilidad y relación con la edad.

Artículo 3° - La ayuda técnica a que se refiere el artículo 1° de la Ley N° 921 consistirá en dar al usuario soporte para el correcto uso y mantenimiento del elemento otorgado:
a) Los elementos durables pueden ser utilizados por personas indeterminadas y se entregarán en calidad de comodato con expreso compromiso de devolverlos al tiempo

de dejar de ser útiles para el usuario.
b) Los elementos que sólo puedan ser utilizados por determinadas personas se entregarán en donación con expreso compromiso de darles los debidos cuidados.

Artículo 4° - Para acceder al otorgamiento de elementos ortopédicos el requirente deberá reunir los requisitos establecidos por el artículo 2° de la Ley N° 921 y hallarse en la situación de incapacidad económica definida por el artículo 1° de la Ley citada.

Artículo 5° - El requerimiento de elementos ortopédicos se materializará mediante formulario suscripto por el interesado o persona a cargo con carácter de declaración jurada. El falseamiento de los datos consignados será causal de la cesación del beneficio y originará la inmediata restitución de los elementos asignados. Asimismo, cualquier modificación en el contenido de la Declaración Jurada deberá informarse en el término de 72 horas bajo pena de dar por cesado el beneficio en caso de constatare su desactualización.

Artículo 6° - La solicitud será puesta a consideración del equipo técnico de la Unidad Ejecutora a cargo de la aplicación de la presente reglamentación para la evaluación del caso individual, verificación de los extremos que la Ley establece, análisis de disponibilidades y plazos de entrega y período de la asignación, expidiéndose mediante informe fundado formulando sus recomendaciones.

Artículo 7° - El área interviniente en el otorgamiento deberá elaborar un registro de beneficiarios en el que consten las sucesivas actualizaciones de datos e incumplimientos en los plazos y condiciones en la devolución de los elementos asignados. Tales antecedentes serán considerados al momento de evaluar futuras solicitudes del mismo beneficiario.

Artículo 8° - Al momento de la recepción del elemento ortopédico, el beneficiario de la entrega, o en su caso la persona a cargo deberá suscribir el expreso compromiso de su restitución al tiempo de expirar el período de la asignación o dejar de ser útiles para el usuario. En ningún caso las asignaciones excederán el período de un año, al término del cual, de subsistir las condiciones que dieron origen al requerimiento, será necesario actualizar la prescripción médica y ratificar el informe técnico que funda el beneficio.

Artículo 9° - El inventario anual debe incluir la nómina de elementos en poder de los beneficiarios y expresar clara y separadamente los elementos ortopédicos que se hallen disponibles para su entrega en el ejercicio subsiguiente, a efectos de proyectar el requerimiento de fondos presupuestarios.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CASOS DE EMERGENCIA INDIVIDUAL O FAMILIAR ORDENANZA N° 41.110 C.A.B.A

Artículo 1°- Crease el “Programa de Atención en Casos de Emergencia Individual o Familiar” que toma forma parte integrante de la presente ordenanza.

PROGRAMA DE ATENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA INDIVIDUAL O FAMILIAR.

Artículo 1º- Objetivo: Atender casos de extrema necesidad a través de una ayuda material inmediata.

Las características de carencia suma de la población que constituye el objeto de acción de la Subsecretaría de Acción Social, hacen que le sea indispensable la disposición inmediata de recursos para poder subsidiar las impostergables situaciones de emergencia social que se plantean diariamente.

Esto, sin que haya espacio razonable a ningún tipo de trámite ni derivaciones, exceptuadas la investigación social y el diagnóstico efectuado por el personal de la Dirección Asistencia Social de turno en el momento de contacto con el caso.

Artículo 2º- A quienes se dirige este Programa: familias o personas de escasos recursos socio-económicos y que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones.

- I. Desempleo: Se incluye en este rubro a la población desocupada potencialmente activa y a los ancianos que cuentan con jubilaciones o pensiones insuficientes.
- II. Carencia de vivienda por desalojo, despido, incendio, derrumbe u otra contingencia no considerada como catástrofe social.
- III. Enfermedad. Personas que requieran tratamiento médico y carecen de cobertura social.
- IV. Carencia de medios para el pago de gastos ocasionados por trámites judiciales o de documentación personal.

Artículo 3º- Tipo de prestación a brindar según las varias situaciones señaladas:

- I. Proporcionar alimentos (víveres secos o envasados) por un período de hasta quince (15) días cuya cantidad dependerá del número de miembros de la familia. Asimismo, proporcionar ropa, calzado, colchones, almohadas y /o útiles escolares según las necesidades constatadas. (Conforme texto Art. 1º de la Ordenanza N° 44.287, B.M. 18.815).
- II. Pago de un hotel, durante un período no mayor de quince (15) días, en los casos en que la composición familiar no permita la internación en los hogares dependientes de la Subsecretaría de Acción Social.
- III. Compra de medicamentos.
- IV. Gastos por trámites judiciales o administrativos cuando ellos no estuvieren exentos de aranceles o pago de sellados por disposiciones legales vigentes.

Artículo 4º- Requisitos que deben reunir los postulantes:

- a) Residir en Capital federal.;
- b) Estar en una real situación de necesidad respecto de lo que solicita;
- c) Presentar los documentos probatorios exigidos según la situación de emergencia que dio lugar al pedido; receta médica expedida por organismo municipal detallando diagnóstico, medicamentos indicados, dosis a suministrar y período de tratamiento, certificación de la intervención de Policía Federal en caso de incendio u otra contingencia.

En el caso de gastos ocasionados por trámites judiciales y / o administrativos, cuyas oficinas de radicación no emitan comprobantes de pago, el monto será constatado por el jefe del Departamento Asistencia Jurídica Social.

Artículo 5º - Dependencia responsable del programa: Dirección Asistencia Social.

Artículo 6º- Metodología para la utilización de la partida que se destine a tal fin: Dada la característica de extrema urgencia con que se requiere la utilización de esta partida, el monto de la misma destinado a las prestaciones detalladas en 3.II, 3IV, pasará a constituir un fondo denominado “Fondo Permanente de Emergencia”. Para las prestaciones indicadas en 3.1, tratándose de víveres secos o enlatados, ropa, calzado, y/o útiles escolares, se realizará una compra anual – por medio de licitación pública- con el objeto de mantener un stock permanente que permita utilización inmediata.

Artículo 7º- Procedimientos para la realización del trámite:

- I. Las familias y/o personas que son asistidas por alguna de las delegaciones descentralizadas, podrán ser derivadas por el asistente social a cargo, con la documentación correspondiente y el estudio social actualizado. Del mismo modo podrán gozar de los beneficios del programa, las familias y/o personas que son atendidas por el Departamento Servicio Social en su sede central.
- II. Si el solicitante se presentara espontáneamente ante el Departamento Servicio Social, el asistente social actuante completará la solicitud correspondiente.
- III. Verificación por parte del Departamento Servicio Social de la real necesidad del solicitante, que labrará las actuaciones pertinentes.
- IV. Presentación por parte del postulante de la documentación requerida.
- V. Valoración del costo de la prestación solicitada.
- VI. Elevación de la solicitud y del informe social al seño subsecretario de Acción Social para su consideración, quien deberá dar trámite urgente a la resolución.
- VII. Efectivización de la prestación en el lapso que la urgencia del caso requiera y que será estimado en la verificación a que se hace referencia en el punto 3.
- VIII. Rendición de cuentas a cargo del área específica de la Subsecretaría de Acción Social, de acuerdo con las normas y reglamentaciones vigentes.

PROGRAMA “VALE CIUDAD” DECRETO N° 439/02 C.A.B.A.
--

Artículo 1º - Créase, en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Social, el Programa “Vale Ciudad - Apoyo al Ingreso Ciudadano Mediante Asistencia Alimentaria”.

Artículo 2º - La Secretaría de Desarrollo Social organizará y ejecutará las acciones que demanden la implementación del Programa creado por el artículo precedente conforme los objetivos, alcances y modalidad que se establecen en el Anexo 1, el que a todos los efectos forma parte del presente Decreto.

Artículo 3º - Facúltase a la Secretaría de Desarrollo Social a dictar todas las normas reglamentarias tendientes a poner en ejecución el Programa creado por el presente Decreto.

Artículo 4º - La Secretaría de Desarrollo Económico asistirá a la Secretaría de Desarrollo Social a efectos de determinar las características y tipología que deben reunir los comercios a efectos de ser encuadrados como “pequeños comercios barriales”. Asimismo, la Secretaría de Desarrollo Económico prestará la asistencia que resulte necesaria a fin de realizar una adecuada fiscalización y control de los citados comercios.

Artículo 5° - La Secretaria de Desarrollo Social determina las compensaciones que le corresponda efectuar a la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto en la actividad Vale Ciudad del Programa 4516 a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente Decreto.

Artículo 6° - El presente Decreto será refrendado por los señores Secretarios de Desarrollo Social, de Desarrollo Económico, de Hacienda y Finanzas y por el Señor Jefe de Gabinete.

Artículo 7° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, para su conocimiento y demás efectos, pase a la Secretaría de Desarrollo Social y a la Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto. Cumplido, archívese.

ANEXO I - DECRETO N° 438/02 GCABA

Programa Vale Ciudad Apoyo al ingreso ciudadano mediante asistencia alimentaria:

Descripción

El Vale Ciudad está dirigido al grupo familiar en su conjunto con estrategias de asistencia directa, de promoción del desarrollo y fundamentalmente de fortalecimiento al ingreso familiar. Los criterios para su diseño priorizan la autonomía familiar a partir del incremento del ingreso y promueven el desarrollo económico local.

La modalidad del aporte es a través de la entrega de una chequera mensual a cada grupo familiar; estas chequeras son modulares para garantizar la cobertura del hogar, contemplando la diversidad de su composición y situación nutricional. Asimismo, por el Vale Ciudad se propone fortalecer la economía local a partir del direccionamiento del consumo familiar a los pequeños comercios locales.

El Vale Ciudad incorpora como modalidad la articulación con otros efectores, como facilitador del acceso a políticas universales, apuntando al resguardo de la salud de mujeres, niños y adolescentes y preservando el sostenimiento de la escolarización de los mismos.

II- Objetivos

Objetivo General

Contribuir al adecuado y suficiente acceso a los alimentos de la población en situación de vulnerabilidad social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, considerando al recurso transferido como una inversión para la creación de capacidades sociales.

Objetivos Específicos

a) Entregar a las familias en situación de vulnerabilidad social un subsidio familiar para la satisfacción de sus necesidades básicas alimentarias garantizando la soberanía en la elección del consumo.

b) Favorecer y acompañar la construcción de capacidades en las familias y promover y fortalecer el armado de Redes Sociales.

c) Fortalecer la economía local a partir de promover el incremento del consumo en comercios de la zona.

III- Población destinataria

Beneficiarios

El apoyo alimentario es otorgado a las familias en situación de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social con domicilio real en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de conformidad con los criterios de focalización y selección establecidos en el presente.

Población potencial

La población destinataria del Vale Ciudad son las familias residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en situación en riesgo de inseguridad alimentaria y por lo tanto en situación de vulnerabilidad social.

Para la selección de la población destinataria se utilizarán mecanismos de focalización de demanda a partir de la definición de un índice que de cuenta de las situaciones de vulnerabilidad de la seguridad alimentaria.

Destinatarios:

a. Familias destinatarias (transferencia directa): toda familia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en situación de vulnerabilidad social. La selección objetiva y transparente de los destinatarios permite poder evaluar la situación social del conjunto del núcleo familiar y contar así con un diagnóstico preciso para intervenciones más efectivas.

b. Comercios destinatarios (transferencia indirecta): red de pequeños comercios barriales habilitados en los rubros frescos y/o almacén, que reúnan las características que, a los efectos de ser encuadrados como tales, se establezcan en la reglamentación.

IV – Componentes

Cada familia beneficiaria recibirá mensualmente, durante un período de seis meses, una chequera con vales canjeables en los pequeños comercios barriales por productos de la canasta básica de alimentos conformada de acuerdo a la composición familiar. El beneficio puede ser renovado por un período igual. Será condición para su renovación que el beneficiario haya cumplido con las obligaciones a su cargo y que se encuentre dentro de los criterios de focalización y selección vigentes al momento de la renovación.

Para cumplir con los objetivos propuestos el Vale Ciudad se ha organizado a partir de tres componentes estrechamente vinculados entre sí:

Acceso a los alimentos

Mediante el Vale Ciudad se hará entrega a las familias en situación de vulnerabilidad alimentaria, de un subsidio para mejorar el ingreso familiar y direccionado al consumo alimentario apuntando al mejoramiento del estado nutricional de las familias, la satisfacción de sus necesidades básicas alimentarias garantizando la soberanía en la elección del consumo.

El Vale Ciudad constituye una transferencia directa a las familias, por medio de chequeras nominales - cuya titularidad es asignada a la mujer cónyuge o jefa de hogar y compartida con un segundo miembro de la familia (cotitular) - y modulares, variando según la conformación familiar. El subsidio alcanzará a cubrir entre un 30 y un 35% de las necesidades nutricionales de cada uno de los integrantes de cada familia.

Fortalecimiento de capacidades sociales

La implementación del Vale Ciudad debe orientarse a fortalecer las capacidades, tanto de las familias como del entramado social, a partir de actividades de acompañamiento, capacitación y de la participación en la experiencia de desarrollo del Vale Ciudad. Forma parte de los objetivos del programa el que las familias incorporen prácticas y

conocimientos

sobre:

- Orientación del consumo para una dieta apropiada y equilibrada.
- Las virtudes nutricionales de los alimentos protectores.
- Capacidades de organización en la familia y en la comunidad para la optimización del recurso.
- Distribución de roles al interior de la familia.
- Incorporación de prácticas de defensa de derechos del consumidor.
- Conocimiento de los recursos institucionales y barriales del GCBA y de organismos gubernamentales.
- Mecanismos de representación comunitarios: la conformación de Consejos de Auditorías Sociales.

Desarrollo de la economía local

Mediante el Vale Ciudad se procura promover el fortalecimiento y desarrollo de la economía local a través del direccionamiento del consumo a los comercios locales. El Vale Ciudad es sólo canjeable en los pequeños comercios barriales a los cuales se los fortalece, se mejora el intercambio económico general en la zona y se promueve la incorporación de prácticas y modalidades asociativas locales en los comerciantes. Estas actividades se articulan con la Secretaría de Desarrollo Económico del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se entiende por pequeños comercios barriales aquellos que tengan un monto de facturación bruta anual que cumplan con los requisitos que, a los efectos de ser acreditados como tales, establezca la reglamentación.

La Secretaría de Desarrollo Económico tendrá a su cargo ejercer el control y fiscalización del cumplimiento de los requisitos y obligaciones exigidos a los pequeños comercios barriales.

V - Elegibilidad de los Beneficiarios

A los efectos de asignación de los recursos la Secretaría de Desarrollo Social elaborará un índice de elegibilidad de las familias con prioridad en las familias indigentes o por debajo de la línea de pobreza y con características familiares que agraven su vulnerabilidad.

VI - Sistema de seguimiento y monitoreo

El Programa contará con un sistema de seguimiento y monitoreo que en su primera fase construirá una línea de base que permita dar cuenta de la situación inicial tanto de las familias como de los pequeños comercios.

La implementación de este sistema deberá permitir el seguimiento del Programa y evaluar su funcionamiento como política pública que garantiza la cobertura, la sustentabilidad y la participación de la comunidad.

El desarrollo del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación deberá estar dirigido no sólo a la medición de los procesos y los resultados del Vale Ciudad, sino también a proporcionar la información relativa a su operación, incluyendo el avance en el cumplimiento de los objetivos y metas que permita la reorientación de acciones, mejorar la funcionalidad de los procesos y, en general, aumentar la efectividad y el uso eficiente de los recursos asignados para el logro de las metas planteadas.

OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

RÉGIMEN DE OBRAS SOCIALES LEYES NACIONALES Nº 23660 Y Nº 23661 Trascripción parcial
--

*Léase Superintendencia de Servicios de Salud donde dice ANSSAL
(Decreto. 1615/96).

LEY Nº 23.660- LEY DE OBRAS SOCIALES

Artículos 1º al 3º

Artículo 1º : Quedan comprendidos en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado; e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2do. inciso g) punto 4 de la ley 21.476;
- g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación;
- h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley.

Modificado por: Ley 23.890 Art.1 (B.O. 30-10-90). Inciso c) sustituido

Observado por: Decreto Nacional 1.215/99 Art.5 (B.O. 26/10/99), las obras sociales comprendidas en este artículo conservan las facultades de fiscalización y ejecución judicial sobre los ingresos correspondientes a cada una de ellas. Ref. Normativas: Ley 21.476 Art.2 Inciso g), punto 4

Artículo 2º : Las obras sociales comprendidas en los incisos c), d) y h) del artículo 1 funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas; las obras sociales señaladas en los incisos a), e) y f) de dicho artículo funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil establece en el inciso 2 del segundo apartado del artículo 33. Las obras sociales señaladas en el inciso b) del artículo 1, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen, con las salvedades especificadas en los artículos 37, 38, 39 y 40 de la presente ley.

Ref. Normativas: Código Civil Art.33 Inciso 2), apartado 2do. Código Civil

Artículo 3º: Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Deberán, asimismo, brindar otras prestaciones sociales. En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud -en calidad de agentes naturales del mismo- sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.

LEY Nº 23.661 – LEY DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Artículos 1º al 9º

Capítulo I: Del ámbito de aplicación

Artículo 1º.- Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

Artículo 2º.- El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente.

Artículo 3º.- El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dichas políticas estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.

Capítulo II: De los Beneficiarios

Artículo 5º.- Quedan incluidos en el seguro:

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.

c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

Artículo 6º.- El personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades y los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito no serán incluidos obligatoriamente en el seguro. Sin embargo podrá optarse por su incorporación parcial o total al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

Los organismos que brinden cobertura asistencial al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad y el organismo que brinde cobertura asistencial al personal del Poder Legislativo de la nación y/o a los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos podrán optar por su incorporación total o parcial al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

Capítulo III: De la Administración del Seguro

Artículo 7º.- La autoridad de aplicación del seguro será la Secretaría de Salud de la nación. En su ámbito, funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

En tal carácter está facultada para ejecutar el ciento por ciento (100%) de los ingresos genuinos que perciba.

La fiscalización financiera patrimonial de la Administración Nacional del Seguro de Salud, prevista en la Ley de Contabilidad, se realizará exclusivamente a través de las rendiciones de cuentas y estados contables, los que serán elevados mensualmente al Tribunal de Cuentas de la Nación.

Artículo 8º.- Corresponde a los agentes del seguro y a las entidades que adhieran al mismo el cumplimiento de las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la presente ley.

Artículo 9º.- La ANSSAL tendrá la competencia que le atribuye la presente ley en lo concerniente a los objetivos del seguro, promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema establecido.

LIBRE ELECCIÓN DE OBRAS SOCIALES DECRETO NACIONAL Nº 9/93
--

Artículo 1º - Los beneficiarios comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N° 23.660 tendrán libre elección de su obra social dentro de las comprendidas en los incisos a), b), c), d) y f) del artículo 1º de la mencionada Ley.

Artículo 2º - La elección prevista en el artículo anterior podrá recaer solamente en una obra social y será ejercida solo en una oportunidad por año.

Artículo 3º - Las modalidades que deberán cumplirse para que los aportes y contribuciones sean depositados en la obra social elegida serán determinadas por

Resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social y de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 4º - Las prestaciones básicas que deberán brindar las obras sociales serán determinadas por el Ministerio de Salud y Acción Social. La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), compensará a la obra social las diferencias que pudiera surgir entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios con el costo de las prestaciones básicas.

Artículo 5º - Las obras sociales no podrán suscribir contratos prestacionales con entidades que tengan competencia directa en el control de la matrícula profesional o limiten a sus miembros el derecho de contratar directamente.

Artículo 6º - Dejase sin efecto todas las restricciones limiten la libertad de contratación entre prestadores y obras sociales, así como aquellas que regulen aranceles prestacionales de cualquier tipo.

Artículo 7º - Queda prohibido toda forma de directa o indirecta de administración o cobro centralizado de las contrataciones mencionadas en los artículos precedentes, con excepción de las correspondientes a matrículas o cuotas sociales.

Artículo 8º - Los contratos que se celebren entre obras sociales y prestadores, deberán contener necesariamente criterios de categorización y acreditación tendientes a optimizar la calidad de la atención médica.

Artículo 9º - Los agentes del Sistema Nacional de Seguro Salud estarán obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de los hospitales Públicos que cumplan con la normativa que oportunamente dicte el Poder Ejecutivo Nacional.

Artículo 10º - Las obras sociales podrán fusionarse, federarse total o parcial, o utilizar otros mecanismos de unificación para el cumplimiento de sus objetivos y los perseguidos por el presente Decreto.

**PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA
RESOLUCIÓN NACIONAL Nº 201/02**

**Transcripción parcial. Sin anexos.
Modificatoria Resolución Nº 310/04**

Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Artículo 1º — Aprobar el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley 23.660, detalladas en los Anexos I, II, III y IV que forman parte de la presente Resolución y que en lo sucesivo se denominaran Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Artículo 2º — Disponer que los Agentes del Seguro deberán adaptar todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos a los efectos de garantizar el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) a todos sus beneficiarios.

Artículo 3º — Establecer que este Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) entrará en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 4º — Disponer que el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) tendrá vigencia mientras dure la Emergencia Sanitaria, debiendo la superintendencia de Servicios de Salud conformar una Comisión de revisión del Programa Médico Obligatorio definitivo, a ser presentado para su aprobación antes del 31 de Diciembre de 2002.

Artículo 5º — Suspender los efectos de las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00; 1/01; 45/01 y todas aquellas que se opongan a la presente, mientras subsista la Emergencia Sanitaria.

Artículo 6º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

RESOLUCIÓN Nº 310/04

Artículo 1º - Modifícase el Anexo I de la Resolución Nº 201/02 MS incorporándose en el ítem 1.1.5 el Programa de Prevención de la Ley 25.673, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“1.1.5. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673): sin coseguro a cargo de los beneficiarios”.

Artículo 2º - Modifícase el apartado 7 del Anexo I de la Resolución Nº 201/02MS, el que quedará redactado de la siguiente manera:

7.1. Se asegura por parte del Agente del Seguro de Salud, la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual, y 70% a su cargo para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan.

El Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Agente del Seguro de Salud deberá ser resuelta por su auditoría médica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho Anexo. La cobertura será del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento. Todo ello, a cargo del Agente del Seguro de Salud y conforme al precio de referencia -monto fijo- que se publica en el referido Anexo y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones que de cada medicamento se individualizan.

7.2. Los medicamentos suministrados durante la internación tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud.

7.3. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos que a continuación se detallan y los que la autoridad de aplicación incorpore en el futuro:

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.
- Medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III verificadas por la auditoría del Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

- Drogas para el tratamiento de la tuberculosis.

Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en las siguientes normas de aplicación:

- Resolución 301/99 MSyAS. Cobertura de insulina (100%).
- Resolución 791/99 MSyAS. Cobertura al 100% de la piridostigmina (comp. 60mg), destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis y en la dosis diaria necesaria para cada caso.

Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Pro-creación Responsable.

- Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre.

La cobertura estará a cargo de los Agentes del Seguro al 100%.

- Condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas. La cobertura estará a cargo de los Agentes del Seguro al 100%.

7.4. La cobertura de medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes antineoplásicos según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud.

La cobertura de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud.

7.5. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios y apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución a cargo de la Administración de Programas Especiales (APE), en los términos del decreto P.E.N. 53/98 los medicamentos incluidos en las Resoluciones Nros. 475/02-APE, 500/04-APE, 5600/03-APE y 2048/03-APE y sus modificatorias.

7.6. Todos los profesionales médicos y odontólogos que brinden servicios a los Agentes del Seguro de Salud deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional y se aplicarán en la dispensa los principios y mecanismos establecidos en la Ley Nº 25649 y su Decreto Reglamentario.

Sin perjuicio del objetivo de promover el uso racional del medicamento, las recomendaciones de uso establecidas en los Anexos III y V de la presente, sobre la cobertura de medicamentos en determinadas situaciones clínicas de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos farmacológicos en curso al momento de su dictado, en tanto se encuentren acreditados por parte de la auditoria del Agente del Seguro de Salud los beneficios terapéuticos esperados en cada caso y la pertinencia de la continuidad de tratamiento.

Artículo 3º - Sustitúyese el Anexo III de la Resolución Nº 201/02MS por el de “Anexo III - Estructura. Recomendaciones de Uso del Formulario Terapéutico” que como Anexo I forman parte integrante de la presente.

Artículo 4º - Sustitúyese el Anexo IV de la Resolución Nº 201/02MS por el denominado “Anexo IV -Medicamentos del Formulario Terapéutico. Precios de referencia: Especialidades Medicinales agrupadas por forma farmacéutica, concentración y presentación, precio sugerido al público con su precio de referencia por monto fijo (cobertura a cargo del Agente del Seguro de Salud)”, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Artículo 5º - Incorpórase a la Resolución N° 201/02-MS, como Anexo V el denominado "Anexo V -Listado de medicamentos de excepción con recomendaciones de uso. Medicamentos con cobertura en situaciones particulares detalladas en el presente Anexo. Precios de referencia: Especialidades Medicinales agrupadas por forma farmacéutica, concentración y presentación, precio sugerido al público con su precio de referencia por monto fijo (cobertura a cargo del Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud)", que como Anexo III integra la presente.

Artículo 6º - Los Agentes del Seguro deberán elaborar un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de acuerdo a las características demográficas, epidemiológicas y regionales propias, el que deberá tener en cuenta el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y los alcances de esta Resolución. La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá mediante el dictado del acto administrativo correspondiente los indicadores sanitarios, las tasas de uso y cantidad y tipo de las prestaciones establecidas en la presente, así como la información epidemiológica relevante que deberán recabar y remitir a la autoridad de aplicación los Agentes del Seguro de Salud.

Artículo 7º - Las disposiciones contenidas en la presente entrarán en vigencia a partir de los ocho (8) días de su publicación en el Boletín Oficial.

ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES RESOLUCIÓN NACIONAL N° 400/99

Programa de cobertura del sistema. Normas para los agentes del Seguro de Salud que requieran apoyo financiero. Niveles de atención. Modalidades de atención ambulatoria, internación y prestaciones anexas.

Artículo 1º - Establecer a partir de la publicación de la presente en el Boletín Oficial, el Programa De Cobertura Del Sistema Único De Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad, para los beneficiarios de las leyes 23.660 y 23.661, a través del cual la Administración de Programas Especiales financiará el pago de todas las prestaciones detalladas en el Anexo III que, forma parte de esta Resolución.

Artículo 2º - Los Agentes del Seguro que requieran apoyo económico de la Administración de Programas Especiales, deberán ajustar su solicitud a lo establecido en la presente Resolución con arreglo al "Sistema de Información de la Administración de Programas Especiales" (SI-APE) y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras.

Artículo 3º - Los Agentes del Seguro de Salud solicitarán el apoyo financiero según las normas y requisitos que se aprueban como Anexo I y se obligan a cumplir las condiciones que se fijan como Anexo II.

Artículo 4º - Apruébase los Anexos I a III incorporados a la Resolución como parte integrante de la misma.

DIABETES
LEY NACIONAL Nº 23.753
DECRETO REGLAMENTARIO Nº 1271/98
PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA)
RESOLUCIÓN Nº 301/99
Trascripción parcial

Artículo 1° - Apruébase el Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA y Normas de provisión de medicamentos e insumos, que como ANEXO 1 forman parte de la presente.

Artículo 2° - Facúltase a la Secretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Atención Comunitaria, a realizar a través de la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria toda gestión conducente al cumplimiento de objetivos y metas del PRONADIA.

Artículo 3° - El Programa aprobado en el Artículo 1°; de la presente Resolución pasa a integrar el sistema de Prestaciones Médicas Obligatorias, P.M.O.

Artículo 4° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES – PRONADIA. Fragmentos.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES
NORMAS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

1. - MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

Acorde con la ley 23.753/89 y el Decreto Reglamentario 1271/98, quedan comprendidos dentro de sus disposiciones los medicamentos e insumos básicos y cobertura mínima inicial, para el control y tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus.

Medicamentos/Insumos básicos Cobertura Cantidad

1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID)

Insulina

Concentración U-100

Tipos: lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta.

Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos 100% Según prescripción

Jeringas descartas para insulina 100% 24 al año

Agujas descartables para uso subcutáneo 100% 100 al año

Lancetas descartables para punción digital 70% 50 al año

Digitopunsor automático 70% 1 cada 2 años

Tiras reactivas para glucosa en sangre 70% 400 al año

Tiras reactivas para acetona en orina 70% 50 al año

Tiras reactivas para glucosa en orina

(Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina) 70%
100 al año

Bomba de infusión continua para insulina (***) (***)

1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID)

Antidiabéticos orales 70% Según prescripción
Tiras reactivas para glucosa en sangre 70% 50 al año
Tiras reactivas para glucosa en orina 70% 100 al año

1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosas en sangre se otorgarán a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente

Notas:

(*) Porcentaje establecido en el Decreto 1271/98. Cuando se especifica porcentaje inferior al 100% se entiende que se trata de cobertura mínima inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción.

(**) Dación mínima por pacientes diabéticos.

(***) Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, teniéndose en cuenta las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

2. - PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS ESTABLECIDOS EN EL AREA DE LA SALUD PUBLICA

Las Provincias y del gobierno de la Ciudad Autónoma de la Buenos Aires se cubrirán la demanda correspondiente a pacientes diabéticos carentes de cobertura médico social y recursos, de acuerdo a las siguientes disposiciones:

2.1. Requisitos socioeconómicos

Residencia en territorio de la República Argentina. Se utilizará como constancia de domicilio, el registrado en el Documento Nacional de Identidad, libreta de Enrolamiento O libreta Cívica.

Carecer de cobertura médico social y de recursos propios y/o familiares para solventar los gastos de los medicamentos y otros insumos establecidos. Según declaración jurada que tendrá validez anual, refrendada por el Servicio de Asistencia Social de la institución de que se trate.

2.2. Procedimiento para la gestión de los medicamentos y otros insumos establecidos.

El paciente diabético iniciará la gestión en el establecimiento o servicio asistencial estatal en el que está registrado y al que concurre para control y tratamiento.

La prescripción de los medicamentos y otros insumos establecidos deberá ser realizada en recetarlos de profesionales médicos de los servicios de diabetes, endocrinología, nutrición, medicina interna, pediatría y de atención primaria de la salud de establecimientos de] área estatal o, eventualmente, reconocidos oficialmente por la misma.

En los recetarlos correspondientes el profesional médico deberá completar los datos filiatorios y clínicos básicos y prescribir la cantidad de medicamentos e insumos que se requieran para un trimestre de tratamiento.

Con la documentación antedicha, el establecimiento o servicio de salud correspondiente solicitará a través de la dependencia que se estableciera a tal efecto, la cantidad necesaria de medicamentos e insumos para un período de tres meses de tratamiento.

Cada provincia o jurisdicción podrá adaptar a su propia modalidad el procedimiento referido en tanto no se modifique el sentido ni la esencia del mismo.

2.3. Cancelación de beneficios

La cancelación de los beneficios a que se refieren la presente normativa operará en los siguientes casos:

- Renuncia del titular del beneficio.
- Radicación del beneficiario fuera del país.
- Cese de la condición socioeconómica informada.
- Abandono del control médico periódico regular en el establecimiento donde esté registrado.
- Incompatibilidad con otros beneficios.

SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS EN HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

LEY NACIONAL N° 24.901

DECRETO REGLAMENTARIO N° 1193/98

RESOLUCION N° 428/99

Capítulo I. Objetivo.

Artículo 1º- Institúyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Capítulo II. Ámbito de aplicación

Artículo 2º- Las Obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el art. 1º de la Ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Artículo 3º- Modifícase, atento a la obligatoriedad a cargo de las Obras Sociales en la cobertura determinada en el art. 2º de la presente ley, el art. 4º, primer párrafo de la ley 22.431 en la forma que a continuación se indica:

El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de Obras Sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.

Artículo 4º- Las personas con discapacidad que carecieren de Obra Social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

Artículo 5º- Las Obras Sociales y todos los organismos objeto de la presente ley, deberán establecer los mecanismos necesarios para la capacitación de sus agentes y la difusión a sus beneficiarios de todos los servicios a los que pueden acceder, conforme al contenido de esta norma.

Artículo 6º- Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los

que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

Artículo 7º- Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo: Cuando se tratare de: a) personas beneficiarias del sistema nacional del seguro de salud comprendidas en el inciso a) del art. 5º de la Ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inc. b) del presente art., con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el art. 22 de esa misma ley.

b) Jubilados y pensionados del régimen nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias;

c) personas comprendidas en el art. 49 de la Ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral previsto en el punto 6 del mismo art.;

d) personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el art. 20 de la Ley 24.557, estarán a cargo de las aseguradoras de riesgo del trabajo o del régimen de autoseguro comprendido en el art. 30 de la misma ley;

e) personas beneficiarias de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, ex – combatientes ley 24310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los inc. precedentes que no tuvieron cobertura de obra social, en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

Artículo 8º- El Poder Ejecutivo propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley.

Capítulo III. Población Beneficiaria.

Artículo 9º- Entiéndese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el art. 2º de la Ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Artículo 10º- A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el art. 3º de la Ley 22.431 y por leyes provinciales análogas.

Artículo 11º: Las personas con discapacidad afiliadas a Obras Sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Artículo 12º- La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley.

Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos.

Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento de su cuadro general evolutivo en los aspectos terapéuticos, educativos, o rehabilitatorios, y

se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple la superación.

Artículo 13º- Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el art. 22 , inc. a) de la Ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial con el auxilio de terceros, cuando fuere necesario.

Capítulo IV. Prestaciones Básicas.

Artículo 14º- Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizado desde el momento de la concepción los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social.

En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos, y exámenes complementarios necesarios, para evitar patologías o en su defecto detectarla tempranamente.

Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el periodo perinatal, se pondrán en marcha, además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar.

En todos los casos se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

Artículo 15º- Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario tiene por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas, o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fueren menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

Artículo 16º- Prestaciones terapéuticas educativas. Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

Artículo 17º- Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza – aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada para realizarlas en un periodo predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad.

Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

Artículo 18º- Prestaciones asistenciales. Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat-alimentación-atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio - familiar que posea el demandante.

Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

CAPITULO V

Servicios específicos

Artículo 19º- Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación.

La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.

Artículo 20º- Estimulación temprana. Estimulación temprana es el proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

Artículo 21º- Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para *ello*. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común.

El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación.

El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

Artículo 23º- Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Artículo 24º- Centro de día. Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más

adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Artículo 25º- Centro educativo terapéutico. Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Artículo 26º- Centro de rehabilitación psicofísica. Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

Artículo 27º- Rehabilitación motora. Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor.

a) Tratamiento rehabilitatorio: las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación;

b) Provisión de prótesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos: se deberán proveer los necesarios de acuerdo con las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad, la integración social del mismo y según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.

Artículo 28º- Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

En aquellos casos que fueren necesario se brindará la cobertura de un anestesista.

Capítulo VI. Sistemas alternativos al grupo familiar.

Artículo 29º- En concordancia con lo estipulado en el art. 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares.

Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

Artículo 30º: Residencia. Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir.

Artículo 31º- Pequeños hogares. Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Artículo 32º- Hogares. Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

Capítulo VII. Prestaciones complementarias.

Artículo 33º- Cobertura económica. Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos:

- a) facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir;
- b) apoyar económicamente a la persona con discapacidad y a su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio – laboral y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación.

El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

Artículo 34º- Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las Obras Sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren conforme la evaluación y orientación estipulada en el art. 11 de la presente ley.

Artículo 35º- Apoyo para acceder a las distintas prestaciones. Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder a la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social inherente a las necesidades de las personas con discapacidad.

Artículo 36º- Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario a fin de lograr su autonomía e integración social.

Artículo 37º- Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes,

como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de su rehabilitación.

Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.

También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

Artículo 38º- En caso de que una persona con discapacidad requiriere, en función de su patología, medicamentos o productos dieto terapicos específicos y que no se produzcan en el país, se les reconocerá el costo total de los mismos.

Artículo 39º- Será obligación de los entes que prestan cobertura social el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:

- a) atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así lo determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el art. 11 de la presente ley;
- b) aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el art. 11 de la presente ley;
- c) diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presenten patologías de carácter genético-hereditario.

Artículo 40º- El poder ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su promulgación.

DECRETO REGLAMENTARIO N° 1193/98

Artículo 1º - Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 24.901 que como Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2º - Facúltase al Ministerio de Salud y Acción Social a dictar juntamente con la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, las normas aclaratorias y complementarias que resulten necesarias para la aplicación de la reglamentación que se aprueba por el presente decreto.

Artículo 3º - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.-

ANEXO I

Artículo 1º - El Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con discapacidad tiene como objeto garantizar la universalidad de la atención de dichas personas mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática.

La Comisión Nacional Asesora para la integración de las personas discapacitadas será el organismo regulador del "sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad"; elaborará la normativa relativa al mismo la

que incluirá la definición del Sistema de Control Interno juntamente con la Sindicatura General de la Nación; contará para su administración con un Directorio cuya composición, misión, funciones y normativa de funcionamiento se acompaña como Anexo A del presente; y propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica, el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Artículo 2° - Las obras sociales no comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 podrán adherir al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad en los términos que oportunamente se determinarán en el marco de las Leyes Nos. 23.660 y 23.661 y normativa concordante en la materia.

Artículo 3° - Sin reglamentar.

Artículo 4° - Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura brindada por ente, organismo o empresa y además no contarán con recursos económicos suficientes y adecuados podrán obtener las prestaciones básicas a través de los organismos del Estado Nacional, Provincial o Municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda, que adhieran al presente Sistema.

Las autoridades competentes de las provincias, los municipios, y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, podrán celebrar convenios de asistencia técnica, científica y financiera con la autoridad competente en el orden nacional, a fin de implementar y financiar las prestaciones básicas previstas en la Ley N° 24.901.

Artículo 5° - Sin reglamentar.

Artículo 6° - El Ministerio de Salud y Acción Social y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las personas discapacitadas. establecerán las Normas de Acreditación de Prestaciones y Servicios de Atención para Personas con Discapacidad en concordancia con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 1424/97 y el Decreto N° 762/97. El Servicio Nacional De Rehabilitación Y Promoción De La Persona Con Discapacidad establecerá los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, e incorporará al mismo a todos aquellos prestadores que cumplimenten la normativa vigente.

Artículo 7° - Incisos c) y d). Los dictámenes de las Comisiones Médicas previstas en el artículo 49 de la Ley N° 24.241 y sus modificatorios, y en el artículo 8° de la Ley N° 24.557, deberán ser informados al Servicio nacional de rehabilitación y promoción de la persona con discapacidad. y los beneficiarios discapacitados deberán inscribirse en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad para acceder a las prestaciones básicas previstas, a través de la cobertura que le corresponda.

Artículo 8° - Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán optar por su incorporación al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad mediante los correspondientes convenios de adhesión. Los organismos que brindan cobertura al personal militar y civil de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. y el organismo que brinda cobertura al personal del Poder Legislativo de la Nación, y a los Jubilados retirados y pensionados de dichos ámbitos, como así, también todo otro ente de obra social, podrán optar por su incorporación al Sistema mediante convenio de adhesión.

Artículo 9° - Sin reglamentar.

Artículo 10° - El Ministerio de Salud y Acción Social será la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de discapacidad. El certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo Interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá la siguiente información: a) Diagnóstico funcional, b) Orientación prestacional, la que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

La información identificatoria de la población beneficiaria deberá estructurarse de forma tal que permita su relación con el Padrón Base del Sistema Nacional del Seguro de Salud, establecido por Decreto N° 333 del 1 de abril de 1996 e instrumentado por el Decreto N° 1141 del 7 de octubre de 1996, que es parte del Sistema Único de Registro Laboral establecido por la Ley N° 24.013.

Artículos 11° a 39° - Las prestaciones previstas en los artículos 11 a 39 deberán ser incorporadas y normatizadas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. La Superintendencia De Servicios De Salud será el organismo responsable dentro de su ámbito de competencia, de la supervisión y fiscalización de dicho Nomenclador, de la puesta en marcha e instrumentación del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, y de la supervisión y fiscalización del gerenciamiento en las obras sociales de esas prestaciones.

ANEXO A

Artículo 1° - El Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad estará integrado por UNO (1) Presidente y UN (1) Vicepresidente y UN (1) representante de los siguientes organismos y áreas gubernamentales:

- Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, dependiente de la jefatura de Gabinete De Ministros.
- Secretaria de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación.
- Administración de Programas Especiales.
- Superintendencia de Servicios de Salud.
- Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.
- Consejo Federal de Salud.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud y Acción Social.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

Invitase a integrar el Directorio a dos(2) representantes de las instituciones sin fines de lucro, destinadas a la atención de personas con discapacidad, prestadores de servicios que acrediten antigüedad e idoneidad a nivel nacional.

El desempeño de los miembros del citado Directorio tendrá carácter "ad honorem".

Artículo 2° - El Presidente de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de personas discapacitadas ejercerá la Presidencia del Directorio.

Artículo 3° - El presidente ejercerá las siguientes funciones:

- a) Convocar a las sesiones del Directorio.
- b) Ejercer la representación del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, y coordinar las relaciones con autoridades nacionales, provinciales y municipales.

- c) Suscribir, previa aprobación del Directorio, convenios con las distintas jurisdicciones, en vista a la aplicación del citado Sistema.
- d) Designar al Secretario de Actas del Directorio.

Artículo 4° - La Vicepresidencia del Directorio será ejercida por el Subsecretario De Atención Medica Del Ministerio De Salud Y Acción Social.

Artículo 5° - El Directorio tendrá las siguientes funciones:

- a) Instrumentar todas las medidas tendientes a garantizar el logro de los objetivos prefijados.
- b) Establecer orientaciones para el planeamiento de los servicios.
- c) Coordinar la actuaciones de los diferentes servicios.
- d) Proponer modificaciones, cuando fuere necesario, al Nomenclador de Prestaciones Básicas, definidas en el Capítulo IV de la Ley N° 24.901.
- e) Dictar las normas relativas a la organización y funciones del Sistema, distribuir competencias y atribuir funciones y responsabilidades para el mejor desenvolvimiento de las actividades del mismo.
- f) Introducir criterios de excelencia y equilibrio presupuestario en el Sistema
- g) Proponer el presupuesto anual diferenciado del Sistema y someterlo a la aprobación de las áreas gubernamentales competentes.
- h) Fijar la reglamentación para el uso de las prestaciones.
- i) Crear comisiones técnicas asesoras y designar a sus integrantes.
- j) Recabar informes a organismos públicos y privados.
- k) Efectuar consultas y requerir la cooperación técnica de expertos. 1) Dictar su propio Reglamento.

Artículo 6° - Las Comisiones de Trabajo creadas por el Directorio tendrán carácter permanente o temporario, en cada una de ellas participará, como mínimo, un miembro del Directorio.

Artículo 7° - Los gastos de funcionamiento del Directorio se imputarán al Presupuesto asignado a la Jefatura De Gabinete De Ministros.

RESOLUCION N° 428/99
NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BASICAS LEY N° 24.901
Sin incisos correspondientes a aranceles y/o valor de los módulos

Niveles de Atención

1.- Nivel de Consulta Medica:

1.1.- Consulta medica en rehabilitación física:

De acuerdo a la Resolución N° 432/97 de Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión.

2.- Nivel de Atención y Tratamiento.

2.1.- Modalidad de atención ambulatoria

2.1.1.- Atención ambulatoria

a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta

Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Unico de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.,Hospitales con Servicios de Rehabilitación, Consultorios de rehabilitación de Hospitales, Clínicas o Sanatorios polivalentes, Centros de Rehabilitación, Consultorio Particular.

d) Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días).

b) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a 5 días semanales.

Comprende los siguientes tipos de atención: Fisioterapia – Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda.

Cuando el beneficiario reciba mas de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

2.1.2.- Módulo: Hospital de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación

b)Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales) que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

c) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Unico de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de hospitales de Día Psiquiátricos, los que están contemplados en el Nomenclador de Hospital Público de Autogestión.

d) Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación, Hospitales con Servicios de Rehabilitación, Centros de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura:

Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El Módulo incluye honorarios profesionales (Consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamientos necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación y el almuerzo en el de jornada doble.

2.1.3.- Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

2.1.4.- Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas), lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los 4 y los 24 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

2.1.5.- Módulo de Estimulación Temprana.-

a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

c) Prestación Institucional: Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

2.1.6.- Prestaciones Educativas

2.1.6.1.- Educación Inicial:

a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la

Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con

posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación

común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

2.1.6.2.- Educación General Básica:

a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 14 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

2.1.6.3.- Apoyo a la Integración escolar:

a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otras), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles – Educación inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y los 18 años de edad.

c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultaneo y/o sucesiva, según corresponda.

2.1.6.4.- Formación laboral y/o rehabilitación profesional:

a) Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y los 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas con discapacidad adquirida podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

c) Prestación Institucional: Centros o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional.

En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse mas allá de los 3 años de duración.

2.2.- Modalidad de internación:

2.2.1.- Módulo de internación en Rehabilitación:

a) Definición: Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitantes que hayan superado riesgo de vida, con compensación

hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Unico de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación., Hospitales con Servicios de Rehabilitación, Clínicas o Sanatorios polivalentes, Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye: Evaluación prescripción y seguimiento por médico especialista, Seguimiento clínico diario, Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso. Análisis y Rx de rutina.

Excluye: Asistencia y seguimiento del / de los médicos de cabecera y especialistas.

Estudios de diagnóstico por imágenes, Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas durante la internación aguda), Medicamentos no inherentes a la secuela, Pañales descartables.

2.2.2.- Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

El Hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura: Módulo de alojamiento permanente y Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

La prestación de hogar puede combinarse con las otras modalidades de prestaciones ambulatorias enunciadas en 2.1.3, 2.1.4, 2.1.6.1, 2.1.6.2 y 2.1.6.4.

2.2.3.- Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas de el mismo sexo y tipo de discapacidad.

c) Prestación Institucional:

Residencias (casas o departamentos, preferentemente en área urbana, con capacidad entre 8 y 10 personas).

d) Modalidad de cobertura: Módulo de alojamiento permanente y Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.2.4.- Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o continente.

b) Población: Niños y adolescentes discapacitados entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Prestación Institucional:

Unidad habitacional (casas o departamentos, con capacidad variable entre 12 y 15 niños y adolescentes).

d) Modalidad de cobertura: Módulo de alojamiento permanente y Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.3.- Modalidad de Prestaciones Anexas:

2.3.1.- Prestaciones de Apoyo

a) Definición: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

2.3.2.- Transporte

a) Definición: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).

b) Población: Niños, Jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.

c) Tipos de transportes: Automóvil, Microbus, etc.

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LA HIPOACUSIA LEY NACIONAL Nº 25.415
--

Artículo 1º- Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare.

Artículo 2º- Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan las normas emanadas por autoridad de aplicación conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del tercer mes de vida.

Artículo 3º- Las obras sociales y asociaciones de obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio dispuesto por Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluyendo la provisión de audífonos y prótesis auditivas así como la rehabilitación fonoaudiológica.

RÉGIMEN SIMPLIFICADO PARA PEQUEÑOS CONTRIBUYENTES MONOTROBUTISTAS

DECRETO NACIONAL N° 806/04

Trascripción parcial

ANEXO

ACCESO PROGRESIVO A LA COBERTURA DE SALUD

El titular y su grupo familiar, si estuviera inscrito, tendrá la cobertura prevista en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) aprobado por Resolución N° 201 de fecha 9 de abril de 2002 del MINISTERIO DE SALUD prorrogada por el Decreto N° 1210 de fecha 10 de diciembre de 2003, la que en lo sucesivo la modifique o reemplace— dividida por niveles, conforme se detalla a continuación:

a) Cobertura desde el inicio de su inscripción al régimen:

1) NIVEL AMBULATORIO:

1. Consulta: en consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de SESENTA Y CINCO (65) años que no puedan movilizarse.

2. Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria competente.

3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detalladas en el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

4. Salud Mental:

Promoción y prevención. Hasta TREINTA (30) visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de CUATRO (4) consultas mensuales. Esto incluye las modalidades: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de pareja y psicodiagnóstico.

5. Rehabilitación ambulatoria:

Kinesiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/ beneficiario.

Fonoaudiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.

Estimulación temprana: en los términos que los define el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Los traslados que correspondan a pacientes en ambulatorio.

7. Odontología: conforme el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Resolución N° 201/02 o el que lo reemplace.

8. Medicamentos: Se asegura la cobertura de medicamentos en tratamientos ambulatorios que figuran en el Anexo III de Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, con un CUARENTA POR CIENTO (40%)

de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas. La prescripción se hará por nombre genérico.

9. Cobertura al CIENTO POR CIENTO (100%) de anteojos con lentes estándar en niños hasta los 15 años.

II) Otras Coberturas Ambulatorias

1. Plan materno infantil (prestaciones ambulatorias).

2. Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.

3. Cobertura de pacientes diabéticos (Resolución N° 301 de fecha 16 de abril de 1999 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y 4. Cobertura al CIENTO POR CIENTO (100%) de piridostigmina 60 mg. Para el tratamiento de la miastenia gravis (Resolución N° 791 de fecha 6 de octubre de 1999 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

b) Cobertura a los TRES (3) meses: Se agrega toda la prevista en el «nivel internación», y la que se detalla a continuación:

I) NIVEL INTERNACION

1. Se asegura el CIENTO POR CIENTO (100%) de cobertura en cualquiera de sus modalidades.

Todas las prácticas y coberturas del Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo.

2. Salud Mental: Hasta TREINTA (30) días por año calendario, en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día.

3. Medicamentos. La cobertura será de un CIENTO POR CIENTO (100%) en internados.

4. Los traslados que correspondan a pacientes internados.

5. Prótesis e implantes de colocación interna al CIENTO POR CIENTO (100%) de cobertura, con las especificaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados al CIENTO POR CIENTO (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del CUARENTA POR CIENTO (40%) a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.

7. Los cuidados paliativos, con cobertura al CIENTO POR CIENTO (100%).

8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Cobertura al CIENTO POR CIENTO (100%).

9. Eritropoyetina al CIENTO POR CIENTO (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

10. Plan Materno Infantil (prestaciones en internación).

11. Cobertura de otoamplifonos al CIENTO POR CIENTO (100%) en niños hasta los 15 años.

12. Cobertura del CINCUENTA POR CIENTO (50%) en prótesis y órtesis de colocación externa, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas.

c) Cobertura a los SEIS (6) meses:

Se incorporan las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales, conforme sus Resoluciones Nros. 500 del 27 de enero de 2004, 2048 del 30 de abril de 2003, 1276 del 16 de agosto de 2002, 6080 del 17 de septiembre de 2003, 475 del 27 de mayo de 2002 y 5600 del 29 de agosto de 2003, y las que las

sustituyeran o complementaren, de cobertura obligatoria por parte de los agentes del seguro, y por las que éstos puedan gestionar el cobro a través del Fondo Solidario de Redistribución.

I) COSEGUROS

En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

II) GRUPO FAMILIAR

A partir de su inscripción, ingresará progresivamente a la cobertura conforme se describe precedentemente para el titular.

MEDICINA PREPAGA OBLIGATORIEDAD DE CUMPLIR CON EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO LEY NACIONAL Nº 24. 754
--

Artículo 1º - A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.