

38400

MARCO JURIDICO
NORMATIVO DEL
SECTOR SALUD EN
LOS AMBITOS
NACIONAL Y
PROVINCIAL

Informe Final

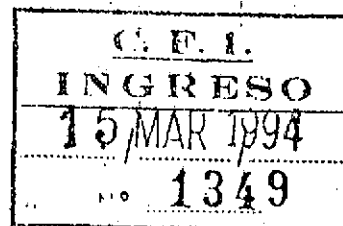
Daniel Luis Cassano

Marzo 1994

6
M 411
C 11m
IV

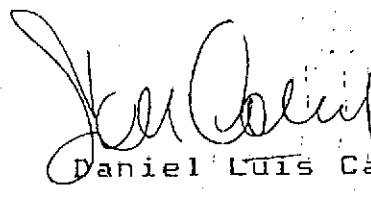
Buenos Aires, marzo 15 de 1994.-

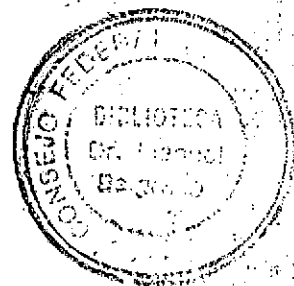
Sr. Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones
Ing. Juan José Ciáccera.
Su despacho



Tengo el agrado
de dirigirme a Usted a los efectos de elevar a
su conocimiento el Informe Final
correspondiente a mi relación contractual
sobre "Marco jurídico normativo del sector
salud en los ámbitos nacional y provincial",
correspondiente al mes de marzo.

Sin más saludo a
Usted muy atentamente.


Daniel Luis Cassano



O/M. 411
C 11m
IV

M 3
2704

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Marco jurídico normativo del
sector salud en los ámbitos
nacional y provincial.

INFORME FINAL

Daniel Luis Cassano

Marzo, 1994

TEMARIO

Marco jurídico normativo del sector salud en los ámbitos nacional y provincial.

Introducción

Salud y política social

Aparición y papel de las políticas sociales en los Estados Nacionales

El papel de las actuales políticas sociales en la reformulación del rol del Estado

El concepto de salud.

El derecho a la salud.

El derecho a la salud en la Constitución Nacional

El derecho a la salud en las Constituciones Provinciales

Estructura del sector salud

Centralización y descentralización de la salud en el régimen federal

La organización del sector salud a nivel provincial. Los casos de La Rioja, La Pampa y Chaco.

Anexo I Leyes nacionales

Anexo II Leyes provinciales

Anexo III Algunos datos sobre la estructura de salud

Bibliografía

Introducción

En el presente trabajo se esbozarán ciertos elementos que son constitutivos de la estructura del sector salud en nuestra ordenamiento institucional.

En primer lugar se intenta precisar la ubicación de la salud en el ámbito de las políticas públicas, concretamente entre las políticas sociales. Esto, a los efectos de permitir el análisis de cuál es el compromiso del Estado en cuanto actor y escenario de la salud.

Luego, se aborda el perfil normativo del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico institucional, específicamente desde los contenidos de las constituciones nacional y provinciales que plantean ciertas pautas sociales programáticas. A la vez, se reseña la composición del sistema, en sus aspectos jurídico-normativos.

Estos aspectos resultan relevantes para entrever las posibilidades de realización del derecho consagrado en las cartas magnas en una acción concreta impulsada y regulada desde el Estado y la situación actual de la cuestión por los cambios producidos en la conceptualización del rol del Estado, las propuestas de descentralización y las modificaciones producidas en las específicas funciones que realizaba hasta el presente¹, en el ámbito nacional. El sector de la salud reviste particular interés por haberse comenzado ya mucho antes un proceso de transferencia de servicios y descentralización hacia las jurisdicciones provinciales y municipales.

Algunos de los elementos a tener en cuenta serán las modificaciones introducidas a nivel normativo en el sector, como la nueva ley de obras sociales 23.660, o la creación de figuras como el Hospital público de autogestión, del que habla el Decreto 578/93.

Estas tendencias de transferencia de servicios y descentralización inauguradas en la década de 1970, sumadas a la crisis de financiamiento que afecta al gasto social público y las tendencias dominantes en cuanto a la organización del sector impacta de manera dispar sobre las estructuras institucionales provinciales, que se encuentran buscando respuestas institucionales. A los efectos de indagar que tipo de mecanismos se están

¹ Con relación a los cambios producidos ver Cassano, Daniel. Acerca de la reforma del Estado, el rol del municipio, la participación y los nuevos espacios sociales en la institucionalidad provincial y local, Informe final, C.F.I., noviembre 1992.

implementando se seleccionaron las provincias de La Pampa, Chaco y La Rioja, con el fin de analizar las modalidades de organización en el nivel local.

Salud y política social

La salud aparece en todo inventario que se realice de las necesidades consideradas básicas de todo ser humano, y como una de las actividades esenciales que debe atender el Estado de forma irrenunciable, junto con la educación y la seguridad. Es por esto que ocupa un importante papel en el sector de actividad estatal que apunta a paliar las desigualdades sociales.

Ubicación de la salud en las políticas públicas

Políticas económicas	Políticas de seguridad	Políticas sociales
Agricultura	Seguridad interna	Educación
Industria	Defensa militar	Salud
Minería	Fronteras	Seguridad social
Energía	Migraciones	Vivienda
Comunicaciones	Tratados internacionales	Asistencia social
Transporte	Relaciones internacionales	Promoción social
Exportación		Trabajo (salarios, empleo, previsión, condiciones de trabajo, etc.)

El Estado se expresa a través de sus órganos específicos formulando directivas que son las denominadas políticas públicas, que ejecutan sus órganos administrativos.

La política social puede ser definida como "el conjunto de acciones públicas o privadas relacionadas a la distribución de recursos de todo tipo en un sociedad particular"².

Bustelo sostiene que no existe un único modelo de política social, sino se que pueden reconocer tres diferentes a los que identifica como: asistencial; econocrático y solidario.

Una breve referencia a cada una de ellos brinda elementos válidos para analizar el proceso de organización institucional del sector salud.

En el modelo asistencial toda interacción social es analizada desde la óptica del mercado. La redistribución de los recursos queda en manos de la oferta y la demanda.

² Bustelo. Eduardo E. "Mucho, Poquito o Nada: crisis y alternativas de política social". Centro NU/CEPAL, Santiago de Chile, 1988.

El papel que juega el Estado en este modelo es mínimo ya que es el mercado el mecanismo autorregulatorio que llevará al conjunto social a un punto óptimo de funcionamiento.

La salud, como los demás servicios sociales, no puede escapar a la leyes del mercado, por lo que sus prestaciones deben ser pagas y tener un precio transable. Los casos más extremos de pobreza e indigencia quedan en manos de las entidades de caridad.

Al quedar el Estado exento de la responsabilidad por la provisión de servicios a los más necesitados, se privilegia el trabajo con los organismos no gubernamentales. Financiados por manos privadas y ejecutados mediante el voluntariado social.

Para definir al modelo econocrático, Bustelo apela a la definición de econocracia dada por Self (1975) a la que entiende por la creencia de que "existen tests económicos básicos o medidas económicas universalmente aceptadas de acuerdo a las cuales las decisiones públicas deben ajustarse". En este modelo el criterio costo-beneficio ocupa un lugar predominante en este modelo y se asume como una "verdad objetiva" que marca las líneas de acción a seguir.

La concepción del proceso de desarrollo de éste modelo es entendido de manera lineal, donde existen diferentes etapas de desarrollo. Así los países desarrollos marcan la meta a la cual han de llegar los países subdesarrollados. Desde el aspecto sustantivo se busca crecer y después distribuir, es decir que, en primeras instancias se prioriza el desarrollo económico al social, al que se accederá por añadidura.

La política social gira en torno al binomio "ocupación- ingreso" ya que éste condiciona el acceso a los bienes y servicios básicos. Se busca que la transferencia de ingreso que implica el gasto social (monetario o no-monetario) pase por la mediación del trabajo remunerado; de lo contrario se lo considera como una donación asistencialista.

Los servicios sociales deben ser privados y pagos para los sectores de mayores ingresos, mientras que los que provee el sector público deben ser gratuitos.

Dentro de éste modelo los recursos destinados a lo social no son entendidos como "gastos improductivo" sino como "inversión social"

Este modelo admite que el mercado tiene ciertas

imperfecciones que se hace necesario corregir. Es así que se admite la política social adjunta a la política económica y la intervención del estado organizadas sobre las bases eficientes.

Por último en cuanto a la definición del modelo solidario: Existe una gran heterogeneidad en cuanto a los enfoques que toman como bandera la solidaridad y la igualdad social. Los puntos de partida básicos de este modelo son dos: el principio de la solidaridad y la satisfacción de las necesidades humanas como el eje motor de la políticas públicas.

La base de la solidaridad la constituyen las relaciones de reciprocidad y simetría social. La reciprocidad no supone a los precios y el mercado como mecanismo autorregulatorio. Existen "precios de solidaridad" que escapan a la lógica de la oferta y la demanda.

La planificación de las políticas sociales tiene como punto de partida la satisfacción de las necesidades humanas, que consta de tres instancias; en principio la definen las necesidades humanas de todo tipo. El segundo paso consiste en analizar los grupos que presentan grados de diferenciación apreciable con respecto a las necesidades antes definidas; y finalmente se especifica el modo, el grado y el plazo en el que se podrán satisfacer las necesidades para cada grupo social.

Este modelo considera a la política social integrada a la política económica. Se considera, por lo tanto, tan importante el crecimiento económico como el social.

Pero lo que marca la mayor diferencia de este modelo con los dos anteriores es que en el modelo solidario la población deja de ser objeto para comenzar a ser sujeto de su propio desarrollo. Se privilegian los procesos de descentralización y generación de más responsabilidades por el lado de la demanda de servicios. Tiene particular importancia la participación de la población en todos los niveles, pero es de fundamental importancia la que se da en la estructura productiva ya que supone, además de ingresos mayores, el funcionamiento de una economía orientada hacia la satisfacción de las necesidades humanas.

Las diferentes políticas sociales que se llevaron a cabo en nuestro país, siempre tuvieron una preferencia hacia los modelos asistencialista y econocrático, aunque en la realidad ninguno de estos se encontraron nunca en estado PURO, es decir que siempre se entrecruzaron elementos de los tres modelos. Las experiencias de

políticas sociales donde predominó el modelo solidario fueron o esporádicas o desarrolladas a pequeña escala.

Aparición y papel de las políticas sociales en los Estados Nacionales

A partir de la década del '30 el desarrollo entendido como "igualdad de oportunidades" será el eje de las políticas públicas. En nuestro país, el Estado nacional, al igual que sus pares latinoamericanos, trata de provocar un amplio proceso de homogeneización, basado en la ampliación de la ciudadanía y los derechos ciudadanos.

Este proceso que se encontraba íntimamente ligado al "modelo industrial", entendía que el patrón de comportamiento industrial era el más igualitario.

En la década de los '50 "la confianza en los beneficios del modelo industrial como vía de igualación de oportunidades, homogeneización progresiva de la sociedad comienza a replantearse"³. Se produce un cambio a nivel estructural, ya que se sostiene que existen estructuras que reproducen necesariamente la desigualdad. El más importante cambio estructural se da con las reformas agrarias. Se hace necesario, en otro sentido, atender la variable externa: surge la "teoría de la dependencia".

A fines de los '70 y '80 ya no quedan dudas que el patrón de desarrollo industrial no tiene capacidad para cubrir a toda la sociedad, siendo el proceso en sí la fuente de desigualdad.

En el año 1975 en un discurso pronunciado por el presidente del Banco Mundial Sr Mac Namara la hipótesis acerca de la incapacidad del capital y la industria en incorporar a las grandes masas pobres, quedó consolidada.

"De allí se derivan políticas públicas a nivel internacional y a nivel estatal nacional claramente diversificadas, unas son las políticas económicas-productivas que tiene que ver con la parte rica de los países pobres y otras que son las políticas sociales que tienen que van dirigidas a la parte pobre de los países pobres".⁴

³ Bengoa, José C. "Participación, igualdad y diversidad las metas del desarrollo". En el "1er Seminario de Desarrollo Sostenido" Valdivia, Chile, Enero de 1987.

⁴ Bengoa, José C. op. cit. pág.

morir del hombre como acontecimiento histórico-social"⁶, se hace necesario incluir al análisis el concepto de "crisis".

Definir e interpretar la crisis es el primer paso para comenzar a enfrentarla y encontrar las soluciones necesarias. Dejando de lado la acepción mas utilizada que entiende a la crisis como una "discontinuidad pasajera y propia del sistema". Entiendo a la crisis actual como una crisis de producción y distribución, donde los recursos disponibles no alcanzan para satisfacer las necesidades de toda la población. El término y la superación de la misma está en relación con el modo de producción y la forma de distribución.

Tal como lo señala Agudelo⁷ ha habido avances importantes en el trabajo por comprender la relación crisis-salud. Desde la crisis del '30 con estudios orientados a lo que sería la patología del desempleo, hasta los aportes teóricos metodológicos que se desarrollaron en los tres últimos seminarios de los grupos latinoamericano e internacional de Medicina Social, donde ha sido la crisis y la salud uno de los temas fundamentales.

En este tiempo los trabajos se realizaron en dos sentidos, por un lado se describió y se trato de explicar los efectos de la crisis, por el otro se trató de encontrar las formas de superarla.

En este sentido los chinos utilizan dos signos juntos para escribir la palabra crisis, uno que significa muerte y otro que significa vida. Aquello que significa la muerte en el caso del actual sistema de salud está caracterizado por la desnutrición, infecciones propagadas por las condiciones de vida (cólera, etc), cánceres evitables, etc. Sin olvidar el tema de los medicamentos donde "el 80% o no sirve o son más dañinos que beneficiosos, y su precio real es el 10% del costo al público"⁸.

En cuanto al componente de vida de la crisis, existen importantes avances teórico-metodológicos, algunos de ellos llevados a la práctica, que se transformaron en experiencias superadoras, que en un análisis amplio y a la vez profundo, merecen ser atendidas.

⁶ Agudelo, Saúl Franco. "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud" (Publicado en Cuadernos Médicos Sociales Nro 16. CESS)

⁷ Agudelo, op. cit.

⁸ Barri, Horacio "Salud y Sociedad" Nro 21 . Pág.37

Entre los avances metodológicos más importantes encontramos a: la A.P.S (Acción Primaria de la Salud), la epidemiología, la epidemiología comunitaria, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), medicamentos Esenciales, Plantas Medicinales, etc.

La salud es uno de los campos donde mejor se reflejan los efectos de la crisis, que puede ser medida y por lo tanto evaluada a través de indicadores, tales como la desnutrición, la mortalidad infantil, expectativa de vida, tasa específica de muerte. De todas maneras las prácticas sociales alternativas no alcanzan a transformarse en respuesta efectiva a la satisfacción de las demandas de atención sanitaria de la población, aunque puede verificarse que desde el modelo dominante de políticas sociales (asistencialista y econocrático) se incorporan elementos propios de modelos alternativos desarrollados desde "lo social".

El concepto de salud.

La ambigüedad esencial de la noción de salud impide actualmente dar una definición absoluta que resulte evaluable a través de criterios objetivos. Es conveniente entonces citar aquellas definiciones que mejor expresen los diferentes enfoques de la medicina actual.

La salud es entendida, en la forma más amplia, como "un estado de bienestar físico, mental y espiritual que se acompaña de un sentimiento de reservas de poder y que se basa en el funcionamiento normal de los tejidos, en una comprensión práctica de los principios de una existencia saludable y de una adaptación armoniosa al ambiente físico y psicológico. "...Es un medio que conduce a una vida de servicio más rica..."^e.

La Organización Mundial de la Salud en el año 1958 definió la salud como "...estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad e invalidez...". Esta conceptualización fue vista como receptando las ideas que entendían que debía ser concebida como un valor positivo, mayor que la mera ausencia de enfermedad. Sin embargo, este enfoque prospectivo y dinámico no puede ser aplicado en todas las sociedades. Existe cierto nivel de acuerdo en que el objetivo planteado en este postulado es inalcanzable aún en los países más desarrollados.

Hay quienes han visto en ésta definición de la Organización Mundial de la Salud la introducción de una

^e BROCKINGTON, Fraser: La salud en el mundo, EUDEBA, 1964.

concepción integradora que amplía el criterio físico o somático que prevaleció hasta entonces y modificando en el campo de la medicina el concepto puramente organicista y fisiológico utilizado para definir la vida en términos de procesos biológicos de intercambio.

Como no resultan uniformes las opiniones presentaremos un conjunto de definiciones de salud a fin de dejar sentados ciertos enfoques diferenciados. Por ejemplo, algunos países africanos, idearon una definición estratégica y operacional de salud con el objetivo de acercarse más a la realidad de cada país o región. Plantearon entonces que "el mejor estado de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la sociedad"¹⁰

Para Milton Terris (New York Medical College) la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo; el primero se refiere al "sentirse bien" mientras que el otro implica "la capacidad para la función". Cornillot (Facultad de Medicina de Bobigny) sostiene que la salud es una noción subjetiva que no reposa sobre ningún criterio objetivo de carácter biológico o sociométrico "la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad".

Desde el enfoque ecológico, Dubos define la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en la mejores condiciones es ese medio".

Podría afirmarse que lo único que queda fuera de toda discusión, en toda definición actual es que no se puede pensar a la salud como la simple ausencia de la enfermedad.

El derecho a la salud.

La salud, según Paganini¹¹ desde el punto de vista de su satisfacción puede dividirse en preventiva, curativa y rehabilitadora, siendo pretendida en éstos tres

¹⁰ San Martín, Hernán. "Ecología Humana y Salud", La Prensa Médica Mexicana, S.A, 1979

¹¹ PAGANINI, Mario: La salud y el derecho, Ed. Zeus, Julio 1984, Rosario.

aspectos.

Ha sido consagrada como uno de los derechos fundamentales, y por tal naturaleza con el carácter de subjetivo y natural. Es así, que el derecho a la salud comienza a ser garantizado por las constituciones de todos los países después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se inicia la realización de la idea contenida en la política social.

La razón de la protección jurídica a la salud se fundamenta en que la considera un bien. Este carácter de bien jurídico protegido de la salud humana surge del derecho a la vida y a la conservación de la propia existencia como interés individual tutelado, tiene su fundamento prefilosófico en el derecho natural.

Es un derecho natural¹² porque tiene su origen en las leyes naturales, como la conservación de las especies, y es adquirido por el hombre por el sólo hecho de nacer y constituirse en representante de su especie. Sin su amparo ni la sociedad ni sus miembros podrían subsistir.

Según el autor citado es un derecho primario porque forma parte de las leyes de la convivencia de la sociedad de la que es miembro el hombre. Es un derecho subjetivo que resalta la libertad y la dignidad del hombre que ejerce su facultad natural cuando se actualiza la situación de necesidad.

Es un derecho subjetivo que destaca la libertad y la dignidad del hombre, quien ejerce su facultad natural cuando se actualiza la situación de necesidad. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogotá en 1948, se consagra en su Preámbulo que "Todos los hombres nacen libres e iguales en su dignidad y derechos y dotados como están por naturaleza y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros..." y en el artículo XI que: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad..."

El derecho a la salud aparece en instrumentos internacionales y en declaraciones constitucionales de derechos sociales, como reconocimiento del derecho a la

¹² GOMEZ PAZ, José Benjamín: Introducción al derecho a la salud, derecho del trabajo, Tº XLIX-B, Octubre 1989, pgs. 1729 al 1745.

salud como uno de ellos al que se suma el deber de cuidar la salud propia y la ajena.

En cuanto a los documentos internacionales, en 1946 en el instrumento de constitución de la Organización Mundial de la Salud aparece como un "nuevo derecho social" y se declara que "...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Este derecho reconocido a nivel personal y familiar es recogido por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, como componente del derecho al nivel de vida adecuada y con expresa mención a la asistencia médica y al derecho al seguro en caso de enfermedad (art.25.1)¹³.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 hay un reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, física y mental (art.12.1). Aparece también en la Declaración de los derechos del Niño de 1959, en los principios 2 y 4 que consagran el derecho del niño de desarrollarse en forma saludable y normal y a crecer y desarrollarse en buena salud.

En América se calificó a la enfermedad y la desnutrición como situaciones lamentables y transitorias de la vida humana, que las naciones americanas se comprometían a combatir con energía y decisión, en la Declaración de los Principios Sociales de América de 1945, en su punto 4.

Resulta interesante mencionar entre las constituciones que lo incorporaron a la constitución italiana de 1947 que en su artículo 32º califica a la salud como derecho fundamental del individuo en interés de la colectividad, garantiza el tratamiento gratuito de los indigentes y alude de forma expresa a los tratamientos sanitarios obligatorios. También aparece en el preámbulo de la Constitución Francesa de 1946, de la siguiente manera: "...la Nación garantiza a todos, principalmente a los niños, a las madres y a los trabajadores ancianos, la

¹³ Artículo 25.1: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."

protección de la salud, la seguridad material de descanso y el ocio debido (Preámbulo Párr. 10). Otras constituciones que pueden mencionarse son la de la República de Portugal de 1976, que en su art. 64º.1 expresa: "...Todos tendrán derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla..."; la constitución política del Perú de 1979: "...Todos tendrán derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad..."

La constitución española de 1978, basándose en la constitución italiana de 1947¹⁴, expresa en su artículo 43º:

1º.-Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2º.-Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3º.-Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

En cuanto a la aparición del derecho a la salud en los textos constitucionales, está comprendido dentro de los llamados derechos constitucionales sociales o de segunda generación. En éste sentido es que lo tratan las constituciones dictadas a fines de la década del '50 y principios de los '60.

En las nuevas constituciones aparece ya más vinculado con los derechos de tercera generación o nuevos derechos sociales.

Así lo expresa Segovia¹⁵ para quien habría tres etapas en el constitucionalismo occidental: el constitucionalismo clásico; el constitucionalismo social y el nuevo constitucionalismo post-industrial.

El derecho a la salud en la Constitución Nacional

¹⁴ "La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo y en interés de la colectividad y garantiza el tratamiento médico gratuito a los indigentes".

¹⁵ SEGOVIA, Fernando: Los derechos sociales y los nuevos derechos. Constitucionalismo Social y Constitucionalismo post-industrial en el derecho público provincial, en Pérez Guillou, Dardo y otros Derecho Público Provincial Tº I, Diploma 1990.

El derecho a la salud se ha entendido que aparece en la Constitución Nacional en el artículo 14 bis, al decir que "...el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social..."; que "...la ley establecerá el seguro social obligatorio..." en lo que ha sido entendido que el Estado reconoce la obligación de dar cobertura a las prestaciones de la seguridad social, entre cuyas contingencias de tipo patológico se encuentra la alteración de la salud¹⁶, comprendiendo la atención médica¹⁷.

El derecho a la salud en las Constituciones Provinciales

Si bien el concepto aparece muy difuso en la Carta Magna, un gran número de las constituciones provinciales ha avanzado claramente en el tema. Tal el caso de Jujuy: art. 22; San Juan: art. 61; San Luis: art. 57; Salta: art. 40; Santiago del Estero: art. 700; Catamarca: art. 640; Chubut: art. 520; Córdoba: art. 590; La Rioja: art. 570; Formosa: art. 800; Tierra del Fuego: art. 530; Río Negro: art. 590; Santa Fe: art. 190.

A continuación se desagregan los artículos correspondientes de los textos constitucionales en los que se ha detectado la consagración del derecho a la salud.

JUJUY

Art. 210: DERECHO A LA SALUD.

- 1.- Todos los habitantes de la provincia gozan del derecho a la salud y a su protección mediante la creación y organización de los sistemas necesarios.
- 2.- El concepto de salud será entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural, en relación con su medio social.
- 3.- Nadie puede ser obligado a someterse a un tratamiento sanitario determinado; salvo por disposición de la ley y siempre dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.
- 4.- Las personas o entidades de cualquier clase tendrán el deber de prestar colaboración activa y diligente a las autoridades sanitarias. Si así no lo hicieran, éstas podrán solicitar el auxilio de la fuerza pública.

¹⁶ Gomez Paz (1989) op. cit. pag. 1734

¹⁷ Paganini (1984) op. cit. pag. 3

SAN JUANArt. 610: DERECHO A LA SALUD.

El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, a través de medidas que la aseguren para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo.

La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con realización de medidas concretas, y a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho de salud.

El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico, garantizará por ley el fácil acceso a los mismos.

La actividad de los profesionales de la salud debe considerarse como función social.

Se propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud y a la creación de institutos de investigación.

SAN LUISArt. 570: REGIMEN DE SALUD

El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social.

El Estado garantiza el derecho a la salud, con medidas que lo aseguran para toda persona, sin discriminaciones ni limitaciones de ningún tipo. La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con medidas concretas y, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho a la salud.

El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y procura el fácil acceso a los mismos. Confiere dedicación preferente a la atención primaria de la salud, medicina preventiva y profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas. Tiene el deber de combatir las grandes endemias, la drogadicción y el alcoholismo.

La actividad de los trabajadores de la salud debe considerarse como función social, reconociéndoseles el derecho al escalafón y carrera técnico-administrativa, de conformidad con la ley.

El Estado propende a la modernización y tratamiento

interdisciplinario en la solución de los problemas de salud mediante la capacitación, formación y la creación de institutos de investigación.

SALTA

Art. 400: DERECHO A LA SALUD

La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social.

Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades.

SANTIAGO DEL ESTERO

Art. 700: RÉGIMEN DE SALUD

El Estado provincial asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana. Para ello creará una organización técnica adecuada que garantice la promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud física, mental y social, pudiendo convenir al respecto con la nación, otras provincias y asociaciones privadas.

CATAMARCA

Art. 640:

La Provincia promoverá la salud como derecho fundamental del individuo y de la sociedad. A tal fin legislará sobre sus derechos y deberes, implantará el seguro de salud, y creará la organización técnica adecuada para la promoción protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas.

CHUBUT

Art. 520:

La Provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La Legislatura deberá promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad.

CORDOBAArt. 592:

La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social.

El Gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concerta toda la política sanitaria con el gobierno federal, gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas.

La Provincia, en función de lo establecido en la Constitución Nacional, conserva y reafirma para sí la potestad del poder de política en materia de legislación y administración sobre salud.

El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción. Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Asegura el acceso en todo el territorio provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos.

LA RIOJAArt. 572:

El Estado asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana. A tal efecto tenderá a que la atención sanitaria sea gratuita, igualitaria, integral y regional, creando los organismos técnicos que garanticen la promoción, la prevención, protección, asistencia y rehabilitación de la salud física, mental y social conforme al sistema que por ley se establezca.

La actividad de los trabajadores de la salud será considerada como función social, garantizándose la eficaz prestación del servicio de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Los medicamentos serán considerados como bien social básico, debiendo disponerse por ley las medidas que aseguren su acceso para todos los habitantes.

El Estado fomentará la participación activa de la comunidad, y podrá celebrar convenios con la Nación, otras provincias, o entidades privadas u otros países destinados al cumplimiento de los fines en materia de salud.

Se promoverá la creación de centros de estudios e

investigación, de formación y capacitación, especialmente en lo referente a los problemas de salud que afectan a la provincia y a la región.

FORMOSA

Art. 800:

El Estado reconoce a la salud como un hecho social y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales.

Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social.

TIERRA DEL FUEGO

Art. 530:

El Estado provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales, públicas y privadas.

La Ley de salud pública provincial deberá como mínimo:

- 1.- Compatibilizar y coordinar la atención que brindan los sectores público y privado.
- 2.- Implementar la atención médica con criterio integral: prevención, protección, recuperación y rehabilitación, incluyendo el control de los riesgos biológicos, psicológicos y socio-ambientales.
- 3.- Dar prioridad a la asistencia materno infantil, sanidad escolar, tercera edad y distintos tipos y grados de discapacidad.
- 4.- Promover acciones que protejan la salud en los ámbitos laborales.
- 5.- Promover acciones de saneamiento ambiental.
- 6.- Implementar la sanidad de fronteras.
- 7.- Garantizar la atención médica a los pobladores rurales.
- 8.- Implementar la elaboración y puesta en vigencia de un vademécum de aplicación en los hospitales y centros de salud públicos, y facilitar su acceso a toda la población.
- 9.- Promover la permanente formación, capacitación y actualización de todos los agentes de la salud.
- 10.- Establecer normas de prevención contra la

drogadicción, combatir su origen y consecuencias y atender integralmente la rehabilitación.

RIO NEGRO

Art. 599:

La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad.

El sistema de salud se basa en la Universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar.

Mediante unidad de conducción, El Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la Ley con participación de los sectores interesados en la solución de la problemática de la salud.

Organiza y fiscaliza a los prestadores de la salud, asegurando el acceso, en todo el territorio provincial, al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica.

Los medicamentos son considerados como bien social básico y fundamental. La autoridad pública implementa un vademecum y las medidas que aseguren su acceso a todos los habitantes.

SANTA FE

Art. 199:

La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establece los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales o internacionales.

Las actividades profesionales vinculadas a los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación de la Ley para asegurarla.

Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la Ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el

respeto a la persona humana.

La salud en las constituciones provinciales

Provincia	Derecho a la salud	Responsabilidad del Estado	Gratuidad	Medicamentos
Río Negro (art. 59)	La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana	El Estado provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley		Los medicamentos son considerados como bien social básico y fundamental. La autoridad pública implementa un vademécum y las medidas que aseguren un acceso a todos los habitantes
La Pampa (art. 40)	Todos los habitantes de la provincia gozan en su territorio de los derechos sociales establecidos en la Constitución Nacional, que esta reconoce y da por reproducidos en toda su amplitud...			
Santa Fe (arts. 19-21)		La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo a través de la colectividad		
Santa Cruz (art. 57)		La Provincia velará por la higiene y la salud pública		
Salta (art. 40)	La salud es un derecho inherente a la vida...	Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades		
Santiago del Estero (arts. 70-76)		El Estado provincial asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana		El medicamento, como contribuyente a la recuperación de la salud, será considerado un bien social

Catamarca (art. 64)	La Provincia promoverá la salud como derecho fundamental del individuo y de la sociedad.			
Misiones (art. 39)		La Provincia garantizará la atención de la salud de la población, a cuyo fin la Legislatura dictará la ley sanitaria correspondiente que asegure la asistencia médica integral, preventiva y asistencial		
Chaco (art. 33)		La Provincia tiene a su cargo la promoción, protección y reparación de la salud de sus habitantes, con el fin de asegurarles un estado de completo bienestar físico, mental y social.		
Formosa (art. 98-81)	El Estado reconoce a la salud como...un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad			
Tierra del Fuego (art. 53)		El Estado provincial garantiza el derecho a la salud...		Implementar la elaboración y puesta en vigencia de un vademécum de aplicación en los hospitales y centros de salud públicos y facilitar su acceso a toda la población

Entre Ríos (art. 42)		Reglamentará especialmente...b) Los seguros y el socorro mutuo en caso de enfermedad, maternidad, muerte, niñez desvalida, vejez o invalidez. c) Las otras formas de previsión y asistencia social...		
Chubut (arts. 52-53)	La Provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud			
Córdoba (art. 59)	La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social.	El gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad.		
La Rioja (art. 57)		El estado asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana...	...A tal efecto tenderá a que la atención sanitaria sea gratuita, igualitaria, integral y regional...	Los medicamentos serán considerados como bien social básico, debiendo disponerse por ley las medidas que aseguren su acceso para todos los habitantes.
Neuquén (art. 287)		Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas...	...poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social.	

Jujuy (art. 21)	Todos los habitantes de la Provincia gozan del derecho a la salud y a su protección mediante la creación y organización de los sistemas necesarios			
San Juan (art. 61)	La sociedad, el estado y toda persona en particular deben contribuir...a garantizar el derecho de salud	El Estado garantiza el derecho a la salud, a través de medidas que aseguren para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo.		El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico, garantizará por ley el fácil acceso a los mismos
San Luis (art. 57)		El Estado garantiza el derecho a la salud, con medidas que lo aseguran para toda persona, sin discriminaciones ni limitaciones de ningún tipo...tiene el deber de combatir las grandes endemias, la drogadicción y el alcoholismo.		El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y procura el fácil acceso a los mismos.
Buenos Aires	no hace mención	no hace mención	no hace mención	no hace mención
Mendoza	no hace mención	no hace mención	no hace mención	no hace mención
Corrientes	no hace mención	no hace mención	no hace mención	no hace mención

La administración de la salud

La realización efectiva del derecho a la salud consagrado en los ordenamientos constitucionales requiere de la implementación de mecanismos normativos que definan sus alcances y lo regulen, y además, de complejos burocráticos para su administración.

El sector salud está formado por una amplia red en la que operan promiscuamente el Estado en cualquiera de sus tres dimensiones (nacional, provincial y/o municipal), instituciones públicas y privadas, empresas comerciales, profesionales independientes, etc. dedicados a la tarea de cuidar y restaurar la salud de la población. Todos ellos conviven e interactúan en escenarios complejos con modelos muy disímiles de organización del trabajo, normas y mecanismos regulatorios fragmentarios, muy imperfectos y no siempre respetados, percepciones mutuas fuertemente distorsionadas y profundos celos y pujas por el poder y los recursos.

El carácter local, cultural y federal del fenómeno salud - enfermedad permitiría la articulación en la diversidad de recursos y experiencias,; pero no ha sido tenido en cuenta y por tal razón no existe hasta ahora una red nacional de servicios sanitarios que cubra las necesidades de la población¹⁸.

Estructura del sector salud

El sistema de salud se encuentra compuesto en la actualidad por tres subsectores¹⁹: un subsector estatal; un subsector que llamaremos social (que es también

¹⁸ Katz, Jorge y colaboradores El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento, Fondo de Cultura Económica, Bs. As. 1993, pág. 13.

¹⁹ No participamos de la identificación de lo público exclusivamente con lo estatal como usualmente se acostumbra, porque consideramos que existe en espacio social de construcción de ciudadanía, que se encuentra sustentado en una concepción de solidaridad social, que persigue la satisfacción de necesidades básicas insatisfechas, que no siempre recibe la adecuada atención por parte del Estado, que no interesa al mercado y no persigue fines de lucro, que participa del carácter público. En este sentido, Cassano, Daniel Acerca de la Reforma del Estado, el rol del municipio, la participación y los nuevos espacios sociales en la institucionalidad provincial y local, Informe Final, C.F.I., noviembre 1992.

denominado de las obras sociales o de la seguridad social) y otro privado.

Cada uno de ellos presenta características claramente definidas, y que de acuerdo a la predominancia que presenten sobre el resto del sistema definen un modelo de organización²⁰.

El subsector estatal: presenta tres jurisdicciones, nacional, provincial y municipal; se identifica con el hospital público; posee la gran mayoría de camas para internación, posee la mayor proporción de recursos humanos; una financiación que no asegura el mantenimiento de sus servicios ni su adecuado equipamiento; un funcionamiento parcial y discontinuo en el tiempo.

El subsector social: en apariencia ofrece cobertura a más de la mitad de la población; posee muy poca capacidad instalada; contrata sus servicios en la medicina privada; cuenta con la mayor concentración de recursos financieros.

El subsector privado: se basa en los criterios de libre ejercicio médico y libertad de empresa en salud; presenta gran variedad de modalidades (desde consultorios privados hasta grandes centros asistenciales).

Las formas predominantes de organización de la atención de la salud²¹ existentes en la mayoría de los países están presentes en la Argentina. Estas son: un sector estatal estructurado en tres niveles: nacional, provincial y municipal que presentan un alto grado de autonomía; un alto número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió la atención médica de la Seguridad Social; y un sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares.

Dentro de cada uno de estos segmentos la coordinación es muy escasa, lo que dificulta la coordinación entre ellos.

En el modelo estatal los servicios, son por lo general, no personales (higiene, saneamiento básico) y

²⁰ Elena, Italo V. Recursos para salud en nuestro país. Ponencia presentada al Seminario "Hacia un sistema integral de salud en la República Argentina", Bs. As., Noviembre 1985.

²¹ Para esta descripción genérica seguiremos a Isuani, Ernesto - Mercer, Hugo La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política nº 248, 1988.

personales de tipo preventivo y curativo. De acuerdo a lo ya apuntado²², en los ordenamientos constitucionales, están disponibles para todos los miembros de la sociedad. Las restricciones de acceso se deben a la inexistencia absoluta o en proporciones inadecuadas de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención.

El financiamiento proviene de recursos establecidos por normas legales (por lo común impuestos).

La atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto.

En el modelo de la seguridad social el funcionamiento de prestación de servicios de salud está basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en gran mayoría trabajadores asalariados. A éste suele sumarse el aporte de las empresas en que estos trabajan, y en algunos casos el Estado realiza también aportes.

Por lo general son sistemas de acceso restringido. Los beneficiarios son los que contribuyen, aunque puede llegar a cubrir a porcentajes significativos de la población.

En éste modelo el concepto de contribuyente beneficiario prevalece sobre el concepto de ciudadano.

La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades. En una de ellas, posee las instalaciones, equipamientos y recursos humanos con los cuales brinda la atención. Se llama modalidad directa. En otros casos, actúa como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención suministrada a sus afiliados por el sector privado o el sector público. Este se denomina modalidad indirecta.

La modalidad indirecta presenta dos submodalidades: a) el reembolso de los gastos realizados por los beneficiarios; b) el sistema de tercer pagador (el pago de los servicios no lo realiza directamente el beneficiario sino la seguridad social).

Por lo general, se entiende que la modalidad directa es más proclive a un uso racional de los recursos humanos, equipamientos y medicamentos, aunque se advierte de la tendencia a la burocratización y a la despersonalización de los servicios.

²² Ver nuestro Primer Informe Parcial, noviembre 1993

En el modelo privado la atención es brindada a cambio de un pago por aquellos a quienes se considera con idoneidad en la materia. Simplemente mencionamos el modelo por ocupar un sector importante del mercado de atención a la salud pero no será tenido en cuenta a los fines de éste estudio.

Esquemáticamente puede reducirse lo anterior de la siguiente manera:

MODELOS Y MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

Forma de financiamiento	Impuestos	Aportes obligatorios	Ingresos particulares
Modalidad de organización			
Directa	Sistema público de salud	Seguridad social	1) Atención privada 2) Autoatención 3) Beneficencia 4) Seguro privado
Indirecta	Subsidios estatales	Seguridad social	Seguro privado

PRINCIPIOS BÁSICOS DE CADA UNO DE LOS SISTEMAS.

SISTEMAS	FUNDAMENTO	ALCANCE
Salud Pública	Derecho del ciudadano	Universal
Seguridad Social	Solidaridad	Beneficiario/ Contribuyente
Privado	Capacidad adquisitiva	Quien pueda pagar

Centralización y descentralización de la salud en el régimen federal

Por las características en que se ha ido desarrollando nuestro sistema federal existe una gran cantidad de puntos oscuros en cuanto a definir claramente las competencias correspondientes a los ámbitos nacional y provincial en aquellas materias en las que no ha habido explícita mención por parte de la Constitución Nacional.

Es sabido que el régimen federal distribuye el poder entre los distintos niveles mediante facultades delegadas a la Nación, facultades reservadas por las provincias y facultades concurrentes, y que esta distribución no es una asignación lineal de funciones excluyentes y cerradas.

Aunque el ejercicio de la soberanía, las relaciones exteriores o la política económica global se asignan con exclusividad al orden central, y las cuestiones concernientes a la organización institucional están definidas como del nivel provincial.

Importa destacar en el tema sub-examen la importancia que tienen las relaciones interinstitucionales (horizontales y verticales) de coordinación, complementación y participación, que hacen a la integración interna y sirven para equilibrar y hacer más eficientes las distintas actividades del Estado²³.

Es así que si bien el derecho a la salud tiene consagración constitucional, no aparece muy claro a que jurisdicción corresponde hacerlo efectivo. La visión de la trayectoria histórica de este sector parece haber estado sometida en forma constante a una tensión entre una tendencia centralizadora y otra que apuntaba a la descentralización.

A esto se suman los cambios producidos en la estructura institucional y en la concepción del rol y funciones del Estado en cuanto benefactor.

En opinión de Katz²⁴ pueden definirse cinco etapas o fases histórico evolutivas que ha atravesado la organización institucional del sector salud: a) Período previo a 1945: modelo pluralista no planificado; b) Período 1945-1955: Planificación estatal centralizada; c) Período 1955-1970: Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada; d) Período 1970-1977: De institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada; e) Período 1977-1990: Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada. Haremos una reseña de los expresado por este autor en lo que respecta a la organización del sistema de salud ya que ayuda a visualizar el proceso de gestación de lo que Isuani²⁵ denomina "fragmentación institucional del sector salud", sobre todo en lo que respecta a transferencia de recursos entre los subsectores estatal y de la seguridad social.

a) Modelo pluralista no planificado (período previo a 1945)

²³ C.F.I. Apuntes sobre la reforma del Estado, Documentos sobre

Aunque el ejercicio de la soberanía, las relaciones exteriores o la política económica global se asignan con exclusividad al orden central, y las cuestiones concernientes a la organización institucional están definidas como del nivel provincial.

Importa destacar en el tema sub-examen la importancia que tienen las relaciones interinstitucionales (horizontales y verticales) de coordinación, complementación y participación, que hacen a la integración interna y sirven para equilibrar y hacer más eficientes las distintas actividades del Estado²³.

Es así que si bien el derecho a la salud tiene consagración constitucional, no aparece muy claro a que jurisdicción corresponde hacerlo efectivo. La visión de la trayectoria histórica de este sector parece haber estado sometida en forma constante a una tensión entre una tendencia centralizadora y otra que apuntaba a la descentralización.

A esto se suman los cambios producidos en la estructura institucional y en la concepción del rol y funciones del Estado en cuanto benefactor.

En opinión de Katz²⁴ pueden definirse cinco etapas o fases histórico evolutivas que ha atravesado la organización institucional del sector salud: a) Período previo a 1945: modelo pluralista no planificado; b) Período 1945-1955: Planificación estatal centralizada; c) Período 1955-1970: Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada; d) Período 1970-1977: De institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada; e) Período 1977-1990: Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada. Haremos una reseña de lo expresado por este autor en lo que respecta a la organización del sistema de salud ya que ayuda a visualizar el proceso de gestación de lo que Isuani²⁵ denomina "fragmentación institucional del sector salud", sobre todo en lo que respecta a transferencia de recursos entre los subsectores estatal y de la seguridad social.

a) Modelo pluralista no planificado (período previo a 1945)

²³ C.F.I. Apuntes sobre la reforma del Estado, Documentos sobre la reforma, nº 1, C.F.I. 1992

²⁴ Op. cit., págs. 16 y ss.

²⁵ Op. cit. pág. 2 ss.

Esta etapa se caracteriza por la existencia de servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada sin intervención del Estado como organismo regulador y planificador de los mismos. El concepto más extendido es el de la salud como un fenómeno de responsabilidad individual, o asistida por la caridad pública. El Estado sólo se limita a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de fronteras, etc. así como a atender las situaciones de urgencia. La oferta de servicios era de diversos tipos en los que atañe a su naturaleza jurídica: establecimientos públicos estatales (asistencia pública, hospitales especializados, etc.), públicos caritativos (sociedades de beneficencia), mutuales (de comunidades extranjeras o grupos laborales) y privados (con y sin fines de lucro). Por otra parte, la financiación de estos efectores provenía de las entidades que los controlaban patrimonialmente. Existía un muy escaso entrecruzamiento económico entre los sectores que componían el sistema, ya que la modalidad operativa más común era que la institución proveedora de servicios de salud contara con su propia capacidad instalada.

El desdoblamiento entre el control patrimonial de los establecimientos y la financiación de los servicios todavía no tenía arraigo en nuestro país. Las entidades mutuales que no contaban con servicios propios financiaban prestaciones de otros efectores del sistema, pero prevalecía la intención de instalar capacidad asistencial propia, cuando ello resultara económicamente factible. En esa etapa, el costo de la construcción hospitalaria y su equipamiento no distaba mucho de la vivienda convencional.

A nivel estatal la finalidad salud estaba representada -en el orden nacional- por el Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio del Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales en jurisdicción del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Las principales entidades patrocinantes de hospitales eran las distintas sociedades de beneficencia de las ciudades más importantes del país. Por otra parte, adquirirían un gran desarrollo las entidades mutuales de comunidades extranjeras, con sus propios establecimientos, y las asociaciones mutuales voluntarias de grupos laborales.

La configuración institucional de la seguridad social reconoce como origen a las entidades que conformaban el movimiento mutualista que tiene el país desde los albores de este siglo: las cajas patronales, los círculos de obreros católicos y las denominadas empresas sanitarias. Estos actores formaban parte de la escena con anterioridad

a 1945.

Las entidades mutualistas, por sí solas, reunían unas 500.000 personas en todo el país y la cobertura de la ciudad de Buenos Aires era de aproximadamente 27 por ciento. La cobertura era heterogénea, entre los beneficiarios predominaban los varones (70 % de los cotizantes), circunstancia relacionada con el tipo de atención médica demandada, fundamentalmente referido a enfermedades infectocontagiosas, venéreas y accidentes de trabajo. Las entidades contrataban en buena medida la prestación de servicios -por sistemas de pago similares a los actuales- y solo las más importantes mutuales contaban con infraestructura propia de atención, como en el caso de los hospitales de comunidad o con profesionales contratados en forma asalariada.

Los hospitales estatales actuaban como mecanismo de reaseguro, principalmente para casos de internación de beneficiarios provenientes de las instituciones mutuales más débiles, o de los llamados "indigentes médicos". Una reducida fracción de la población atendía sus necesidades de salud en sanatorios privados, pero el grueso era asistido por el hospital público (o de comunidad) y cubierto por la incipiente estructura mutual. Los hospitales de beneficencia y la asistencia pública tomaban a su cargo la población no cubierta por entidades mutuales.

A fines de la década de 1920 comienzan a cambiar los motivos convocantes, y pasan a predominar los de inserción laboral más que los de nacionalidad. En 1927 la gran mayoría de ellas tenía como principio de convocatoria el hecho de compartir la misma actividad u oficio, tanto en el plano estatal como en el de la empresa privada. Un pequeño número de instituciones con gran concentración de beneficiarios y recursos coexistía con un extenso y atomizado número de pequeñas entidades que obligatoriamente debían dedicar un porcentaje importante de su recaudación a la administración institucional. Es también a partir de ésta época -años treinta y cuarenta- cuando todo este conjunto de mutualidades, algunas de las cuales dieran luego origen a obras sociales de presencia contemporánea, comienza a ganar espacio en la vida política.

Pese a las intenciones y acciones concretas de funcionarios gubernamentales particulares, no prevalecía el concepto de Estado como planificador de los servicios de salud y su función de administrador era muy limitada, dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba administrada por entidades de beneficencia.

b) Planificación estatal centralizada (1945-1955)

Lo ocurrido en esta década, además de presentar rasgos característicos locales es también reflejo de un fenómeno mundial de creciente injerencia estatal en la planificación de servicios de salud, coincidente con la segunda posguerra. Se constituye la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁶, se impone el concepto de salud pública como expresión de la participación de los problemas sanitarios en las áreas de interés de los asuntos públicos. Se comienza a hablar en el mundo de los derechos a la salud y de la universalización de la cobertura. Entre 1943 y 1949 la representación de la salud en el aparato estatal evolucionó desde los organismos mencionados hasta llegar a tener la forma de Ministerio destinado a temas de salud pública. Prevalece la idea del Estado prestador a la vez que planificador de los servicios de salud. Se duplica en este período la cantidad de camas del país desde aproximadamente 60.000 a más de 120.000. Se nacionalizan todos los establecimientos públicos y se desplaza de su patrocinio a las sociedades de beneficencia.

Se impulsa la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de la producción, ya sea por asociación voluntaria u obligatoria, por convenio colectivo paritario, etc. Se mantiene el carácter pluralista del sistema, con un amplio predominio estatal y la intención de hegemonizar el sistema mediante el marcado incremento de la capacidad instalada del sector público y la "funcionarización" de los médicos. Se llevan a cabo programas verticales para problemas sanitarios específicos, y se procura abarcar la totalidad del espectro de factores que pueden incidir en la salud de la población sobre la base de una red de centros de salud de atención ambulatoria.

Se extiende el papel financiador de servicios de salud del sistema de obras sociales, pero también tienen un peso muy importante en el accionar de estas entidades otras prestaciones sociales: proveedurías, campos de deporte, hoteles de turismo, planes de vivienda, etc. Los recursos provenientes del sistema de obras sociales se canalizan esencialmente hacia sanatorios privados, aunque existe una marcada tendencia a crear servicios asistenciales propios. El eje decisorio está dado por la posesión de los servicios y no por su financiamiento. En el ámbito privado la formación de programas de medicina prepaga sólo tiene el carácter de abono para estabilizar

²⁶ La aprobación del tratado de creación de la OMS fue realizada por ley 13211.

ingresos y gastos de la atención médicosanatorial. La medicina comercial aún no ha aparecido como un eje importante de conformación de la organización sectorial.

c) Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada (1955-1970)

A partir de 1955 profundiza la idea de descentralización en el ámbito sanitario, también como reflejo de tendencias ideológicas e intelectuales preeminentes en los organismos sanitarios internacionales. La característica está dada por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, ya sea por delegación de competencias desde el estado nacional hacia los estados provinciales, o por el crecimiento de entidades de naturaleza no estatal que pasan a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios. Se afianza la modalidad pluralista de la oferta de servicios, cuya diversificación se había revertido parcialmente en el período anterior por la expansión de la oferta estatal.

El proceso comienza con el informe técnico de la misión de la Oficina Panamericana de la Salud que en 1957 recomienda transferir la responsabilidad de los establecimientos públicos nacionales a las provincias. Esta transferencia de hospitales públicos de la esfera nacional a la provincial sin el correspondiente soporte técnico y financiero produce un rápido deterioro de los establecimientos y de la hegemonía estatal en la oferta de servicios, pero como contrapartida posibilita mayor capacidad de decisión a las autoridades sanitarias provinciales.

Las administraciones posteriores concentrarán sus esfuerzos en aspectos particulares de manejo sectorial pero sin modificar la tendencia descentralizadora iniciada en 1957. Pueden plantearse ciertos rasgos diferenciadores entre la administración desarrollista (1958-1962) que apuntó a la formación de recursos humanos; la administración radical (1963-1966) la regulación del mercado de medicamentos y el gobierno de facto (1966-1970 y 1970-1972) que profundiza la descentralización, especialmente en lo referido a los hospitales públicos (ley 17012 de hospitales de la comunidad) y programas de salud rural. En la segunda etapa se centró en la universalización del sistema de obras sociales como soporte financiero de la atención médica.

Se da paralelamente una expansión de la capacidad instalada privada con la baja de un gran número de camas estatales. Se expande el sistema de obras sociales que pasa de la voluntariedad a la obligatoriedad afiliatoria.

Ambas tendencias se retrolimentan gestándose así un sistema prestador-financiador de atención médica paralelo a la oferta estatal de servicios, neutralizándose la hegemonía del subsector estatal en el sistema de salud nacional.

Aparece en este período la idea de desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación, tanto en lo estatal como en lo privado. A nivel público existen diversos intentos como el hospital de reforma, SAMIC.

d) Institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada (1970-1977)

Durante el gobierno militar denominado de la "Revolución Nacional" se profundiza la tendencia de consolidación del sector privado y se acentúan los programas de descentralización y transferencia de los hospitales públicos a las provincias y los municipios. En esta etapa se universaliza el sistema de financiador de atención médica, se incorpora a todos los trabajadores en relación de dependencia (ley 18610) y a los jubilados y pensionados (ley 19032) de manera compulsiva, se desarrollan obras sociales provinciales que complementan la cobertura de las nacionales.

La seguridad social alcanza a cubrir al 75 por ciento de la población. El sistema de obras sociales avanza hacia su unificación y homogeneización. Por ley 18610 se crea una autoridad de aplicación el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) en procura de concentrar la regulación y planificación del sistema. En cuanto a la regulación del sistema se unifican los aranceles a través del Nomenclador Nacional, que si bien facilita la planificación financiera, acentúa la conducta de desagregar prestaciones y multiplicar las prácticas de diagnóstico y tratamiento, y favorece la incorporación de tecnología, en desmedro de las prestaciones básicas.

Se crean mecanismos paritarios de concertación entre prestadores y prestatarios por ley 19710 para la actualización arancelaria y establecer las normas operativas.

Otro de los factores, la gran magnitud de la población cubierta por PAMI, que le otorga un papel regulador en los distintos mercados locales del país, ya que incorpora una gran masa de prestadores mediante contratos por capitación.

La puja intrasectorial por los recursos se da fundamentalmente entre consumidores y proveedores. Se

afianza el papel de las organizaciones intermedias de prestadores, también en su carácter de intermediarias en la facturación y el pago de prestaciones, que comienzan a captar importantes rentas del manejo financiero de fondos líquidos. Las consecuencias son que se concentra en un único punto la representación de los intereses gremiales de cada núcleo prestador; la intermediación en el circuito de financiamiento permite a las entidades intermedias captar rentas financieras de gran magnitud y la entidad intermedia adquiere intereses propios que trascienden los correspondientes a la exclusiva representación gremial de los asociados.

Sobre el final de la década del sesenta y la del setenta se da el tránsito hacia la lógica de las organizaciones intermedias (oligopolio bilateral) en el que el poder relativo de negociación de las partes influye sobre el mecanismo de los mercados y los mecanismos de contratación.

Con el gobierno justicialista 1973-1976 hay un nuevo intento de unificación de la totalidad de la organización sanitaria. La idea es un sistema integrado de prestadores estatales, privados y de obras sociales, y una carrera sanitaria nacional (SNIS). Esta propuesta generó un áspero debate y sólo logró implementarse en cuatro provincias y desactivado después del golpe militar de 1976.

e) Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada (1977-1990).

A partir de 1977 se pone en vigencia un nuevo nomenclador, con apoyo de los prestadores, que perfecciona la desagregación de la atención médica en prestaciones sumables. La falta de poder y decisión del Estado para ordenar y regular el sistema lleva a que ese listado arancelario adquiera el papel de articulador y orientador de las inversiones. Al amparo del nomenclador se desvaloriza en términos relativos el trabajo intelectual y se privilegia la tecnología de diagnóstico y tratamiento, arraigándose así un modelo prestador orientado hacia la reparación de enfermedades y las prestaciones de alta complejidad.

En este período, al eliminarse barreras arancelarias se incrementa la importación de tecnología electrónica de diagnóstico y la instalación de servicios de terapia intensiva, neonatología, etc. y se deteriora la remuneración del trabajo médico manual.

La capacidad privada instalada se incrementa entre 1970-1980 en más del 50 %, en camas, en forma desordenada e inarmónica. Los hospitales mutuales se adecuan a la

nueva modalidad, entrando en competencia con los privados. Los hospitales públicos pierden aceleradamente el monopolio de los recursos de alta complejidad, se desfinancian en forma paulatina por el achicamiento de los presupuestos estatales de salud y observan con pasividad el desarrollo de actividades de docencia, investigación y residencias en el ámbito privado, muchas veces sobre la base de los recursos humanos que iban perdiendo.

En este período se origina una modalidad mixta de contratación en la que la obra social establece convenios por capitación con la entidad intermedia y ésta le paga por prestación a sus proveedores. Otras características son: a) la entidad prestadora asume la función de contención del gasto en salud; b) la función de auditoría médica transita desde el exterior del sistema prestador hacia su interior; c) las entidades intermedias se encuentran más directamente involucradas en la puja distributiva dentro del sector salud; d) las entidades generan sus propios programas de servicios y contribuyen a expandir el mercado a través de los mismos; e) las entidades consolidan una función equivalente a la del proveedor mayorista y adquieren objetivos propios no siempre coincidentes con los proveedores minoristas o individuales.

La combinación de los desbordes inflacionarios, la puja por los recursos disponibles, la incorporación de tecnología más allá de las necesidades reales de la población y la expansión desenfrenada llevan al sistema a la crisis que se desencadena irremediablemente desde mediados de la década de 1980.

f) Nuevos modelos de organización y funcionamiento sectorial

En la actualidad, al decir de Katz²⁷, la sensación de agotamiento del modelo prestador es ya generalizada, estando en tela de juicio la supervivencia misma del sistema, entre otras cosas por el quiebre de los mecanismos de financiamiento de los entes de la seguridad social, la presión ejercida por los "nuevos pobres" sobre los entes de atención estatal.

Es así que se intentan viejas y nuevas recetas. Entre ellas está la nueva ley de obras sociales 23660, el seguro nacional de salud, ley 23661, y el decreto 578/93 de abril de 1993 de creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión (HPA), en un intento de lograr recursos para el hospital estatal.

²⁷ op. cit. pág. 29

Según el decreto 578/93, siguiendo lo establecido en al art. 9 del decreto 9/93, quedan obligados los agentes del sistema nacional de seguro de salud a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos que cumplan lo dispuesto por el decreto en análisis y se inscriban en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (art. 1 dec. 578/93). La ley 23661, en su artículo 2 segundo párrafo, define como 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.

Deja a salvo el derecho a la salud al expresar que "brindará atención a médica a toda la población estando obligado a prestar asistencia gratuita a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios" (art. 7 dec. 578/93). Esto se corresponde con lo dispuesto en la ley 23661 de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica (art. 2).

El Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión funcionará en la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social -que también está designada como autoridad de aplicación del decreto (art. 19)- y están facultadas las jurisdicciones nacional, provincial y municipal a inscribir todos los hospitales públicos que cumplan la normativa (arts. 2 y 3). Esto es contribuir a la extensión de la cobertura de la atención médica; brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad; contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional; desarrollar actividades de asistencia, docencia e investigación, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad; implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de atención primaria de la salud; promover y desarrollar la capacitación del personal, la educación continua y la capacitación en servicio; disponer de un área de servicio social que posibilite establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población demandante; cumplir con los requisitos básicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; estar habilitados y categorizados por autoridad competente de ese programa; alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que el programa establezca para cada categoría; aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad (art. 5).

Los hospitales públicos de autogestión actuarán como organismo descentralizado y contarán con capacidad para realizar convenios con entidades de la seguridad social; complementar servicios con otros establecimientos asistenciales; cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otras similares que estén obligadas por normas vigentes dentro de los límites de la cobertura contratada por el usuario; integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados y toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de la descentralización. Para lograr tal fin el decreto establece que la dirección del establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria, así como que en los establecimientos de mediana y alta complejidad la dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con participación social (arts. 4º, 8 y 9 dec. 578/93).

Estarán investidos de las siguientes atribuciones: designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y categorías y aceptar las bajas; disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos genuínos generados por el propio hospital; elaborar su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores (art. 6º incs. d, e y f).

Entre las obligaciones están: elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional el programa anual de gastos y recursos genuínos; elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos; diseñar y proponer la constitución o implementación de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de la cobertura (art. 6º incs. a, b y c).

La financiación del funcionamiento está prevista de la siguiente manera: continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo, de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste, y los ingresos que perciba por el cobro de prestaciones serán administradas directamente por el mismo, debiendo asignar distintos porcentajes (no estipulados) a los siguientes fondos: a) de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias; b)

para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento; c) para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, con un criterio de productividad y eficiencia.

Esta normativa permite algunas consideraciones que se plantean como una ingerencia de lo nacional en el ámbito local. A éste segmento corresponde claramente -a nuestro entender- la administración del servicio de salud y esta circunstancia trae aparejado el riesgo de intentar la implementación de modelos que no siempre se corresponden con las realidades diversas que presentan las jurisdicciones, como surge del artículo 12 del decreto 578/93 en cuanto a que la Secretaría de Salud elaborará modelos alternativos de autogestión brindando apoyo y cooperación técnica.

Esto debiera ser tenido en cuenta a la luz de experiencias provinciales valiosas que permitan evaluar el desarrollo de nuevos modelos surgidos de acción en la política social de salud surgidos de la concertación entre los distintos niveles que presenta, nuestro sistema político.

La organización del sector salud a nivel provincial. Los casos de La Rioja, La Pampa y Chaco.

La Rioja

Existen en la provincia varias leyes que tienden a delinear el sistema de salud provincial, entre ellas merecen destacarse la ley 4.587 de creación del Fondo Provincial de Salud del año 1985 y la más reciente 5.128 del año 1988.

La ley 4.587 plantea que el Fondo Provincial de Salud será destinado a la cobertura de aquellas necesidades que surjan exclusivamente de los establecimientos asistenciales en todo el ámbito de la provincia, cualquiera que fuera su complejidad y que no puedan ser atendidos por partidas presupuestarias.

Por este Fondo se financiarán las necesidades que demande el funcionamiento de los servicios asistenciales de acción directa sobre los pacientes que concurran al sector público en procura de atención médica. No puede aplicarse a los gastos de personal.

Los recursos con los cuales se integra el Fondo son el 25 por ciento de los importes recaudados en concepto de ingresos brutos y todo otro ingreso que por ley especial

se dispusiera para este Fondo.

Existe la figura de un Consejo de Administración "ad honorem" integrado por tres representantes del sector público y dos del sector privado, estando designada la Dirección de administración de la Secretaría de Salud Pública como encargada de la ejecución operativa.

La ley 5.128 autoriza a la Secretaría de Estado de Salud Pública a celebrar convenios de prestaciones médicas asistenciales con obras sociales, compañías de seguros y cualquier otro organismo público o privado que tenga bajo su dependencia cobertura asistencial de sus afiliados.

Los fondos que provengan de los recursos generados por los convenios tendrán por destino a los hospitales generadores de las prestaciones.

En la actualidad se ha realizado un convenio con el Instituto Provincial de Obra Social (IPOS) para que abone los servicios que reciban sus afiliados en los hospitales públicos, pero por lo recabado el mismo no ha dado resultados.

Chaco

En la provincia del Chaco la población que no tiene cobertura ni prepaga llega a alrededor del 39 por ciento y que el subsector estatal presta atención en salud a alrededor del 50 por ciento de la población.

La tendencia, en cuanto a la organización del sector se encuentra en la línea de lograr el recupero de gastos mediante el arancelamiento de los servicios a las obras sociales y la descentralización hospitalaria enmarcada en la propuesta de SILOS, esto al menos en cuanto a su manifestación formal.

Para esto la provincia contaba con la ley 2293 del año 1978 que -según expresa su exposición de motivos- basada en el principio de subsidiariedad del Estado en las actividades económicas y sociales, planteaba el arancelamiento progresivo de los servicios de asistencia médica, odontológica, de análisis clínicos y prestaciones farmacéuticas y paramédicas que prestan los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública (Exposición de Motivos y art. 1 de ley 2293).

Esta ley no tuvo mayor aplicación en la provincia por lo que fue derogada por la ley 3517 de noviembre del año 1989 que establece la gratuidad de los servicios de los

establecimientos sanitarios oficiales para todas aquellas personas que lo requieran y que no estén protegidas por obras sociales, mutuales para la salud, seguros de salud, o que no estén comprendidos entre los beneficiarios de leyes laborales que obliguen a los empleadores a proveerlos de esa cobertura (artículo 19).

Responsabiliza a las obras sociales y entidades similares del pago de los servicios que reciban sus beneficiarios en la forma que determinen los convenios que celebren con la Subsecretaría de Salud Pública.

En el artículo 59 se crea el Fondo de Recupero de Gastos en Salud, que administra la Subsecretaría de Salud Pública, en un 50 por ciento, destinando el restante 50 por ciento de los ingresos a coparticipar con el establecimiento correspondiente. Los montos asignados a cada establecimiento deberán utilizarse de acuerdo a las necesidades del servicio.

También establece que los servicios derivados de las acciones de promoción y protección de la salud y los destinados a patologías determinadas por planes especiales del Ministerio de Salud y Acción Social serán gratuitos.

Como correlato de esta norma, el Ejecutivo chaqueño promulgó del decreto 1005/93 que crea el *Programa de Comunidades Sanitarias Locales (Pro.Co.Sa.L.)* ideado como una estrategia a corto plazo para que los establecimientos sanitarios oficiales se organicen y funcionen en forma descentralizada.

Apunta a constituir comunidades sanitarias locales (Co.Sa.L.) a través de las Direcciones de los establecimientos sanitarios que podrán efectuar contrataciones de bienes o servicios no personales (artículo 39), y a los que el Ministerio de Salud Pública y Acción Social aumentará la asignación de fondos en proporción al incremento de la cobertura sanitaria por período mensual, o la disminución en gasto de personal por iguales períodos o en casos de medidas sanitarias de emergencia o excepcionales.

El propósito es establecer mecanismos de descentralización administrativa y presupuestaria de las acciones de salud, en forma gradual y de acuerdo a la capacidad de gestión de los establecimientos sanitarios oficiales y de las entidades de cada localidad.

De esta operatoria descentralizada se realizó un convenio para la puesta en marcha de una experiencia de Co.Sa.L. en Colonia Elisa pero la misma no resultó satisfactoria y en la actualidad la misma no se encuentra

en funcionamiento. Al vez en lo referido a los convenios con las instituciones de la seguridad social no da los resultados buscados ya que PAMI ha realizado capitación, al igual que ISSARA, las dos obras sociales más importantes, junto con el IPS provincial, siendo el recupero dificultoso.

La Pampa

En estos momentos se estima que alrededor del 60 por ciento de la población provincial se atiende en hospitales públicos. La provincia ha organizado un sistema de atención que incluye la provisión de medicamentos a todos los pacientes. Entre los temas que actualmente se encuentran en proceso de transformación están la organización del sistema de salud desde lo normativo y el del financiamiento, mediante la transferencia de recursos al sector estatal desde el subsector de la seguridad social.

En el año 1984, La Pampa dictó la ley nº 822, creando el sistema financiero integral de medicina social y el carnet sanitario provincial. Esta normativa no logró aplicarse por plantear dificultades su implementación.

Por tal razón, fue reemplazada por la ley nº 1420 de octubre de 1992, que crea el *Sistema financiero integral de medicina social* en el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia y que aún no ha sido reglamentada pero que se espera se ponga en funcionamiento a la brevedad²⁸.

La finalidad de la ley es recuperar fondos de las instituciones de seguridad social de jurisdicción nacional, provincial o municipal hayan celebrado o no convenios; el pago del arancelamiento de las prestaciones hospitalarias; etc. (art. 2) y lograr una redistribución de los mismos, de la siguiente manera: funcionamiento de establecimientos asistenciales; programas de atención médica; inversiones en bienes de capital; retribuciones adicionales de servicios profesionales y/o técnicos del sector público; mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal de Salud Pública; perfeccionamiento del recurso humano; retribuciones de servicios profesionales; etc. (art. 4).

Si bien aún no se encuentra vigente la

²⁸ Al no estar redactada en forma definitiva la reglamentación al momento de redactarse el presente es que no es posible realizar una descripción más profunda de la misma y solo se refieren ciertos detalles que pudieron consultarse.

reglamentación, a los efectos del arancelamiento de los servicios hospitalarios a los beneficiarios la misma fija categorías de acuerdo a los ingresos y a la composición del grupo familiar y asigna un porcentaje de cobertura. Las categorías son no contribuyente (aquellos cuyo ingreso y composición del grupo familiar le impide abonar un arancel) y contribuyente, que puede ser mutualizado (el mecanismo de la atención es igual al de los nosocomios privados) o no mutualizado. En el caso de los contribuyentes no mutualizados de acuerdo a las posibilidades económicas del grupo familiar se les requiere el pago de un arancel equivalente a un porcentaje del servicio.

En cuanto a la conflictiva relación que suele generarse con las obras sociales para percibir las prestaciones de servicios en la provincia existía una abultada deuda de las obras sociales por atención de pacientes, que merced a una serie de gestiones parte de la misma habría sido saldada poco tiempo atrás y se continúan las tratativas para lograr el pago total de la misma.

Con relación a las trabas burocráticas que generalmente las obras sociales plantean en la aprobación de los servicios a sus afiliados, en el ámbito pampeano no existirían de magnitud suficiente como para entorpecer la prestación de los servicios. La relación que se maneja con los responsables de la seguridad social es bastante personal y permite la rápida solución de los inconvenientes que pudieran plantearse cara a cara.

El sistema, en estos términos, funcionaría en forma aceptable. Lleva diez años de implementación en la misma dirección y a resultas de la experiencia acumulada la intención es profundizar el proceso de descentralización

ANEXO I

LEYES NACIONALES²⁹

Ley 12.331 Profilaxis de enfermedades venéreas
Ley 15.465 Notificación obligatoria de enfermedades
Ley 19.337 Descentralización de establecimientos
asistenciales
Ley 22.373 Consejo Federal de Salud
Ley 22.585 Lucha nacional contra el paludismo
Ley 22.909 Régimen general para las vacunaciones contra
las enfermedades prevenibles por ese medio
Ley 22.964 Control de la lepra
Ley 22.990 Actividades vinculadas con la sangre humana
Ley 23.464 Transplantes de órganos. Modificada por la ley
23.885
Ley 23.660 Obras sociales
Ley 23.661 Seguro nacional de salud
Decreto Reglamentario 359/90 del Seguro nacional de salud
Decreto 578/93 Creación del Registro nacional de
Hospitales Públicos de autogestión (HPA)

²⁹ Con relación a las leyes que se acompañan en el presente Anexo se han seleccionado aquellas que se entiende que tienen alcance federal y apuntan a la organización institucional del sector salud o se vinculan con la relación Nación - provincias a nivel sectorial.

firmados en el anexo "E", inc. 43 de la ley de presupuesto para el corriente año.

Art. 2° — La Cámara de apelaciones en lo criminal y correccional de la Capital de la República se compondrá de 10 miembros.

Art. 3° — La cámara a que se refiere el artículo anterior, se dividirá en 4 salas de 3 miembros cada una, compuestas en la siguiente forma: la primera y la segunda salas integradas por el presidente y la tercera y cuarta integradas por el vicepresidente. tendrá cada una de ellos 2 vocales.

Art. 4° — Este tribunal actuará con 5 miembros (el presidente y 4 vocales), en las causas por delitos cuya pena aplicable exceda de 6 años de prisión o reclusión.

Las demás causas serán resueltas por la sala que corresponda según orden de turno.

Art. 5° — Cuando pueda producirse resolución contraria a la adoptada en cada uno o más casos anteriores, el presidente de la cámara integrará el tribunal para establecer la ley, doctrina o interpretación legal aplicable. Las resoluciones del tribunal o de las salas respectivas se ajustarán a la jurisprudencia así sentada.

Art. 6° — La Cámara de apelaciones en lo criminal y correccional de la Capital, distribuirá entre los juzgados en lo criminal y en lo correccional los asuntos en los que corresponda aplicar las leyes especiales, sin perjuicio de las tareas que deban desempeñar, conforme a lo dispuesto por el cód. de proced. en lo criminal.

Art. 7° — Aumentase el personal de la Cámara de apelaciones en lo criminal y correccional de la Capital, correspondiente al ítem 1, en 3 auxiliares quintos.

Art. 8° — Los juzgados que se crean por la presente ley tendrán para gastos la suma de \$ 3.025 m/n. anuales cada uno.

Art. 9° — Los defensores de pobres, incapaces y ausentes no podrán ejercer la profesión.

Art. 10. — El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley, hasta tanto no sea incluido en la de presupuesto, se sacará de rentas generales con imputación a la misma.

Art. 11. — Derógase las disposiciones de la ley num. 8918, que se opongan a la presente.

Art. 12. — Comuníquese, etc.
Sanción: 22 octubre 1936.
Promulgación: 30 octubre 1936.

LEY 12.323 (397). — Publicación de las obras completas de Bartolomé Mitre.

(397) Ley 12.322. — El texto de esta ley no se publicó en el Boletín Oficial.

(398) Ley 12.330. — El art. 7° fué derogado por D. 33.405/44, art. 9° (Anales de Legislación Argentina, t. IV, p. 747), ratificado por ley 12.922 (Id., Id., t. VII, p. 169).

LEY 12.325. — Campaña contra la langosta: adquisición de materiales, y otros gastos: liberación de derechos aduaneros (B. O. 23/XI/1936).

LEY 12.330 (398). — Justicia ordinaria en lo civil y comercial de la Capital: funcionamiento de las Cámaras de apelaciones (B. O. 22/XII/1936).

Art. 1° — Las 2 cámaras de apelaciones en lo civil y la de apelación en lo comercial de la Capital federal, estarán constituidas por 6 miembros cada una y funcionarán divididas en 2 salas de 3. La composición que se dé a la sala, y que fijará anualmente cada cámara, será inalterable en tanto no medie resolución en contrario adoptada por 2 tercios de votos.

Art. 2° — Las cámaras designarán cada año su presidente y vicepresidente, cargos que serán ejercidos por turno entre sus miembros. Cada sala, a su vez, tendrá un presidente y será integrada por 2 vocales. La presidencia de ellas será ejercida por el presidente y vicepresidente de la cámara, respectivamente, quienes se substituirán recíprocamente en caso de impedimento o ausencia. Las relaciones con el exterior se mantendrán por intermedio de la presidencia de la cámara.

Art. 3° — Para juzgar en definitiva, en juicio ordinario, formará tribunal uno de las salas, conforme al orden de turno, pero de oficio o a petición de parte, antes del llamamiento de autos, podrá resolverse la incorporación de otros 2 miembros.

Art. 4° — Para los casos de recusación, excusación o ausencia de algunos de sus miembros, la sala será integrada con un vocal de la otra, elegido por sorteo; en caso de impedimento de los 2 vocales la integración se hará con los 2 vocales de la otra sala.

Art. 5° — A pedido de la mayoría de los miembros de una cámara podrá convocarse a tribunal pleno, a efecto de dictar resolución definitiva en un asunto, cuando esa mayoría estimara conveniente fijar la interpretación de la ley o doctrina legal aplicable.

Si anteriormente otro tribunal pleno, hubiere resuelto un caso semejante, para convocar nuevo tribunal pleno, será necesaria la conformidad de las dos terceras partes de los miembros de ambas cámaras en lo civil y de la en lo comercial en su caso.

Art. 6° — La cámara civil o su presidente y la en lo comercial o su presidente, ejercerán en sus respectivas jurisdicciones, la superintendencia y las funciones que las leyes de la materia les confieren.

Cada sala o tribunal en lo civil o en lo comercial tendrá, además, la facultad de aplicar

V. ley 13.963, organización de la justicia nacional (Id., Id., t. X-A, p. 221).

Antecedentes parlamentarios: D. ses. Sen. 1934, t. I, p. 901; D. ses. Dip. 1936, t. IV, p. 92; D. ses. Sen. 1936, t. III, p. 217.

car las correcciones disciplinarias requeridas en el expediente en que haya intervenido.

Art. 7° — El director del Registro de la Propiedad conocerá sobre las consultas o resoluciones que le sometan los encargados de sección, con recurso, que deberá interponerse antes de los 5 días, para ante la sala de la cámara civil que se halle de turno.

Art. 8° — Quedan facultadas las cámaras de apelación en lo civil y en lo comercial para dictar sus respectivos reglamentos.

Art. 9° — El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley se hará de rentas generales, hasta tanto se incluya en la ley de presupuesto.

(399) LA LEY 12.331 DE PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS (*)

SUMARIO: I. La Ley argentina 12.331 y los sistemas abolicionista y prohibitivo: 1. Una ley bien orientada pero de vigencia parcial. - 2. Sistemas científicos y legislativos referentes a la prostitución. - 3. El informe de la Sociedad de las Naciones. - 4. Ejemplos legales prohibicionistas. - 5. El régimen abolicionista y sus condiciones de eficacia. - II. Interpretación de la ley 12.331: 6. La interpretación: métodos y elementos. - 7. La formación teleológica de los conceptos: Finalidad de la ley. - 8. Antecedentes legales argentinos y extranjeros. - 9. El anteproyecto español. - 10. La jurisprudencia parlamentaria. - 11. La jurisprudencia argentina. - 12. La resolución de la Cámara en pleno y jurisprudencia posterior. - III. La reforma de la ley: 13. Los primeros intentos. - 14. El decreto de 1944. - 15. Jurisprudencia pertinente. - IV. La resolución de la Cámara reunida en pleno y la jurisprudencia posterior: 16. El acuerdo plenario. - 17. Los fallos posteriores. - 18. Consecuencias. - V. La reforma de la ley y los fallos que la siguen: 18. El nuevo texto. - 19. Las sentencias pertinentes.

(*) Sobre esta ley y sobre la propaganda científica antivenérea en la Argentina pueden consultarse estos trabajos: Pedro L. Balbín, José C. Belbey y Alberto Zwanck, "La lucha antivenérea. Planteo del problema. Directivas para su solución" (separado de "La Semana Médica", núm. 36), Buenos Aires, 1935; Pedro L. Balbín, "Organización de la lucha antivenérea" (sep. de "La Semana Médica", núm. 51), Buenos Aires, 1935; el mismo autor, "Sobre la erradicación de la sífilis en los países escandinavos. Sobre rendimiento práctico del primer consultorio venereológico que entre nosotros ha incorporado el servicio social para la lucha contra la sífilis" (separado de "Revista de la Asociación Médica Argentina", t. 51, núm. 379), Buenos Aires, "La Ciencia", 1937; el mismo autor, "Defensa de la Ciencia", 1937; el mismo autor, "Defensa de la Salud Pública. Libreta de salud obligatoria y lucha antivenérea" (separado de "La Semana Médica", núm. 39), Buenos Aires, 1937; el mismo autor, "Sobre la manera de llevar a la práctica

Art. 10. — Deróganse las disposiciones que se opongan a la presente.

Art. 11. — Comuníquese, etc.

Sanción: 15 diciembre 1936.

Promulgación: 21 diciembre 1936.

LEY 12.331 (399). — Profilaxis de las enfermedades venéreas (B. O. 11/1/1937).

Art. 1° — La presente ley está destinada a la organización de la profilaxis de las enfermedades venéreas y a su tratamiento sanitario en todo el territorio de la Nación.

Art. 2° — Créase en el Departamento Nacional de Higiene una sección denominada

I. LA LEY ARGENTINA 12.331 Y LOS SISTEMAS ABOLICIONISTA Y PROHIBITIVO

1. Una ley bien orientada pero de vigencia parcial (1)

No me propongo — pues ello extravesaría el perímetro del presente trabajo — hacer una historia de los regímenes seguidos en la Argentina en orden a la prostitución. Me basta resumir los antecedentes de la ley vigente. Establecido el sistema de reglamentarla en 1874, duró este método que impedía en aquella época en buena parte del mundo, hasta 1919 en que el doctor Angel Giménez — a quien tanto debe la Argentina en cuanto a la lucha antivenérea respecta — al incorporarse al Concejo Deliberante de Buenos Aires, proyectó una ordenanza suprimiendo la reglamentación, que no prosperó aunque si se pusieron entonces en vigencia algunas disposiciones referentes a la profilaxis de los males del sexo (2). Luego se dio la ordenanza, sobre "Moralidad y su reglamentación", de julio 16 de 1919 (3), pero sólo en el ámbito de la Capital de la República, por la que se crea el prostíbulo unipersonal. Se reglamentaba el ejercicio de la prostitución, que sólo podía practicarse

la ley nacional de profilaxis venérea" (separado de "La Semana Médica", núm. 48), Buenos Aires, 1936; Carlos Bernaldo de Quirós, "Delincuencia venérea", Buenos Aires, 1934; Alfredo Fernández Vardá, "Para una patria grande, un pueblo sano", Buenos Aires, Talleres Gráf. Cis. Gráf. Fabri, Financiera, 1ª edic., 1938, 2ª edic., 1939; Francisco J. Martone, "Legislación y antecedentes nacionales y extranjeros sobre enfermedades venéreas", Buenos Aires, Imp. del Congreso Nacional, 1933; Nerio Rojas y Federico Bonnet, "El contagio venéreo ante la Medicina forense", Buenos Aires, "El Ateneo", 1938; en las páginas de esta obra magistral se hacen constantes observaciones críticas muy agudas a la ley 12.331 y en referencia a sus antecedentes y texto deben verse especialmente las pp. 63 y sigs.; a este libro he dedicado una nota bibliográfica en Rev. La Ley, t. 17, sec. bibl., p. 15; Enrique R. Affatón, "Prostitución, prostetismo y delito", en Rev. "La Ley", t. 18, sec. doctrina, p. 99 y sigs.

(2) Ver el discurso del doctor Angel Giménez, Diputado Nacional, en "Diario de Sesiones. Cámara de Diputados", 9 de diciembre de 1936, p. 2482.

(3) El doctor Carlos Bernaldo de Quirós da en su citado libro como fecha de esta Ordenanza la de 23 de junio de 1919; en cambio la sentencia de 19 de marzo de 1939, de la Cámara de apelaciones en lo criminal y correccional de la Capital, cita la que yo doy en el texto.

(*) Ley 12.331. — Modificada (arts. 15 y 17) por D. 10.638/44 (Anales de Legislación Argentina, t. IV, p. 267), ratificada por ley 12.912 (Id., Id., t. VII, p. 11). Reglamentación: D. 102.466/37.

Antecedentes parlamentarios: D. ses. Dip. 1933, t. VI, p. 552; D. ses. Sen. 1936, t. II, p. 251; D. ses. Dip. 1936, t. IV, p. 224; t. V, p. 18; D. ses. Sen. 1936, t. III, p. 303.

"Profilaxis de las enfermedades venéreas", la que estará a cargo de un médico de reconocida autoridad en la materia, quien dirigirá y organizará la lucha antivenérea en todo el territorio de la República.

Art. 3º — La dirección del instituto tendrá las siguientes atribuciones:

a) Ejercer la superintendencia general y la coordinación de servicios venereológicos en hospitales, dispensarios, laboratorios, etcétera, sean nacionales, provinciales, municipales o particulares;

b) Hacer la distribución económica y metódica de medicamentos y material de propaganda y divulgación científica;

en casas independientes, donde viviera una sola mujer, sin que pudieran concurrir otras, salvo las del servicio doméstico que tuvieran más de 45 años. Posteriormente se dio, en igual sentido, la ordenanza municipal, en la Capital, de 13 de mayo de 1927. Las disposiciones eran análogas y a las ya conocidas he de añadir que no podría establecerse más de una de esas casas por cuadra, ni tener signo alguno exterior que denunciase la ocupación de sus moradores. Ignoro, ya que no resulta fácil procurarse estadísticas para juzgar los resultados de esa medida, si el sistema de prostituta única en una casa, produjo buenos efectos. Los profesores Balbina, Belbey y Zwanck alaban ese régimen que suprimió el funcionamiento de la casa de varias mujeres públicas. Crean estos autores que el prostíbulo unipersonal "redujo notoriamente las desventajas de ese tráfico", y declaran "de la manera más enfática" que "los perjuicios del burdel aumentan en proporción directa al número de pupilas que lo habitan" (4). También Carlos Bernaldo de Quirós califica esa medida como "primer paso serio hacia el abolicionismo" (5) y Aftalión la considera, a su vez, como "otro paso adelante" (6). He mencionado estas ordenanzas porque a ellas se alude por algunos de los vocales en el auto que ahora comento. Por mi parte ese régimen de prostíbulo unipersonal me parece absurdo. Eran bochornosas las escenas que brindaba al visitante curioso de lo pintoresco. Los prostibulos unipersonales de tipo más popular, hacían en los pasillos a los clientes en espera, mientras la afanada prostituta iba despachando a los que les llegaba el turno, en distintas habitaciones para no perder tiempo. Como método de reglamentación no podía ser peor: la mujer que por la mañana comenzaba en plena salud a ejercer su oficio (suponiendo que reconocida a fondo por los médicos la hubieran encontrado absolutamente limpia de todo mal venéreo), a las pocas horas de practicar febrilmente su triste menester, sin tiempo ni para lavarse, estaba fatalmente infectada y aptísima para transmitir los gérmenes recién capturados.

(4) Ob. cit. (en la nota 1), p. 10.
(5) "Delincuencia venérea", Buenos Aires, 1929, p. 66; pero en página posterior (68) señala sus peores consecuencias, que fué preciso corregir por la ordenanza de 1925.

(6) "Prostitución", cit., p. 22.

(7) Por eso estimo muy dudoso el aserto del doctor Balbina, a pesar de su alta autoridad en estas materias, de que "el prostíbulo de una

c) Ocuparse del estudio médico y social de las enfermedades venéreas, aconsejando a las autoridades las mejores medidas a tomar; proyectando modelos de leyes y ordenanzas; organizando conferencias, congresos y todo aquello que contribuya al esclarecimiento y estudio de estas enfermedades;

d) Hacer la investigación y publicación científica y estadística y el estudio epidemiológico de las enfermedades venéreas;

e) Organizar el servicio de asistencia social ejercido por un cuerpo de agentes diplomados en las escuelas del país y que habrán de recibir con este objeto una enseñanza especializada en venereología;

a los que se agolpaban en el pasillo aguardando el placer (7).

El 14 de agosto de 1934 el Concejo sancionó la ordenanza núm. 5934, suprimiendo la reglamentación que había de comenzar su vigencia el 1º de enero de 1935 (8). Desde esa fecha debió quedar abolida la reglamentación en la Capital-federal y suprimidos los prostibulos unipersonales, que entonces estaban en todo su esplendor. La ordenanza emanó del Concejo Deliberante. Pero la medida no fué adoptada con el plan de conjunto que exige el abolicionismo y que luego será brevemente enunciado, y sin medir sus nobles repercusiones y efectos. De aquí su fracaso entonces. El doctor Pedro L. Balbina, observa muy exactamente: "Por no meditar tal circunstancia, por no formar parte de un plan armónico y meditado de organización antivenérea, semejante medida, buena en el fondo, ha venido a ser poco menos que estéril, y aun en alguno de sus resultados prácticos, hasta contraproducente" (9).

Pero el problema reclamaba una solución nacional, es decir, para todo el territorio de la República. Ya en 1922 los diputados Matías Gil y J. J. Capurro presentaron a la Cámara de Diputados un proyecto de ley antivenérea, referente a profilaxis, tratamiento obligatorio y delito de contagio de esas enfermedades, aunque en él no se trataba de abolir la prostitución reglamentada. Esta tentativa quedó sin consumación. El 15 de setiembre de 1933 el diputado Angel Giménez presentó al parlamento otro proyecto y éste es el que ha servido de base a la actual ley. La Cámara de Diputados lo aprueba el 26 de setiembre de 1935, después de amplias reformas y algunas mutilaciones impuestas por la Comisión de higiene y de Asistencia social de aquella cámara, y lo pasa a la Comisión de legislación del Senado. La cámara alta lo trata en su sesión del 18 de setiembre de 1936, sufriendo nuevos cambios. Vuelto a la Cámara de Diputados la citada Comisión de higiene presenta nuevamente el proyecto el 9 de diciembre del mismo año, y después de estudiar las modificaciones introducidas por los senado-

sola mujer" es "suscceptible también de mejor control sanitario" ("Organización de la lucha antivenérea", p. 61).

(8) Sobre esta ordenanza, así como sobre la de 1919 véase C. Bernaldo de Quirós, "Delincuencia venérea", cit., ps. 65 y sigs.

(9) "Organización de la lucha antivenérea", cit. en nota 1), ps. 5-6.

1) Mantener relaciones con todas las sociedades de socorros mutuos y demás entidades de cualquier orden que presten asistencia médica a enfermos, o se interesen por la asistencia y educación social, a fin de orientar, vigilar y asegurar el mejor éxito a las actividades que desarrollan;

g) Procurar que se multiplique en todo el país el número de los dispensarios antivenéreos que funcionan en conexión con el servicio social y perfeccionar constantemente esos servicios.

Art. 4º — El Instituto de Profilaxis promoverá al desarrollo de la educación sexual en todo el país, directamente o por medio

res, aconseja la aceptación de la mayor parte de ellas, salvo en lo referente al art. 2º, cuyo texto primitivo mantiene, y a los arts. 9º, 10 y 12 del proyecto del Senado, que se rechazan por los representantes de la cámara popular. Así aprobado se remite de nuevo a la Cámara de Senadores que en su sesión del 17 de diciembre de 1936 lo convirtió en ley, que se registra bajo el núm. 12331. El P. E. dictó el correspondiente reglamento el 2 de abril de 1937 (10). La ley no sólo tiene antecedentes nacionales: no deja de haber influido en ella la legislación alemana y sobre todo el proyecto español del que transcribe muchos artículos textualmente y del que se toma el contenido esencial (11).

No me propongo hacer su estudio. Sólo me ocuparé, a lo largo de estas páginas, en descubrir la voluntad legislativa en orden a la prostitución, pero su teología se esclarece casi por sí sola con el simple enunciado del contenido de su texto. El art. 1º define la finalidad de la ley. Los arts. 2º y 3º crean la "sección" denominada "Profilaxis de las enfermedades venéreas", en el Departamento Nacional de Higiene ("Sección que en los artículos siguientes se denomina 'Instituto') y establecen sus funciones directivas, terapéuticas, profilácticas, sociales, científicas, educativas, etc. En los arts. 4º, 5º, 11 y 14 se regula la necesidad de la asistencia médica y la farmacopea de los males venéreos. Los arts. 7º, 8º y 9º, versan sobre tratamiento médico obligatorio y hospitalización forzosa. El art. 10 se refiere a la "fuente del contagio". El 12 combate el "charlatanismo" cuya sanción se establece en el art. 16. El 13 instaura los exámenes médicos prenupciales, castigando las transgresiones a este precepto en el ya mentado art. 16. El 15 (modificado en 1944) prohíbe las casas "donde se ejerza la prostitución o se incite a ella" y el art. 17 (reformado igualmente en dicho año) establece las penas para los que "sostengan, administren o regenten" casas de tolerancia. Finalmente, en el art. 18 se establece, con referencia al código penal, el castigo del contagio venéreo. Los arts. 19, 20, 21 y 22 son de mero trámite financiero y legislativo.

(10) Sobre los antecedentes de la ley, cf.: F. J. Martore, "Legislación y antecedentes nacionales y extranjeros" (cit. en la nota 1); N. Rojas y P. Bonnet, "El contagio venéreo" (cit. en la nota 1), ps. 65 y sigs.; así como "Diario de Sesiones, Cámara de Diputados", de 26 de sept. de 1935 y 9 y 10 de diciembre de 1936, y "Diario de Sesiones, Cámara de Senadores de

de las entidades oficiales o no a quienes correspondía llevar a cabo esta enseñanza.

Art. 5º — Todo hospital nacional, municipal o particular deberá habilitar al menos una sección a cargo de un médico especialmente destinada al tratamiento gratuito de las enfermedades venéreas y a propagar la educación sanitaria.

Toda institución o entidad, cualquiera sea su índole, en que el número de socios, empleados u obreros, sea superior a 50 personas, deberá crear para las mismas una sección de tratamiento gratuito y de instrucción profiláctica antivenérea, si el Instituto de Profilaxis lo considera necesario. Si

La ley, escrita con poca precisión en algunas partes —lo que puede originar confusiones siempre graves en materia legislativa— fué mutilada en la discusión de partes esenciales como a su vez el proyecto argentino había amputado varios artículos sancionadores del proyecto español que le sirvió de modelo. Con todo es una ley bien intencionada. Según el profesor Balbina (12) ha producido ya benéficos efectos: pero a mi juicio puede esterilizarse por olvido, que paulatinamente se acentúa, de su teleología fundamental.

Hallar esa finalidad de la ley será objeto de buena parte de este estudio, mas anticipemos que el propio texto dice en su art. 1º: "La presente ley está destinada a la organización de la profilaxis de las enfermedades venéreas y a su tratamiento sanitario en todo el territorio de la Nación". El bien jurídico protegido es la salud pública, si bien los arts. 15 y 17 demuestran que la teleología de la ley se extiende también a impedir la explotación de las prostitutas, es decir, que protege a la vez otro bien jurídico: la libertad y dignidad humanas (13).

Los médicos especialistas en males venéreos opinaron en la Argentina que esa finalidad sanitaria es esencial. Así Balbina, Belbey y Zwanck consideraban necesario, cuando aun la ley no se había compuesto y promulgado —a más de que ésta sea nacional, que declare obligatorio el tratamiento médico, que establezca la obligación de los médicos de explicar a sus pacientes la importancia del mal venéreo y de sus consecuencias y la de denunciar a las autoridades sanitarias los casos de enfermedad venérea contagiosa, así como que contenga la definición del delito de contagio venéreo—, "crear dentro de la Administración sanitaria y Asistencia pública, una sección especial de 'Dirección General de la Profilaxis y Asistencia Social Antivenérea', que deberá tener a su frente un profesional de aptitudes destacadas... crear el servicio social para la lucha antivenérea, ejercido por agentes del mismo... pues 'sin personal técnico, absolutamente idóneo jamás tendrá éxito la lucha antivenérea'; y 'proveer a este organismo sanitario de los locales, per-

la Nación", de 18 de setiembre y 19 de diciembre de 1936.

(11) Vid. más adelante, donde hablaremos del Proyecto español y de su influencia en la ley argentina.

(12) "Organización de la lucha antivenérea", ps. 12 y sigs.

(13) Cf. también, en el mismo sentido, en lo esencial, Aftalión, "Prostitución", cit. ps. 19-20.

el número de personas pasa de 100, el Instituto podrá exigir que ese servicio sea atendido por un médico. Dichos servicios serán gratuitos, pudiendo cobrarse únicamente los medicamentos a precio de costo.

Las instituciones que infringieran este artículo serán pasibles de una multa de \$ 100 a \$ 500 m/n.; en caso de reincidencia, de la pérdida de la personería jurídica u otros privilegios de que gozaren.

Art. 6º — En los locales que el Instituto de Profilaxis determine, es obligatorio tener en venta los equipos preventivos para profilaxis individual venérea, de la clase y precio que el Instituto establezca, como asi-

sonal, elementos, materiales, remedios, etcétera" (14).

Después de promulgada la ley 12331, Balbina, que es un apoloísta de ella, reconoce la trascendencia máxima de ese objeto salutar de la nueva legislación profiláctica: "¿Qué finalidades primordiales persigue la ley antivenérea? Preservar del contagio a las personas sanas y, fin eugenico, preservar la raza, o sea: librar al fruto de las uniones de las consecuencias de males venéreos de los progenitores. A la par de eso, combatir y dominar la infección de los que ya están enfermos" (15). Ya dije que hay en la ley otro objetivo más, cuyo bien jurídico protegido es la libertad y dignidad de la mujer, aunque sea prostituta, pero retenemos, por ahora, ese fin primordial salutar. Para alcanzarlo se ha creado (en el papel) una "sección" especial dentro del Departamento de Higiene (16); pues bien, este organismo tan prolijamente regulado en la ley y que los médicos especialistas consideran esencial, ha sido proyectado, pero aun no existe.

La ley impone el tratamiento médico y terapéutico y ello requiere que sea gratuito y técnicamente irreprochable. Ya antes que un texto legal lo dijera, lo propugnaban los médicos especialistas en materia venereológica. Así Balbina, Beibey y Zwanck, consideraban que lo más urgente y por donde hay que empezar la lucha antivenérea, es instalar y mejorar los dispensarios, pues los "con ese objeto especial creados, siguen estando, notoriamente, a un nivel bien inferior al de sus necesidades". En el folleto escrito por estos tres profesores se enumeran los dispensarios existentes: en la Capital federal, donde hay dos millones y medio de habitantes, funcionaban en 1935 solo dieciséis dispensarios (17). La índole de estos ha de ser puramente sanitaria. Balbina, ha escrito con muy correcta frase: "La obra de atender a algunos millares de mujeres que son y seguirán siendo prostitutas, y, en su inmensa mayoría, prostitutas enfermas, no de-

misimo entregar gratuitamente instrucciones impresas relativas a la lucha y educación antivenéreas.

Art. 7º — Toda persona que padezca enfermedad venérea en período contagioso, está obligada a hacerse tratar por un médico, ya privadamente, ya en un establecimiento público.

Los padres o tutores de un menor que padezca enfermedad venérea, están obligados a cuidar el tratamiento de su hijo o pupilo.

Art. 8º — Cuando las personas que padezcan enfermedades venéreas estén asiladas, o sean desvalidas, menores, detenidos o pre-

beria admitir aplazamiento" (18). Ahora bien, de verdaderos dispensarios de tipo modelo, sólo existía en Buenos Aires en 1937 un solo ejemplar: el "consultorio venereológico de la cátedra de piel y sífilis del Hospital Ramos Mejía, incorporado al servicio social para la lucha contra la sífilis" (19). ¿Puede pues, decirse, que este esencial aspecto de la ley está vigente?

Pasemos a otro sector del texto legislativo: ¿se cumplen los arts. 7º, 8º y 9º sobre tratamiento médico obligatorio y hospitalización forzosa? No tengo mas datos para juzgar del asunto que las repercusiones que hayan tenido esos preceptos en el ambiente judicial. Sólo conozco cuatro sentencias de Tucumán y otra de un juzgado de la Capital federal, en que se refleja el esfuerzo de las autoridades sanitarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la ley 12331. O lo preceptuado se cumple voluntariamente de un modo ejemplar —cosa improbable— o esta parte de la ley arrastra precaria vida.

Tampoco es más próspera la que se refiere al art. 10, que ordena al médico informarse de las fuentes de contagio. Todo esto depende del aparato superior que ha de montar la inexistente "sección" venereológica, a que antes aludí. Mientras ese organismo no exista, la vida de estas prescripciones de la ley será raquítica o nula. No creo que sea más enérgico el existir de los arts. 12 y 18 referentes al charlatanismo.

En cambio si se exigen los exámenes médicos prenupciales. Y su acatamiento parece tan perfecto, que ignoro los casos en que hayan debido imponerse sanciones. Según el art. 18, por infracción de lo dispuesto en el art. 13.

Por último: en orden al delito de contagio de males del sexo, que se aborda en el art. 18, cabe observar que antes de la ley 12331 habían intervenido los tribunales argentinos en casos de esa índole, castigándolos como lesiones o grave daño a la salud (20). Los tribunales han seguido cono-

do este organismo que dedica a su funcionamiento y menesteres interesantes páginas en uno de sus estudios ("Sobre la manera de llevar a la práctica la ley nacional de profilaxis venérea" (cit. en la nota 1), ps. 4 y sigs.).

(17) Ob. cit. (en la nota 1), ps. 35-37.

(18) "Organización de la lucha antivenérea" (cit. en nota 1) p. 7.

(19) Vid. Balbina, "Sobre la erradicación de la sífilis en los países escandinavos", etc., (cit. en nota 1).

(20) Nerio Rojas y Federico Bonnet han reo-

sidarios, o formen parte del personal dependiente de los Ministerios de Guerra y Marina, el Estado será el encargado de proporcionarles la debida asistencia médica.

Art. 9º — Las autoridades sanitarias podrán decretar la hospitalización forzosa para todo individuo contagioso que, agotados los recursos persuasivos no se someta con regularidad a la cura y para aquellos cuyo tratamiento ambulatorio durante la fase de máximo contagio, pueda constituir un peligro social.

Art. 10. — El médico procurará informar, a los efectos exclusivamente sanitarios, de la fuente del contagio, transmitiendo a

ciendo de hechos semejantes a los que ya sancionaron antes, sin mas que aplicar el art. 202 del cód. penal, en vez de los preceptos relativos a las lesiones (21).

No pecaremos de exagerados si decimos que toda ley es un conjunto de disposiciones; una pieza dogmática, un sistema. No es posible actuar una parte olvidando otras, sin que los textos que se ponen en vigencia padezcan por la mutilación que los aísla. La ley es un organismo en el que todas las partes son esenciales. En una legislación abolicionista son imprescindibles, junto al precepto que prohíbe las casas de lenocinio y castiga a los rufianes y proxenetas: a) la asistencia médica gratuita y competente; b) el tratamiento médico obligatorio; c) el descubrimiento de los focos de contagio; d) la prohibición del charlatanismo; e) las sanciones penales a quienes infrinjan las normas de la ley antivenérea; f) la penalidad del contagio venéreo; g) la creación de un organismo superior, que coordine la lucha contra las enfermedades sexuales.

Si comparamos la real vigencia de la ley 12331, con esas exigencias, no podremos menos de afirmar que, prácticamente, esa legislación nueva no está aun en vigor y que hubiese sido más justo no haberle dado vida judicial hasta que estuviera en marcha la sección o Instituto venereológico. Ciertamente se cumplen las disposiciones sobre reconocimiento médico prenupcial, pero ello no es una novedad, ya que las personas conscientes que iban a contraer matrimonio se hacían explorar por su médico, antes de que la ley las obligara a ello; y cierto, también, que se pena al que contagia un mal venéreo, pero ya hemos dicho que antes de 1937, los tribunales argentinos conocieron y castigaron casos de esa índole. Lo realmente nuevo, nuevo y extraño sobre todo para el propio texto de la ley, es la persecución

las autoridades sanitarias las noticias que en este orden pudieran interesar a aquéllas.

Art. 11. — El Instituto de Profilaxis propondrá a que se fabriquen en el país, en establecimientos oficiales o no, los medicamentos destinados a la curación de las enfermedades venéreas.

El Instituto procurará que los precios de venta de los remedios contra las enfermedades venéreas sean lo más reducidos en lo posible.

Art. 12. — Solamente los médicos serán los encargados de la asistencia de los enfermos venéreos. Les queda prohibido el tratamiento de las enfermedades venéreas por

de la prostituta que se hizo por forzada y analógica interpretación del art. 17, antes de ser reformado por el decreto de 1944. Es como si se hubiese levantado la veda para la caza de mujeres, que se pretendió legalizar por el auto que luego mencionare.

La ley quiso y quiere ser abolicionista y no prohibitiva. Antes de demostrarlo conviene fijar en que consisten los sistemas que el legislador puede adoptar frente a la prostitución.

2. Sistemas científicos y legislativos referentes a la prostitución

La mayor parte de cuanto acabo de exponer se refiere a la salud pública e individual, como objetivo de la ley 12331. Pero ya dije que existe en ella otra finalidad, otro bien jurídico protegido: la libertad y dignidad de las personas. Ello se logra aboliendo el reglamento de la prostitución.

El vocablo prostitución viene del latín *prostito*: "sobresalir", "estar saliente", y representa, del modo más gráfico, la actitud de una mujer ofreciéndose a la pública concupiscencia (22). No he de ocuparme aquí de la historia de la prostitución en sus aspectos hospitalario, religioso, etc. (23); ni tampoco de los caracteres bio-sociológicos de las prostitutas (24). Mi tarea no es de historiador ni de criminólogo, sino de jurista. Por eso sólo me interesa establecer que, de acuerdo con su etiología, la prostitución exige que la persona esté expuesta al público: es decir, que se requiere el carácter de comercio público, ofrecida a cualquiera, como elemento contrario a lo privado y no a lo oficialmente consentido, por eso la prostitución clandestina —que es la opuesta a la consentida en caso de reglamentación— no deja de ser pública; y que según su esencia jurídica, ha de constituir

(21) Vid. la Jurisprudencia, y a pesar de que su libro es de 1938, no dan fallos más que hasta 1926; es decir, anteriores a la ley 12331. Vid. su obra citada, "El contagio venéreo", ps. 128-164.

(22) Lorenzo Carnelli —que tan inteligentemente documentadamente suele apostillar los fallos de los Tribunales argentinos—, aprovecha una de las primeras sentencias en que se trataba de la aplicación del art. 18 de la ley 12331, para escribir una interesante nota sobre "El contagio venéreo" en la Rev. "La Ley", t. 3, ps. 819-825.

(23) Cf. Luis Jiménez de Asúa, "Estudio de los delitos en particular", Madrid, Suárez, 1921, ps. 261 y sigs.; L. Jiménez de Asúa y José Azón Oneca, "Derecho penal", Madrid, Reus, 1930, vol. II, ps. 227 y sigs.

(24) Vid. sobre los problemas históricos de la prostitución: Cesar Lombroso y Guillermo Ferrero, "La donna delinquente, la prostituta e la donna normale", Turin, Roux edit. 1893 (trad. francesa, que es la que citaré, "La femme criminelle et la prostitution", Paris, Alcan, 1896, ps. 210 y sigs.); Dufour, "Historia de la prostitución", trad. española, Barcelona, Pons; Navarro Fernández, "La prostitución en la villa de Madrid", Madrid, Imp. de Rojas, 1909.

(25) Cf. Tarnowsky, "Etudes anthropométriques sur les femmes voleuses et les prostituées", Paris, 1890; y el citado libro de Cesar Lombroso y Guillermo Ferrero, Sobre todo véase: Paul-Jean Coniart, "La prostitution. Etude de sciences criminelles", Tesis de Nancy, 1938.

(14) A este organismo lo han de estar encomendadas las más fundamentales funciones de la lucha antivenérea: diagnóstico, organización del servicio, investigar los focos de contagio, instrucción, educación y propaganda antivenérea, etc. (Ob. cit., en la nota 1, ps. 13-15 y 21-26. Véase, también, Balbina, "Organización de la lucha antivenérea", cit. en nota 1).

(15) "Sobre la manera de llevar a la práctica la ley nacional de profilaxis venérea" (cit. en la nota 1), ps. 3-4.

(16) Balbina considera tan esencial la función

correspondencia y los anuncios en cualquier forma de supuestos métodos curativos.

Art. 13. — Las autoridades sanitarias deberán propiciar y facilitar la realización de exámenes médicos prenupciales. Los jefes de los servicios médicos nacionales y los médicos que las autoridades sanitarias determinen, estarán facultados para expedir certificados a los futuros contrayentes que lo soliciten. Estos certificados, que deberán expedirse gratuitamente, serán obligatorios para los varones que hayan de contraer ma-

una acción o conducta colectiva (colectiva en cuanto a los actos, y no en cuanto a los sujetos que es en lo que consiste la conducta multitudinaria o de una muchedumbre) y profesional; es decir, que ha de ser una dedicación constante y no esporádica, por precio. En resumen: la prostitución es el ejercicio público de la entrega carnal promiscua, por precio, como medio de vivir de una persona (decimos persona, en vez de mujer, porque también los hombres pueden ser sujetos de la prostitución, como en el caso de homosexuales que públicamente, de modo constante y por precio, se entregan promiscuamente a otros hombres).

Ante este antiquísimo fenómeno de la prostitución, la opinión pública y el legislador han pasado por estas fases: 1) Prostitución hospitalaria, hija de los deberes de las épocas primitivas. 2) Prostitución sagrada. 3) Prostitución legal. En esta última pueden distinguirse, desde el punto de vista de la norma de cultura, tres etapas que se suceden, entrecorren y confluyen: a) Fase del "prejuicio favorable", en que se la considera como un "mal necesario". b) Etapa "moral", en que es repudiada. c) Época "sanitaria", en que se la enjuicia y encara como origen de enfermedades (25). El Estado, en la era de estimativa legal, puede adoptar frente a la prostitución, y en servicio de la norma de cultura, uno de estos tres sistemas: a) reglamentarla con miras higiénicas y de orden público; b) abolir la reglamentación y procurar por otros medios la higiene física y moral; y c) declararla prohibida y definirla como delito (26).

El criterio reglamentarista, que podríamos llamar sistema latino, si se perdona la imprecisión del adjetivo en cuanto alude a una raza que no tiene hoy existencia precisa, se basa, como he dicho, en la necesidad de proteger la salud. El Estado tolera la prostitución por estimarla un mal necesari-

trimonio. No podrán contraer matrimonio las personas afectadas de enfermedades venéreas en período de contagio.

Art. 14. — Queda liberada de todo impuesto aduanero y de impuestos internos la importación o fabricación de remedios que a juicio de las autoridades sanitarias sean necesarios para la lucha antivérea. Los hospitales particulares que cumplan la obligación establecida por el art. 5º, quedarán liberados de todo impuesto nacional.

Art. 15. — Queda prohibido en toda la República el establecimiento de casas o loca-

rio, y con un criterio simbiótico la reglamenta en su faz higiénica. Francia, el país clásico de la reglamentación, ha tenido, en la mayoría de las naciones, secueles obedientes. Pero los reconocimientos y los volantes de sanidad que la prostituta recibe, ¿tienen eficacia higiénica? Las exploraciones del médico, verificadas en una masa enorme de mujeres, no pueden ser ejecutadas con rigor científico, y en la mayoría de los casos quedan reducidas a un examen superficial, que no garantiza la salud de las hembras observadas. Además, crea a los frecuentadores de prostibulos una confianza falsa, que les inclina a abandonar las prácticas de profilaxis, que tal vez adoptarían si la prostitución no estuviese vigilada oficialmente. Desde el plano moral, todavía es más lamentable este sistema, ya que conduce indefectiblemente a la trata de blancas y a pervertir el sentido ético de los jóvenes, haciéndoles pensar que lo que el Estado organiza y reconoce debe ser una necesidad pública.

El criterio abolicionista, que no lo es en cuanto a la prostitución, sino en lo tocante a los reglamentos que la admiten y la vigilan, constituye hoy el sistema anglosajón y germanico y, a mi juicio, es el preferible. Libera a la prostituta de sus explotadores —tratantes de blancas, proxenetas y rufianes— y la deja libre, sin más obligaciones que la de tratarse si está enferma y la de respetar el decoro público. Desde que Josefina Butler fundó, en 1874, la Federación Abolicionista Internacional, logrando que el parlamento británico aboliera la llamada policía de las buenas costumbres, la noble empresa ha prosperado con marcha acelerada. En Inglaterra, en los países escandinavos y en Norteamérica (27) la reglamentación ha desaparecido. Ahora bien: es esencia del abolicionismo el no castigar a las prostitutas. El principio V de los es-

dermo 19, julio 1932, ps. 395 y sigs.

(27) No puedo ocuparme aquí de estas leyes abolicionistas de la prostitución reglamentada. De algunas de ellas, como de la Alemana de 18 de febrero de 1927, y del Proyecto español tratarse más adelante. Cf. el folleto de Francisco J. Martorell (cit. en la nota 1). En el Uruguay se aboló la reglamentación por Decreto de 27 de abril de 1932, pero su vigencia fue hasta efímera, pues el Consejo de Salud Pública, haciendo uso de las facultades que le competen por la ley de 31 de octubre de 1933, estableció nueva reglamentación por decreto de 22 de julio de 1933. (Vid. Eduardo Albarracín Mc Coll, "Legislación sobre proxenetismo y delitos afines", Montevideo, 1932, ps. 25-26 y 48-52). Sobre los puntos de vista mantenidos en el Uruguay por Paulina Luisi, de un lado, y por Becerra de Bengoa, de otro, vid. mi libro, "El delito de

los donde se ejerza la prostitución, o se incorpore a ella.

Art. 16. — Las infracciones a las prohibiciones establecidas en el art. 12, serán penadas con multa de \$ 100 a \$ 500 m/n. En la misma pena incurrirán los oficiales del Registro Civil que autorizaren un matrimonio sin exigir el certificado que establece el art. 13. En caso de reincidencia se les doblará la pena y serán exonerados.

Los diarios o periódicos que inserten publicaciones en que alguien se presente como especialista en enfermedades venéreas por medios secretos o métodos rechazados por

statutos de la Federación Abolicionista, fundada por la señora Butler, dice así: "Considerando que el simple hecho de la prostitución personal y privada no pertenece sino a la conciencia y no constituye delito, la Federación declara que la intervención del Estado en materia de costumbres debe limitarse a los siguientes puntos": represión de los atentados contra el pudor y de los ultrajes públicos al mismo; represión de las provocaciones públicas al libertinaje, y castigo de las proxenetas (28).

No se diga que al quedar abandonado el amor mercenario a una libertad sin inspección higiénica acrecen las enfermedades venéreas, pues los datos publicados en Londres señalan un descenso de infecciones sexuales, que se eleva a un cincuenta por ciento, y A. Adam declara, en Alemania, que los pueblos que han implantado el sistema abolicionista han visto mejorar la higiene sexual de sus habitantes (29). Con respecto a la República Argentina comprueban el mismo fenómeno Pedro Balaña (30) y Enrique R. Aftalion (31). A fin de hacer más eficaz la lucha contra las enfermedades venéreas, se han propuesto formas de "neabolucionismo" por Blaschko, o de un "nuevo tipo de reglamentación" por Neisser (32). Hoy, en la discusión doctrinal, son contados los escritores que se colocan contra el abolicionismo. Hasta en Francia, país clásico del reglamento del prostibulo, se ha ido abriendo camino el régimen abolicionista (33).

El régimen prohibitivo, con el que se pretende acabar no sólo con el sistema reglamentario, sino con el ejercicio de la prostitución, tiene su más aguda fórmula en el castigo de tal ejercicio, después de definir-

contagio venéreo", p. 16, nota 8. A pesar de que hay algunos intentos esporádicos de abolicionismo, es lo cierto que se puede reputar exacta la conclusión del doctor H. C. de Souza Araújo: "La mayoría de los países sudamericanos adopta la reglamentación sanitaria policial de la prostitución". "Aspectos de prostitución y de combate a las enfermedades venéreas en algunos países sudamericanos", (Seccarado de "Brasil-Médico", año 54, N.º 45, 1940, ps. 745-750). Río de Janeiro: Imprenta Nacional, 1941.

(28) Estos principios de la "Federación británica, continental y general para la abolición de la prostitución especialmente considerada como institución legal o tolerada" han sido transcritos en numerosos libros. Véase últimamente la copia de esos estatutos en Eusebio Gómez, "Tratado de Derecho penal", t. III, Buenos Aires, Comp. Argentina de Editores, 1940, ps. 183-186.

(29) Véase la parte redactada por Adam en el libro de Seiter, "Grundriss der Hygiene", Dresden y Leipzig, Steinkopf, 1920.

la ciencia o prometa a plazo fijo curaciones radicales, u ofrezca cualquier tratamiento sin examen del enfermo, o anuncien institutos de asistencia sin hacer figurar el nombre de los médicos que los atienden, recibirán por primera vez la orden de retirarlos y en caso de reincidencia serán pasibles de una multa de \$ 100 a \$ 1.000 m/n.

Art. 17. — Los que sostengan, administren o regenten, ostensible o encubiertamente casas de tolerancia, serán castigados con una multa de \$ 1.000 m/n. En caso de reincidencia sufrirán prisión de 1 a 3 años, la que

lo como un tipo delictivo. Relegado a las regiones de lo utópico el procedimiento de suprimir las prostitutas por un nuevo régimen político-social y por la reeducación en establecimientos "ad hoc", parecía impracticable, por anacrónico, ese otro criterio de definir la prostitución como delito y de castigarla con una pena. El auto que comento ha devuelto actualidad a este asunto. Voy, pues, a ocuparme de él, espigando en la doctrina las más autorizadas opiniones, y recorriendo los artículos de los más salientes códigos y leyes.

Se citan constantemente, y yo mismo lo he hecho así (34), a Dugdale y a César Lombroso como representantes de la corriente prohibicionista. Acaso hayamos incurrido en exageración. Pero en lo que yo jamás oí fué en citar a Lombroso como partidario de considerar la prostitución como un delito. Lo que hizo el genial fundador de la antropología criminal fue decir que la prostitución es el "equivalente" del delito en las mujeres y analizar la analogía psíquica entre la prostituta y el delincuente. "La prostitución —dice Lombroso— es a las mujeres lo que el delito a los hombres, porque las prostitutas tienen los mismos caracteres físicos y morales que el delincuente" (35). Lo que Lombroso había querido esclarecer es el fenómeno de la menor delincuencia de la hembra, y al considerar la prostitución como un equivalente o sustitutivo del delito, la diferencia numérica de las dos criminalidades —la masculina y la femenina— desaparecía y hasta era fácil hallar una cifra global favorable al hombre. Me parece indispensable aclarar este punto. En los párrafos que voy a transcribir se

(30) "Sobre la manera de llevar a la práctica la ley nacional de profilaxis venérea" (cit. en nota 1), p. 13.

(31) "Prostitución", etc., ps. 21-23.

(32) Tratar estos sistemas no me parece aquí pertinente. Puede verse una indicación sobre ellos en mi libro citado "El delito de contagio venéreo", p. 17.

(33) Véanse las obras que cito en mi "Derecho penal", en colaboración con Antón Oneca, vol. II, p. 232, nota 2.

(34) "Estudio de los delitos en particular", ya cit., p. 266; "Derecho penal moderno y español", en "Adiciones al Programa del Curso de Derecho criminal", de Francisco Carrara, Madrid, Reus, 1923, vol. I, p. 368; "El delito de contagio venéreo", ya cit., p. 13; "Derecho penal", en colaboración con Antón, ya cit. vol. II, p. 229; "Libertad de amar y derecho a morir", ya cit., p. 91.

(35) Lombroso, "El delito, sus causas y sus remedios", traducción española de Constantino Bernaldo de Quirós, Madrid, Suárez, 1902, ps. 260 y 279.

(25) Vid. la obra acabada de citar, de P. J. Cornhill.

(26) Véase: Luis Jiménez de Asúa, "Estudio de los delitos en particular", ya cit., lug. cit.; L. Jiménez de Asúa y J. Antón Oneca, "Derecho penal", ya cit., ps. cit.; L. Jiménez de Asúa, "El delito de contagio venéreo. Studi o proposte", Turin, Bocca, 1929 (cito la edición italiana y no la española —"La lucha contra el delito de contagio venéreo", Madrid, 1923— porque la impresión hecha en Turin está corregida y aumentada por mí), ps. 17-18; L. Jiménez de Asúa, "Libertad de amar y derecho a morir", 6ª edición, Buenos Aires, Editorial Losada, 1940, ps. 32 y sigs. Añádase los libros y artículos que se irán citando a lo largo de esta nota así como el trabajo de Schuppe, "Staat und Prostitution", en "Monatschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform", año XXIII, cua-

no podrá aplicarse en calidad de condicional. Si fuesen ciudadanos por naturalización, la pena tendrá la accesoria de pérdida de la carta de ciudadanía y expulsión del país una vez cumplida la condena; expulsión que se aplicará, asimismo, si el penado fuese extranjero.

demuestra que si bien César Lombroso, estimó la prostitución como un equivalente del delito y destacó la semejanza antropológica entre prostitutas y delincuentes, jamás postuló que la prostitución se definiera y penara como delito. Cuando habla de que ésta es la criminalidad de la mujer, emplea la expresión en un sentido puramente antropológico (criminológico), pero no jurídico. Lombroso y Ferrero han escrito en la famosa obra en que colaboraron, estos párrafos:

"Ahora nos está permitido resolver, con datos ciertos, la tan discutida cuestión de las relaciones entre la prostitución y la delincuencia. La identidad psicológica, como la identidad anatómica entre el criminal y la prostituta nata no puede ser más completa; siendo los dos idénticos al loco moral son, por axioma matemático, iguales entre sí. La misma ausencia de sentido moral, la misma dureza de corazón en ambos, el mismo gusto precoz del mal, la misma indiferencia ante la infamia social, que permite soportar al uno la condición de forzado y a la otra la de mujer perdida; la misma imprevisión, movilidad y tendencia a la holganza; el mismo gusto por los placeres fáciles, por la orgía, por los licores fuertes; la misma o casi la misma vanidad. La prostitución no es pues, en suma, más que el aspecto femenino de la criminalidad.

"Es tan exacto, en efecto, que prostitución y criminalidad son dos fenómenos análogos o, por así decirlo, paralelos, que se confunden en sus extremos. Así vemos repetirse en la prostitución las formas más aminoradas del delito, como el hurto, el chantaje, las heridas. La prostituta es, pues, psicológicamente, un criminal; si no comete crímenes es porque se lo impide su debilidad física, su poca inteligencia, la facilidad de procurarse cuanto desea por el medio más fácil y por consecuencia el preferido por la ley del menor esfuerzo: la prostitución, que representa, precisamente por ello, la forma especial de la criminalidad en la mujer. Las mujeres propiamente criminales son, por el contrario, siempre muy anormales y manifiestan una perversidad más grande que el hombre, o incluso caracteres biológicos masculinos; éstos son fenómenos enteramente excepcionales que confirman que la verdadera criminalidad de la mujer debe buscarse en la prostitución. Esto nos explica también el porqué predominan en ellas las formas más benignas del delito: puesto que son idénticas a los criminales, siguen el mismo camino que ellos hasta el límite de sus fuerzas; traspasado este límite, su degeneración sigue otro camino y toma la forma específica de la prostitución. Nosotros hemos conocido una muchacha, P., ladrona desde la infancia, y

Art. 18 (*). — Será reprimido con la pena establecida en el art. 202 del cód. penal, quien, sabiéndose afectado de una enfermedad venérea transmissible, la contagia a otra persona.

(*) Ver nota del doctor Lorenzo Carnelli en pág. 741.

que dejó de hurtar cuando, adulta, se hizo prostituta.

"Poco importa, en fin, que estas mujeres no cometan delitos o que sean mucho más raramente perjudiciales a la sociedad; que incluso su especial forma de criminalidad, la prostitución, sea, en un cierto sentido, socialmente útil, como una válvula de escape para la sexualidad masculina y como medio preventivo de delitos. De igual modo el criminal puede transformarse o bien aparecer en ciertos momentos, bajo la forma de un héroe; pero no deja de ser, por ello, psicológicamente un delincuente, aunque esta vez su criminalidad se nos haya revelado de una manera útil".

Permitásemse, antes de seguir transcribiendo los párrafos de la insigne obra, comentar estas últimas líneas. En ellas diferencian Lombroso y Ferrero, de manera implícita, "delitos" y "criminalidad" o "delincuencia". Lo acabado de copiar demuestra lo exacto de mi aserto anterior, de que Lombroso jamás pidió que se castigara la prostitución como delito y que cuando habla de que ésta es la forma específica de la criminalidad o delincuencia de las mujeres, emplea esas expresiones en un sentido psicológico, pero no en su acepción jurídica.

Y prosigamos transcribiendo lo dicho por César Lombroso y Guillermo Ferrero, pues en el párrafo que sigue, queda plenamente comprobada nuestra interpretación: "Nosotros nos colocamos aquí, sobre todo, en el punto de vista de la estructura íntima de la psique, idéntica en los criminales y en las prostitutas, salvo las diferencias sexuales que están en perfecto acuerdo con las diferencias generales de la psicología masculina y femenina; podemos, pues, afirmar que delito y prostitución (hechas aquí denominadas diversamente) son las dos formas, en el hombre y en la mujer, de la criminalidad, sin ocuparnos, por el momento, de su diversa importancia social. Nos ocuparemos de ella al tratar de las aplicaciones prácticas. Entonces tomaremos en cuenta la diferente importancia social de la criminalidad masculina y de la prostitución; pues si bien se trata del mismo fenómeno, desde el punto de vista psicológico, nos guardaremos bien de proponer, como es forzoso hacerlo para las delincuentes natas, la represión de la prostitución por medio de la prisión y la horeca, pues no es tan peligrosa como el crimen de los hombres y puede, a pesar de esos odiosos defectos, funcionar como un excelente sustituto penal" (36). Este último párrafo ya no necesita comentario. En él se ve, harto claramente, que para Lombroso y Ferrero, si bien prostitución y delincuencia son psicológicamente idénticas, no debe aquella castigarse, porque no es tan peligrosa como la criminalidad sensu

tivo penal, y a él aluden, en la última frase, Lombroso y Ferrero, citando su "Sociología criminal", 3ª ed. de 1893.

Art. 19. — Sin perjuicio de otras asignaciones de la ley de presupuesto, destinase para el Instituto de Profilaxis y Tratamiento de las Enfermedades Venéreas, la suma anual de \$ 300.000 m/n. Mientras esa suma no se incluya en el presupuesto, se tomará de rentas generales, con imputación a la presente ley.

Art. 20. — El P. E. reglamentará la presente ley.

Art. 21. — Esta ley comenzará a regir 180 días después de su promulgación.

Art. 22. — Comuníquese, etc.

Sanción: 17 diciembre 1936.

Promulgación: 30 diciembre 1936.

estricto. En suma, si extraemos el último párrafo de lo que acabamos de transcribir, resultaría que incluso para Lombroso y su colaborador, la prostitución no puede ser considerada como delito en las leyes, siendo incluso, para emplear la frase más divulgada, un "mal necesario".

Entre el enorme acervo bibliográfico consagrado a estos temas, sólo he hallado un par de opiniones francamente favorables al castigo de las prostitutas. En España ha escrito José Castán, al ocuparse de las actitudes que el Estado puede tomar frente a la prostitución, que "es indudable que la prohibición o punición parece la solución más ideal y más conforme con los deberes del Estado". Pero el que lea el libro del civilista español verá que ese párrafo cacofónico está en abierta pugna con lo dicho por el 200 páginas antes, en que combatiendo la teoría de Lombroso y oponiéndose a la equivalencia entre prostitución y criminalidad, había escrito: "la prostitución es simplemente una inmoralidad de la mujer" (37).

Ocupémonos ahora de la cambiante opinión de Mario Manfredini, que fue citado en una importantísima sentencia de la Cámara de Rosario, que luego comentaré, y por mi mismo en la primera redacción del presente estudio, como adversario de que fuesen castigadas las prostitutas, aunque resulta que Manfredini, juez antes y luego "Procuratore del Re", es de los pocos que sustentan la tesis de que la prostitución es una forma de delincuencia. Yo tomé el criterio de Manfredini de la segunda edición del volumen del "Tratado" de Florián consagrado a los "Delitos contra las buenas costumbres y el orden de las familias" (38). En la página 302 escribió el autor: "La prostitución no es una delinquencia (en el sentido suadido, inconfundible con la normalidad de la función) que se actúa por agresión, sino que se desarrolla necesariamente en reciprocidad, e nell'ambiente deve trovare aggraviamento di sviluppo". Ahora, en que el autor, como se verá en seguida, ha añadido reflexiones y párrafos nuevos, aperebimos que esas líneas no son demasiado claras. Pero antes de lo que luego se agregó, el párrafo que yo le parecía esclarecido por las palabras que siguen en la misma página, en que se decía que era necesario castigar las funciones que, aun siendo un "fenómeno subsidiario y secundario" constituyen "una actividad directa a la facilitación de esa actividad antisocial". Es decir que si se penaba sólo el lenocinio y el rufianismo era evidente que Manfredini no estimaba punible la prostitución, a la que, por

otra parte, sólo dedicaba una página anodina (la 13), en la edición por mi consultada al escribir mi trabajo.

No es que ahora Manfredini propugne el castigo de las prostitutas, ya que en la p. 226 de la última edición (39), correlativa de la 302 de la segunda, por mi invocada antes, se limita a decir lo mismo, sino que, al escribir sobre la vida sexual, en la sección primera de su obra, ampliando a tres la sola página que dedicaba a la prostitución antes, dice ahora (en la p. 22) que ésta es una "forma de inmoralidad" y a seguida añade: "Giacché io non esito a definire delinquenza questo modo di attuare la funzione sessuale, limitato alla soddisfazione individuale e contro ogni interesse collettivo, dappoiché la prostituzione, con il deterioramento degli organismi e l'abbruttimento derivante dagli amplessi infettivi, determina l'affievolimento dell'istinto di riproduzione e rende insufficiente la funzione al bisogno della specie, singolarmente per quanto si riferisce alle qualità evolutive". A continuación invoca el criterio de Lombroso y desecha las objeciones de Florián, para concluir diciendo que "pertanto sembra al mio pensiero certo questo aspetto di criminalità speciale della prostituzione odierna...". Pero, como Lombroso, se guarda muy bien de configurar como delito. La página siguiente — la 23 — comienza así: "Hoy es indudable que la prostitución es una forma degenerada de las relaciones sexuales; y es igualmente verdad que es una necesidad social dependiente de la constitución económica de la humanidad civil, concomitante con los varios aspectos de la necesidad sexual y con el hecho de que es imposible satisfacerla más que recurriendo a la colaboración del individuo del otro sexo; de aquí que, en el aspecto social moderno, sólo sería posible la regularidad de esas relaciones si fuese posible tener mujer en edad juvenisima y nunca quedarse viudo; o, si por las condiciones ético-económicas fuese admisible la poligamia".

Ya hemos probado que el criterio lombrosiano no es el de castigar a las prostitutas; pero su tesis de equivalencia entre prostitución y criminalidad, de la que no anda lejos Feré (40), ha sido reciamente combatida y se ha aprovechado la coyuntura, por muchos autores, para criticar, con más o menos congruencia, el sistema de penar la prostitución. Uno de los primeros en oponerse al punto de vista lombrosiano fue Eugenio Florián (41). Por su parte Carlier, había dicho antes de que apareciera el notorio libro de Lombroso y Ferrero, en el

publica, el buen costume. Delitti contro la famiglia". Milán, Vallardi, 1934.

(40) "Degenescence et criminalité". París, Alcan, p. 77.

(41) "Note critique" a la obra de Lombroso y Ferrero, en "La Scuola Positiva", III, p. 708; y "La prostituzione e la legge penale", Milán, 1899, p. 1.

(36) "La femme criminelle et la prostituée", ya cit., p. 378-380. Por su parte Enrique Ferri ha considerado la prostitución como un susti-

(37) "La crisi del matrimonio", Madrid, Reus, 1914, ps. 464-469 y 278.

(38) "Trattato di Diritto penale", Seconda edizione, Volume IX "Dei Delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie", Milán, Vallardi, 1921.

(39) M. Manfredini, "Delitti contro la moralità

Ley 15.465 (*). — Régimen de notificación obligatoria de enfermedades (B. O. 23/X/60).

Art. 1° — Es obligatoria, en todo el territorio de la Nación, la notificación de los casos de enfermedades incluidas en la presente ley, conforme con lo determinado en la misma.

Es igualmente obligatoria la notificación de los portadores de gérmenes de las enfermedades transmisibles a que se refiere el art. 2° grupos A y B, cuando se hubieren identificado como tales.

Art. 2° — Deben ser objeto de notificación las siguientes enfermedades:

Grupo A:

Cólera.
Fiebre amarilla: urbana, selvática.
Peste: humana, en roedores.
Viruela: alastrin.
Tifus exantemático transmitido por piojos.
Fiebre recurrente transmitida por piojos.

Grupo B:

Botulismo.
Encefalitis infecciosa aguda.
Enfermedad de Chagas-Maza.
Fiebre tifoidea y paratifoidea.
Hidatidosis.
Lepra.
Paludismo.
Poliomielitis anterior aguda (forma parálisis).
Rabia: humana; personas mordidas por animales sospechosos.
Sífilis.
Tuberculosis.
Tétanos.
Triquinosis.
Virus hemorrágica del Noroeste bonaerense.

Grupo C:

Actinomicosis.
Brucelosis humana.
Carbunclo humano.
Coqueluche.
Dengue.
Difteria.
Disenteria: amebiana; bacilar, infantil, estival.
Estreptococias: escarlatina; fiebre reumática.
Hepatitis infecciosa a virus.
Influenza o gripe (exclusivamente forma epidémica).
Infecciones o intoxicaciones alimentarias (a estafilococos y sin especificar).
Leishmaniasis.
Leptospirosis (enfermedad de Weil, ictericia hemorrágica, fiebre canicola).

Meningitis purulenta meningocócicas y otras.

Necatoriasis o anquilostomiasis.
Neumonía atípica primaria (neumonitis).
Ofidismo y aracnoidismo.
Parotiditis urliana.
Poliomielitis no parálisis y otras neurovirosis sin especificar.
Psitacosis y ornitosis.
Rabia animal.
Rubéola.
Sarampión.
Tifus endémico murino transmitido por pulgas.

Tracoma.

Varicela.

Venereas: blenorragia; chancro blando; granuloma venéreo.

Grupo D:

Las enfermedades exóticas y las de etiología desconocida y aquellas no indicadas en la nómina de esta ley, cuando se presente en forma inusitada o colectiva, o con caracteres de gravedad.

El Poder Ejecutivo nacional está facultado, previo informe del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, para agregar otras enfermedades, suprimir alguna de las especificadas o modificar su agrupamiento.

Art. 3° — La notificación debe efectuarse en los casos comprobados o sospechosos de enfermedades incluidas en el grupo A; en los casos comprobados de enfermedades comprendidas en los grupos B y C; y en los eventos contemplados en el grupo D.

Art. 4° — Están obligados a la notificación:

a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;
b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales;
c) El laboratorista y el anatómo patólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

Art. 5° — Están obligados a comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad comprendida en el art. 2°, en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica y el kinesiólogo y los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas.

Art. 6° — La notificación y comunicación de las enfermedades comprendidas en el art. 2° de esta ley serán dirigidas a la autoridad sanitaria más próxima.

Art. 7° — La notificación prescripta en los arts. 3° y 4° debe hacerse por las perso-

sesiones del 21 y 22 de setiembre de 1960 (D. sea, Dip. 1960, ps. 3013-3031, 3077-3092); y el Senado lo sancionó el 29 de setiembre de 1960 (D. sea, Sen. 1960, ps. 1706-1710).

(*) Ley 15.465. — Proyecto del Poder Ejecutivo, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del 6 de noviembre de 1959 (D. sea, Sen. 1959, ps. 2060-2063); la Cámara de Diputados lo consideró y aprobó con modificaciones en las

nas comprendidas en el art. 4°, siempre por escrito y en las oportunidades siguientes:

a) Para las enfermedades comprendidas en el grupo A del art. 2°, inmediatamente de la sospecha o de establecido el diagnóstico de presunción o de certeza;

b) Para las enfermedades comprendidas en los grupos B y D dentro de las 24 horas de su comprobación;

c) Para las enfermedades comprendidas en el grupo C, dentro de los 7 días de su comprobación.

Las personas obligadas por el art. 3° deben comunicar la sospecha de enfermedad dentro de las 24 horas.

Sin perjuicio de la notificación o comunicación escrita, deberá anticiparse los datos respectivos por la vía más rápida en los casos del grupo A y tratándose de enfermedades comprendidas en los otros grupos, cuando presentaren características de rápida propagación o alta letalidad.

Art. 8° — Las notificaciones y comunicaciones serán de carácter reservado, a cuyo efecto el Poder Ejecutivo establecerá un sistema de clave.

La notificación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo y de la fuente de infección; la fecha de iniciación probable; origen supuesto o comprobado; forma clínica de la enfermedad y todo otro dato que resulte de interés sanitario, así como también la individualización de la persona que hace la notificación. Cuando se trate de reconocimiento de cadáveres, deben incluir, además, la fecha probable en que se produjo el deceso.

La comunicación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo, y reunir la mayor cantidad de información vinculada a la enfermedad, así como también la individualización del informante.

Art. 9° — El médico está igualmente obligado a notificar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima, todo brote de enfermedades transmisibles no incluidas en el art. 2°, dentro de las 24 horas.

Art. 10. — Toda persona está obligada a comunicar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima la pululación de vinchucas, mosquitos, piojos y pulgas, conforme lo determina la reglamentación. La información de la existencia o mortalidad insólita de ratas, queda regida por las leyes 11.843 (1) y 14.156 (2) o las que se sancionen en su remplazo.

Art. 11. — La autoridad sanitaria nacional es la única facultada para efectuar las

notificaciones y comunicaciones o declaraciones internacionales sobre ocurrencia de las enfermedades transmisibles de los grupos A, B y D del art. 2° y de todas aquellas que sean de notificación internacional obligatoria.

Art. 12. — Los responsables de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales, deben transmitir al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública las notificaciones o comunicaciones que hubieren recibido de inmediato, cuando se trate de enfermedades comprendidas en los grupos A, B y D del art. 2° y semanalmente las del grupo C del mismo artículo y los supuestos contemplados en los arts. 9° y 10.

Art. 13. — Las notificaciones y comunicaciones por vía postal o telegráfica, serán libres de cargo y los servicios respectivos le darán prioridad y carácter de urgente.

Art. 14. — Recibida la notificación o comunicación, la autoridad sanitaria proveerá los medios para efectuar las comprobaciones clínicas y de laboratorio y a la adopción de las medidas de asistencia del enfermo y las sanitarias de resguardo de la salud pública, comprendiendo las de aislamiento, prevención y otras conducentes a la preservación de la salud.

Art. 15. — Corresponde al Poder Ejecutivo nacional y a los gobiernos provinciales reglamentar la presente ley dentro de sus respectivas competencias y celebrarán acuerdos a fin de lograr el inmediato cumplimiento de sus finalidades.

Art. 16. — Las personas enumeradas en el art. 4° que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley sufrirán una multa de m\$n. 500 a m\$n. 10.000.

Accesorariamente se harán pasibles de amonestaciones y en caso de reiterado incumplimiento, de suspensión temporal en el ejercicio profesional de 1 a 3 meses.

Art. 17. — Las personas enumeradas en el art. 5° que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley sufrirán una multa de m\$n. 200 a m\$n. 5.000.

Art. 18. — Las sanciones serán impuestas por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, o por las autoridades sanitarias provinciales, según corresponda. En el primer caso serán apelables para ante la justicia federal y las sanciones se harán efectivas por los jueces de sección correspondientes.

Art. 19. — Derógase la ley 12.317 (3).

Art. 20. — Comuníquese, etcétera.
Sanción: 29 setiembre 1960.
Promulgación: 24 octubre 1960.

Citas a la ley 15.465:

(1) Ver t. 1920-1940, p. 517.

(2) Ver t. XII-A, p. 18.

(3) Ver t. 1920-1940, p. 700.

nes jerárquicas con el Poder Ejecutivo, actuará por intermedio de la Secretaría de Transportes.

Art. 2° — La Empresa se constituirá con las actuales Administraciones Generales de la Flota Mercante del Estado y de la Flota Argentina de Navegación de Ultramar, cuyo carácter de Empresas Estatales independientes queda derogado. El Poder Ejecutivo adoptará las medidas necesarias para fusionar dichas administraciones. El patrimonio de la Empresa se integrará con los bienes que dichas administraciones generales administran y explotan actualmente y los que se les incorporen o adquieran en el futuro.

Art. 3° — La Empresa estará dirigida por un Directorio, cuyo presidente será nombrado por el Poder Ejecutivo con acuerdo del Senado.

Art. 4° — La Secretaría de Transporte someterá a la aprobación del Poder Ejecutivo, dentro de los 30 días de la fecha de la promulgación de la presente ley, el Estatuto Orgánico que regirá la Empresa, el que se ajustará a normas que le permitan desenvolverse convenientemente en el ámbito comercial internacional de libre competencia.

Art. 5° — La Empresa funcionará como tal a partir de la fecha que fije el Poder Ejecutivo.

Art. 6° — Derógase toda otra disposición legal que se oponga a la presente ley.

Art. 7° — Comuníquese, etcétera.
Sancción: 30 setiembre 1960.
Promulgación: 26 octubre 1960.

Ley 15.762 (*). — Enviados extraordinarios y ministros plenipotenciarios: derogación del decreto-ley 15.394/57 (B. O. 2/XI/60).

Art. 1° — Los funcionarios del Servicio Exterior de la Nación de las categorías de enviados extraordinarios y ministros plenipotenciarios de primera clase y enviados extraordinarios y ministros plenipotenciarios de segunda clase, (incs. b) y c) del art. 2° de la ley 12.951 (1) podrán ser acreditados como titulares de embajadas o legaciones, previo el pertinente acuerdo del Honorable Senado de la Nación, con retención de sus rangos.

Art. 2° — Mientras desempeñen el cargo para el que se les acredita, percibirán como

Citas a la ley 15.762:
(1) Ver. t. VII, p. 204.

(*) Ley 15.762. — Proyecto del Poder Ejecutivo, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del 27 de setiembre de 1960 (D. ses. Sen. 1960, ps. 1497-1499), y por doctores Carlos A. Lebrero y otros, considerado en la Cámara de Diputados en la sesión del 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4123-4124).

haber el que el presupuesto de la Nación les fija en sus respectivas categorías.

Art. 3° — Derógase el decreto-ley 15.394/57.

Art. 4° — A partir de la fecha de sanción de la presente ley, los actuales ministros consejeros pasarán a revistar en la categoría que determina el inc. c) del art. 2° de la ley 12.951. Servicio Exterior de la Nación, previo acuerdo del Honorable Senado de la Nación.

Art. 5° — Comuníquese, etcétera.
Sancción: 30 setiembre 1960.
Promulgación: 24 octubre 1960.

Ley 15.763. — Subsidio al Coro Polifónico de Salta (B. O. 17/XI/60).

Antecedentes parlamentarios: Proyecto del diputado Jorge R. Decavi, considerado y aprobado por la Cámara de Diputados en la sesión del 22 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 3112-3119); el Senado lo aprobó con modificaciones en la sesión del 29 de setiembre de 1960 (D. ses. Sen. 1960, p. 1840) y la Cámara de Diputados le dio sanción definitiva el 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4123-4124).

Ley 15.764. — Subsidio a la Asociación El Centavo (B. O. 17/XI/60).

Antecedentes parlamentarios: Proyecto del senador Benjamín Guzmán, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del 28 de setiembre de 1960 (D. ses. Sen. 1960, ps. 1621-1623) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4124-4125).

Ley 15.765. — Subsidio a la Asociación Salesiana de San Rafael, provincia de Mendoza (B. O. 17/XI/60).

Antecedentes parlamentarios: Proyecto del senador Francisco E. Cañequé, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del 29 de setiembre de 1960 (D. ses. Sen. 1960, ps. 1837-1838) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, p. 4125).

Ley 15.766 (**). — Lucha contra el cáncer y enfermedades afines: creación del Instituto Nacional de Oncología (B. O. 5/XI/60).

Art. 1° — Se declara de interés nacional con carácter permanente la lucha contra el

30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4120-4121).

(**) Ley 15.766. — Proyecto de los senadores Carlos A. Lebrero y otros, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del

cáncer y enfermedades afines, debiendo concurrir a la misma los órganos técnicos dependientes del Poder Ejecutivo, de los gobiernos provinciales y municipales y las entidades privadas.

Art. 2° — Créase el Instituto Nacional de Oncología, con carácter de organismo descentralizado, dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que tendrá a su cargo la lucha contra el cáncer en el ámbito nacional.

Serán funciones del Instituto:

a) Hacer un estudio demostadístico para determinar la morbilidad por cáncer en el país, en forma general y por sectores geográficos y sociales;

b) Aumentar, racionalizar y distribuir los elementos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, facilitando su máxima y mejor utilización en las zonas más necesitadas;

c) Proveer de instrucción y entrenamiento en las técnicas más adelantadas del diagnóstico y tratamiento del cáncer, instituyendo becas internas y residencias para profesionales de todo el país, dando preferencia a quienes, terminado y aprobado su período de capacitación se comprometan a desarrollar su actividad durante un plazo no menor de tres años, en los lugares que el Instituto Nacional de Oncología considere de interés para el desarrollo del programa;

d) Estimular, fomentar y apoyar similares actividades de formación técnicoprofesionales en universidades, hospitales, fundaciones y sociedades científicas;

e) Incrementar la educación sanitaria de la población, difundiendo los conocimientos reales sobre cáncer en coordinación con los organismos competentes;

f) Estudiar la solución y resolver los problemas sociales que el enfermo con cáncer plantea en el núcleo familiar y en la comunidad, facilitando su rápida atención y su ulterior internación en establecimientos adecuados para la convalecencia y el cuidado de aquellos que así lo requieran por su estado;

g) Realizar, promover y fomentar investigaciones y experimentos relacionados con el estudio de las causas, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cancerosas;

h) Promover la coordinación de las entidades públicas y privadas en la lucha contra el cáncer, asistiendo a los organismos provinciales y municipales de salud pública

ca en la realización de programas afines y formular a tal efecto convenios con las provincias, municipalidades, universidades e instituciones científicas;

i) Intervenir como asesor del Poder Ejecutivo, en la adjudicación de subsidios a entidades que tengan por finalidad la lucha contra el cáncer.

Art. 3° — A los fines del levantamiento de estadísticas demostrativas que faciliten la mejor ejecución de los objetivos de esta lucha, el cáncer y enfermedades afines serán de declaración obligatoria, a cuyo efecto se establecerá la confección de una ficha para una clasificación uniforme, a fijar en la reglamentación de la presente ley. La declaración de los enfermos de cáncer o de los casos sospechosos es obligatoria para el médico que los asista, haya asistido o los conozca por cualquier medio.

Art. 4° — Con el objeto de facilitar la tarea del Instituto Nacional de Oncología, el Poder Ejecutivo queda facultado para crear el Consejo Nacional de Oncología, que deberá ser integrado con personalidades científicas y dirigentes de entidades benéficas afines, reconocidos por su dedicación en la lucha contra el cáncer.

Art. 5° — El Instituto Nacional de Oncología administrará los fondos, que anualmente le fije el presupuesto general de la Administración Nacional, las donaciones y legados que reciba y los importes que recaude por los servicios que preste, a cuyo efecto el Poder Ejecutivo establecerá un arancel.

Art. 6° — Facúltase al Poder Ejecutivo para invertir hasta la suma de \$ 100.000.000 en la creación del Instituto Nacional de Oncología, que se tomará de Rentas Generales.

Art. 7° — Comuníquese, etcétera.
Sancción: 30 setiembre 1960.

Promulgación: aprobada por el Poder Ejecutivo el 26 de octubre de 1960 según el art. 70 de la Constitución Nacional.

Ley 15.767 (*). — Enseñanza de los principios de la salud (B. O. 5/XI/60).

Art. 1° — Declárase de interés nacional la enseñanza de los principios de la salud en todo el ámbito de la República.

Art. 2° — El Poder Ejecutivo con intervención del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, dictará las

4 de noviembre de 1959 (D. ses. Sen. 1959, t. III, ps. 1985-1990) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4126-4127).

(*) Ley 15.767. — Proyecto de los senadores Carlos A. Lebrero y otros, considera-

do y aprobado por el Senado en la sesión del 10 de noviembre de 1959 (D. ses. Sen. 1959, t. III, ps. 2134-2137) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 30 de setiembre de 1960 (D. ses. Dip. 1960, ps. 4128-4129).

pago a que se refiere el art. 5º, serán depositadas en cuenta especial del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, el que las distribuirá directamente asignándolas a los fines de su competencia, previas deducciones según el art. 6º, de acuerdo a convenios.

Art. 8º — La Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos dictará la reglamentación del PRODE en la cual se determinarán los plazos de caducidad de los distintos premios y la forma de inutilización de las tarjetas pagadas o prescriptas. El Ministerio de Bienestar Social fijará el precio de las apuestas de este juego.

Art. 9º — Queda prohibida en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y en las jurisdicciones donde se explote el PRODE, la introducción por cualquier medio, incluso postal, general o individual y con fines de expendio, al igual que el anuncio, propaganda, circulación o venta, por cualquier medio, incluso también postal, de todo otro concurso de pronósticos deportivos que no sea el explotado por la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos.

Art. 10. — Queda también prohibida, en las mismas jurisdicciones señaladas en el artículo anterior la venta, en la vía o lugares públicos, de tarjetas de concursos de pronósticos deportivos y cualquier otra participación en juegos de este tipo, salvo autorización expresa del Ministerio de Bienestar Social.

Las tarjetas en poder de los infractores serán decomisadas por la autoridad interviniente y destruidas, haciéndose constar por acta levantada ante escribano público, el juego de que se trata, la fecha del concurso, la serie

nes sociales, con coparticipación directa de las provincias que se adhieran por convenio.

El sistema consiste en premiar con un porcentaje de lo recaudado a aquellos apostadores que acierten la mayor cantidad de resultados de los eventos deportivos que integran el juego.

Los aportes que realiza el público son de escaso volumen y esta característica hace que las apuestas no incidan sobre la capacidad de ahorro y de consumo de la población. En efecto, no resulta necesario arriesgar grandes sumas para obtener premios de magnitud, pues éstos se integran con un pequeño aporte personal

y número de las tarjetas, y todo otro dato identificatorio de las mismas.

Art. 11. — Todo documento justificativo de las apuestas del PRODE, así como también su venta, estarán exentos de todo gravamen nacional, provincial o municipal, o de cualquier otro recargo directo o indirecto.

Art. 12. — La falsificación, adulteración o alteración de las tarjetas del PRODE, así como la introducción, expendio o circulación de tales elementos falsificados, adulterados o alterados, serán reprimidos, según corresponda, con las sanciones establecidas en los arts. 292, 293, 294, 296 y 298 del Cód. Penal.

Art. 13. — Las infracciones a la presente ley, no comprendidas en el artículo anterior, así como la violación de sus prohibiciones, siempre que no tuvieran otra sanción más grave, serán reprimidas con las sanciones establecidas en las normas de represión de juegos prohibidos vigentes en cada jurisdicción.

Art. 14. — La Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos podrá celebrar convenios con los gobiernos provinciales, en los términos de la presente ley y sujetos a la aprobación del Poder Ejecutivo nacional, tendientes a determinar la participación que las provincias tendrán en el producido de los juegos que explote el organismo, así como también las funciones a cargo de las beneficiarias.

Art. 15. — La Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos podrá utilizar transitoriamente de los fondos disponibles de la Cuenta Especial número 324, los importes necesarios para la implantación del PRODE, reintegrándose los mismos en la medida en que se produzcan las recaudaciones a que se refiere el art. 2º.

Art. 16. — Comuníquese, etc.

de cada jugador que no vulnera en absoluto la economía familiar.

Desde el punto de vista social es de señalar que la oficialización de este juego permitirá la identificación de los posibles jugadores y eventualmente una morigeración en su afición a apostar.

Por último, cabe destacar que la implantación de este sistema y su puesta en marcha, no insumirá grandes gastos en razón de que la infraestructura de la repartición a la cual se encomienda la explotación es adecuada para ello.

Dios guarde a V. E. — Francisco G. Manrique.

LEY 19.337 (**)

Salud pública — Descentralización de establecimientos hospitalarios y asistenciales (**).

Sanción y promulgación: 10 noviembre 1971.

Publicación: B. O. 13. XI/71.

Art. 1º — Transfórmense a partir del 1º de enero de 1972, los establecimientos hospitalarios que se detallan en anexo que se agrega a la presente ley en organismos de carácter descentralizado, cuya relación con el Poder Ejecutivo nacional será a través del Ministerio de Bienestar Social.

Art. 2º — Los establecimientos a que hace mención el art. 1º tendrán por objetivo básico lograr una elevación del nivel de salud en su área de influencia con especial énfasis en los sectores de población de menores recursos so-

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 19.337.

Buenos Aires, 10 de noviembre de 1971.

Al Excmo. señor Presidente de la Nación:

El Ministerio de Bienestar Social tiene el honor de someter a consideración de V. E., el proyecto de ley que se acompaña, por el cual se propicia la descentralización de los establecimientos hospitalarios y asistenciales dependientes de su jurisdicción.

Teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-75 que fuera aprobado por ley 19.039 (v. p. 1248) en su capítulo XII apartado 3, este Ministerio

(**) LA REFORMA HOSPITALARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU ORGANIZACION

Por Belisario J. Hernández

I — Objetivo de la ley 19.337

El objetivo buscado por la ley 19.337 surge con bastante claridad de las consideraciones vertidas en la nota de elevación de su proyecto, en las que por otra parte se alude al Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad cuyas finalidades tiende a concretar en el ámbito de su influencia. En verdad, la ley confirma la existencia de una política que ya ha tenido comienzo de ejecución antes de ahora, y que obviamente se desarrolla en el área de salud pública, y más específicamente aún, en el área de la salud de un gran sector de la población del país. El objetivo primario de la ley es, pues, obtener la máxima eficiencia en la satisfacción de las necesidades que en materia de salud se le presentan a los sectores de menores recursos socioeconómicos.

cioeconómicos, de acuerdo con las metas generales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad (v. p. 1248) y con las metas contribuyentes que les fije el Ministerio de Bienestar Social a través del subsecretario de Salud Pública.

Art. 3º — El carácter de organismos descentralizados responde fundamentalmente a su faz administrativa, pero en lo que respecta a su aspecto técnico-científico actuará bajo normas y directivas que les imparta el subsecretario de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Atención Médica.

Art. 4º — Los establecimientos a que se refiere el art. 1º de la presente ley actuarán como personas jurídicas capaces de adquirir derechos y contraer obligaciones, con las facultades que a continuación se expresan:

procedió a efectuar un análisis de las medidas a aplicar a los efectos de dar cumplimiento a los objetivos y metas en el mismo fijadas. Entre dichas metas surge con claridad la correspondiente a cubrir la falta de coordinación entre los tres subsectores que hacen a la salud pública a saber —estatal, para-estatal y privado— lo que se traduce en inadecuada distribución de los recursos, superposiciones, falta de unidad de criterio y subutilización de la capacidad instalada.

Una de las medidas a aplicar para dar principio de ejecución a las medidas requeridas para el cumplimiento de los objetivos señalados, es la de crear un régimen legal para que los hospitales y establecimientos asistenciales del

Subsumido en el mencionado objetivo que adquiere así carácter de principio general, aparece el inmediatamente perseguido por el acto legislativo de que se trata: la integración de las actividades específicas de los establecimientos hospitalarios y asistenciales estatales con las que se encuentran a cargo de diversos entes de reciente creación o reorganización, prestadores de servicios sociales asistenciales de naturaleza médico-integral. Tal coordinación —fundamental elemento del concepto de organización— (recuérdese que ya integraba la sigla PODSCORB de Gullik) ha sido puesta de relieve en la referida nota, en cuanto expresa que entre las metas a lograr surge con claridad la correspondiente a cubrir la falta de coordinación entre los tres subsectores que hacen a la salud pública a saber —estatal, para-estatal,

i) Elevar al Ministerio de Bienestar Social para su consideración la memoria anual y el programa operativo.

j) Informar periódicamente al subsecretario de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Atención Médica sobre el funcionamiento del establecimiento a su cargo, de acuerdo a lo establecido en el sistema de Control de Gestión del Ministerio de Bienestar Social.

k) Someter a consideración del subsecretario de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Atención Médica, para su aprobación, los programas operativos del establecimiento a su cargo.

l) Aplicar el régimen de compensaciones adicionales para el personal del establecimiento de acuerdo a la legislación pertinente.

Art. 7º — Los recursos de cada establecimiento hospitalario se integrarán con:

a) Los fondos que le fije el presupuesto general de la Nación y los que se acuerden por decretos y leyes especiales.

b) Los fondos que les transfieren los ministerios y reparticiones públicas.

c) Las recaudaciones y derechos que perciba, adquirida o provengan del ejercicio de sus funciones o prestación de servicios.

d) El producto de las ventas de publicaciones propias.

e) Las herencias, legados o donaciones que reciba, los que estarán libres de todo impuesto creado o a crearse.

f) El producido de la venta de los bienes en desuso y de su propia producción, desahucados de su patrimonio.

g) Los intereses, rentas u otros frutos producidos por sus bienes patrimoniales o por los que administra la unidad.

Por lo demás, en repetidas oportunidades la doctrina ha puesto de manifiesto la ausencia de un régimen jurídico uniforme respecto de la regulación de tales entidades. En tal sentido cabe destacar que tanto en las leyes mediante las cuales el órgano legislativo crea entidades del tipo comentado, como en las normas generales que se dictan para reglar la actividad de los órganos integrantes de la Administración pública nacional no existe uniformidad de criterio en cuanto a la denominación técnica que se da a aquéllas; utilizándose una terminología variable ya que en algunas oportunidades se los designa como entidades autárquicas y organismos descentralizados en otras; aunque pareciera que esta última denominación es la que prima, con las excepciones que posibilitan esta disquisición. Vg. la ley 19.322 (v. p. 3001) denomina "entidad autárquica" al ente que reestructura.

h) Los montos provenientes del Fondo de Reserva a que hace referencia el art. 8º de la presente ley.

i) Todo otro aporte, subsidio o contribución en dinero o en especie proveniente de entidades oficiales, particulares o de terceros destinados a solventar su funcionamiento o como contribución para esos fines, contribuciones y aportes que estarán libres de todo impuesto, creado o a crearse.

j) El producido de los convenios que se celebren con las obras sociales comprendidas en las leyes 18.610 (t. o.), 19.032 y las similares que se dicten, para la integración de las prestaciones asistenciales con las obras sociales.

k) Otros recursos que determine el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 8º — Créase en cada establecimiento hospitalario, un Fondo de Reserva, de carácter acumulativo que se integrará con los saldos no comprometidos al fin de cada ejercicio.

Art. 9º — Los establecimientos hospitalarios comprendidos en la presente ley estarán sometidos a las disposiciones de la ley de contabilidad [XVII-A, 154] y de obras públicas [VII, 404], pero la intervención del Tribunal de Cuentas de la Nación se operará con posterioridad a la ejecución de los actos y a través de las rendiciones de cuenta que los mismos deberán presentar directa y mensualmente a dicho órgano de control externo.

Art. 10. — Los establecimientos a que se refiere la presente ley serán parte integrante del sistema coordinado de prestaciones —Sistema Efector Coordinado— a implantar por el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 11. — Hasta tanto se opere la transferencia de organismos y de asignaciones presupues-

Con motivo de la sanción de la ley 19.337 y en atención al contenido de sus disposiciones generales, excluidas las derogativas de leyes anteriores, es del caso plantearse el interrogante si no resultaría de aplicación la teoría que sostiene el profesor Marienhoff acerca de la facultad del órgano Ejecutivo para crear mediante reglamento autónomo tales entes o transformarlos en descentralizados como hace la ley. Pareciera que el caso pertenece a la llamada "zona de reserva de la administración" y que, con la salvedad apuntada podría ejercer válidamente sus atribuciones constitucionales para dictar el acto pertinente.

IV — Aspectos organizativos

1. El primero de los aludidos aspectos que debe destacarse es el relativo a la estructura del órgano a cuyo cargo se coloca la administra-

tarias de acuerdo a lo dispuesto en la presente ley, los compromisos ya contraídos y las nuevas erogaciones emergentes de la continuidad de los servicios afectados, se atenderán con los créditos autorizados para dichos servicios por el presupuesto general de la Administración nacional, vigentes a la fecha del dictado de la presente.

Art. 12. — Dentro de los 60 días el Ministerio de Bienestar Social deberá proponer al Poder Ejecutivo la adaptación de la legislación vigente a las disposiciones de la presente ley.

Art. 13. — Dentro de los 60 días el Ministerio de Bienestar Social deberá proponer al Poder Ejecutivo los decretos rectificatorios de las estructuras orgánicas de los organismos que por aplicación de la presente ley resulten modificadas.

Art. 14. — Derógase la parte pertinente del inc. e) del art. 7º de la ley 17.469 [XXVII-C, 2774], en cuanto se refiere a la administración de los establecimientos que integran el Instituto Nacional de Salud Mental.

Art. 15. — Las provincias, sus municipios, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y las universidades nacionales podrán adherirse, en función de sus competencias, a lo prescripto por la presente ley a efectos de lograr la coordinación integral de las prestaciones asistenciales internas, externas y domiciliarias.

Art. 16. — Comuníquese, etc.

ANEXO

Policlínico "Profesor Mariano R. Castex", San Martín, provincia de Buenos Aires.

Policlínico "Profesor Ricardo Finochietto", Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

Policlínico "Profesor Gregorio Aráoz Alfaro", Lanús, provincia de Buenos Aires.

Policlínico "Profesor Alejandro Posadas", Villa Sarmiento, Haedo, provincia de Buenos Aires.

Unidad de Atención Médica Integral Rivadavia, Peralta Ramos, Capital Federal.

Policlínico de Ezeiza, provincia de Buenos Aires.

Policlínico de Ciudadela, provincia de Buenos Aires.

Hospital de Zona "Doctor Joaquín Castellanos", Gral. Güemes, provincia de Salta.

Sanatorio "Fidanza", Diamante, provincia de Entre Ríos.

Sanatorio "J. J. Puente", San Francisco del Chañar, provincia de Córdoba.

Sanatorio "Baldomero Sommer", Gral. Rodríguez, provincia de Buenos Aires.

Hospital Sanatorio de Llanura "Vicente López y Planes", Gral. Rodríguez, provincia de Buenos Aires.

Instituto de Cirugía Torácica, Capital Federal.

Hospital Oftalmológico "Santa Lucía", Capital Federal.

Instituto Oftalmológico "Pedro Lagleyze", Capital Federal.

Instituto de Odontología Infantil, Capital Federal.

Centro de Vías Respiratorias "Gral. Manuel Belgrano", Villa Zagala, provincia de Buenos Aires.

Hospital Nacional de Odontología, Capital Federal.

Centro de Salud de Mataderos, Capital Federal.

ción de los entes descentralizados. En tal sentido no cabe duda alguna que la ley 19.337 se aparta de todos los antecedentes legales existentes en materia de leyes orgánicas de entidades autárquicas o descentralizadas (recuérdase que la utilización de ambos términos responde a la existencia de dos criterios doctrinales respecto a la denominación de tales entidades). Los mencionados antecedentes indican que la dirección y administración de los organismos se encomienda a dos órganos, uno de estructura unipersonal y el segundo, de estructura colegiada o colegial; presentándose también casos en que se emplea este último tipo de órgano solamente.

En cambio, el art. 5º del acto legislativo comentado se decide por la elección de un órgano de estructura unipersonal: el director, a quien se le confieren funciones de naturaleza ejecutiva y directiva según se desprende del

art. 6º. Nuevamente se ha de insistir en señalar la tendencia a emplear vocablos que no resultan adecuados desde el punto de vista técnico, así en el caso, se expresa que la "conducción" de cada establecimiento... etc. (art. 5º). La principal característica de los entes a que se refiere la ley es su facultad de autoadministración, de la que obviamente derivan los restantes datos que conforman su naturaleza jurídica, por lo que los directores son los administradores, tanto en los aspectos directivos como ejecutivos y no los conductores.

2. La segunda puntualización que procede sobre los aspectos organizativos del régimen implantado por la ley 19.337, reviste mayor importancia en razón de referirse al grado de descentralización que se establece, que en alguna medida implica un apartamiento de los principios jurídico-organizacionales que rigen la materia; pese a existir una extensa gama

Centro de Salud de Villa Soldati, Capital Federal.

Instituto Nacional de Epidemiología, Recreo, provincia de Santa Fe.

Instituto Nacional de Epidemiología, Mar del Plata, provincia de Buenos Aires.

Instituto Tisiológico, Punilla, provincia de Córdoba.

Hospital de Gastroenterología "Doctor Bonorino Udaondo", Capital Federal.

Hospital de Niños, provincia de Catamarca.

Hospital "San Juan Bautista", provincia de Catamarca.

Hospital Rural, Belén, provincia de Catamarca.

Hospital Rural, Icaño, provincia de Catamarca.

Hospital Rural, Chumbicha, provincia de Catamarca.

Hospital Rural, Fernández, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Vecinal Tipo Centro de Salud, Añatuya, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Rural, Ojo de Agua, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Regional, Termas de Río Hondo, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Vecinal Tipo Centro de Salud, Frias, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Rural, Bandera Dajada, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Rural, Pinto, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Rural, Forres, provincia de Santiago del Estero.

Dispensario Oftalmológico, "Profesor E. B. Demaria" provincia de Santiago del Estero.

de variaciones en los elementos que integran la descentralización administrativa y que son la transferencia de potestades y el control que se reserva la Administración central.

Es así que la ley otorga personalidad jurídica a los establecimientos hospitalarios sobre los que legisla, y a partir de la fecha fijada para su vigencia éstos se convertirán en sujetos de derecho con todos los efectos jurídicos que ello significa. Se los dota de patrimonio y de recursos legales. El órgano director tiene amplias facultades de administración, todo lo cual resulta usual y corriente en materia de descentralización administrativa.

Pero el dato que ofrece el art. 3º de la ley no condice con la naturaleza jurídica acordada. Dicha disposición que merece ser transcrita por los alcances que encierra: "El carácter de organismos descentralizados responde fun-

Centro de Salud, Quimilí, provincia de Santiago del Estero.

Centro de Salud, Bandera, provincia de Santiago del Estero.

Centro de Salud, Clodomira, provincia de Santiago del Estero.

Hospital Vecinal Tipo Centro de Salud "Doctor Vicente Arroyabe", Tartagal, provincia de Salta.

Centro de Salud, Embarcación, provincia de Salta.

Hospital de Zona "J. J. de Urquiza", Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos.

Centro Tisiológico "Doctor Raimondi", Villaguay, provincia de Entre Ríos.

Centro de Salud, Gualeguaychú, provincia de Entre Ríos.

Centro de Salud "Martina B. de Caminal", Concordia, provincia de Entre Ríos.

Hospital de Zona "Presidente Plaza", provincia de La Rioja.

Centro de Salud, Aimogasta, provincia de La Rioja.

Centro de Salud, Chilceto, provincia de La Rioja.

Centro de Salud, Chamical, provincia de La Rioja.

Centro de Salud, La Quiaca, provincia de Jujuy.

Hospital Rural Tipo Centro de Salud, Teka, provincia del Chubut.

Hospital Rural, El Maitén, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Esquel, provincia del Chubut.

Hospital Rural Gobernador Costa, provincia del Chubut.

damentalmente a su faz administrativa, pero en lo que respecta a su aspecto técnico-científico actuará bajo normas y directivas que les imparta el subsecretario de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Atención Médica. Si se tratare de actividad de control, evidentemente no ofrecería reparo alguno desde el momento en que la Administración siempre se reserva la potestad de controlar a los entes descentralizados, que como se dijera, es de intensidad variable. Pero el caso es que, de la redacción del citado artículo, se desprende que en el aspecto a que alude la intervención de Salud Pública tiene alcance de entidad tal que desvirtúan el régimen de autarquía o descentralización, al subordinar el accionar de los establecimientos a las directivas que se les impartan. Con el agravante que estas provendrán de un órgano de la Administración centralizada.

Hospital Rural, José de San Martín, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Paso de los Indios, provincia del Chubut.

Hospital Rural "Santa Teresita", Rawson, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Puerto Madryn, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Río Mayo, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Río Senguer, provincia del Chubut.

Hospital Rural, Sarmiento, provincia del Chubut.

Hospital de Zona, Jobson-Vera, provincia de Santa Fe.

Instituto Nacional de Oncología, provincia de Santa Fe.

Centro Sanitario de Santa Fe.

Hospital Vecinal, Esperanza, provincia de Santa Fe.

Hospital Vecinal, San Cristóbal, provincia de Santa Fe.

Dispensario Oftalmológico, provincia de Santa Fe.

Hospital de Zona "Jaime Ferré", Rafaela, provincia de Santa Fe.

Hospital Rural, Ushuala, Gobernación de Tierra del Fuego.

Hospital Rural, Río Grande, Gobernación de Tierra del Fuego.

Centro de Salud, Graneros, provincia de Tucumán.

Servicio Siquiátrico "Hogar Especial Gerontopsiquiátrico", Villaguay, provincia de Entre Ríos.

Servicio Siquiátrico, Río Cuarto, provincia de Córdoba.

Servicio Siquiátrico "Hogar Especial para Oligofrénicos Alborada", Bell Ville, provincia de Córdoba.

Hospital Infante-Juvenil "Doctora Carolina Tobar García", Capital Federal.

Hospital Colonia Santa María, Punilla, provincia de Córdoba.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 19.339.

Buenos Aires, 29 de octubre de 1971.

Al Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tengo el honor de someter a la consideración de V. E. el proyecto de ley adjunto mediante el que se aprueba el contrato 1225 celebrado entre la Dirección General de Fabrica-

Hospital Colonia "Juan N. Obarrio", provincia de Tucumán.

Hospital Colonia "Diego Alcorta", provincia de Santiago del Estero.

Hospital Colonia "Cristofredo Jacob", provincia de Salta.

Hospital Nacional "José T. Borda", Capital Federal.

Hospital Nacional "José A. Esteves", Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires.

Hospital Nacional "Braulio A. Moyano", Capital Federal.

Colonia "Doctor Emilio Vidal Abal", Oliva, provincia de Córdoba.

Colonia Ciudad Federal, provincia de Entre Ríos.

Colonia "Doctor Manuel A. Montes de Oca", Torres-Luján, provincia de Buenos Aires.

Centro de Salud Mental "Arturo Ameghino", Capital Federal.

Colonia "Doctor Domingo Cabred", provincia de Buenos Aires.

Centro de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Capital Federal.

Centro de Rehabilitación Profesional, Capital Federal.

Escuela de Terapia Ocupacional, Capital Federal.

LEY 19.338

Ver apéndice.

LEY 19.339 (*)

Minería — Aprobación de un contrato para la exploración del área "Campana Mahuida" de la provincia del Neuquén, con la opción de explotación de los yacimientos de cobre, molibdeno y otros minerales de primera categoría que se descubran en dicha área.

Sanción y promulgación. 10 noviembre 1971.
Publicación: B. O. 18/XI/71.

Art 1º — Apruébase el contrato 1225 celebrado por la Dirección General de Fabricaciones Militares con la firma Falconbridge Nickel Mi-

ciones Militares y la firma Falconbridge Nickel Mines Limited, de Toronto, Canadá.

Por dicho contrato se encomienda la exploración complementaria del área N° 54 denominada "Campana Mahuida" de una superficie aproximada de 225 km², sita en la provincia del Neuquén, lo que Falconbridge Nickel Mines Limited ha de efectuar por su cuenta y cargo exclusivo sin erogación alguna para la Dirección General de Fabricaciones Militares.

El proyecto de ley establece normas de aplicación en relación al tiempo, reconociendo que sus beneficiarios alcanzan a aquellas inversiones que se deducen como consecuencia de su vigencia.

A fin de prevenir abusos u operaciones simuladas, se establecen sanciones pecuniarias para los autores sin perjuicio de las sanciones y penalidades previstas en la Ley N° 11.683 (T.O. 1978) y sus modificaciones y en el Código Penal.

Dios pague a vuestra excelencia.
José A. Martínez de Hoz
Albano P. Margulideguy
David R. H. de la Riva

LEY N° 22.371

Buenos Aires, 13 de enero de 1981.
En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 99 del Estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional.

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
SANCIONA Y PROMULGA
CON FUERZA DE LEY:

ARTICULO 1° — Los contribuyentes de la Ley de Impuesto a las Ganancias de 1977, que hasta el 31 de diciembre de 1980, realicen inversiones destinadas a la actividad industrial, agropecuaria o minera, en bienes muebles amortizables, nuevos, manufacturados, de producción nacional o extranjera, afectados a la producción o servicios auxiliares, tendrán derecho a obtener un reembolso fiscal equivalente al monto que resulte de aplicar a las sumas invertidas la alícuota que correspondiera según el artículo 49.

La representación del aumento de la actividad industrial agropecuaria y minera, deberá ser por este último.

ARTICULO 2° — A los efectos de esta ley, se entenderá por "bienes muebles" a aquellos que reúnan una condición de ser bienes muebles, el carácter de bienes muebles por su destino, su naturaleza, su autonomía, su movilidad y aquellos que reúnan el carácter de muebles en el momento de su adquisición, pero cuya adquisición y carácter de muebles por acción libre con la excepción de:

a) Las plantas de riego que se instalen o se amplíen de acuerdo a los lineamientos del Plan de Abastecimiento de Cítricos, a financiarse con recursos provenientes del crédito otorgado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, aprobado por Decreto N° 1.350 del 16 de junio de 1978 y declarado de interés nacional por Decreto N° 2.760 del 20 de noviembre de 1978;

b) Las plantas de tratamiento de efluentes sólidos, semisólidos, líquidos o gaseosos, destinados al saneamiento ambiental en tanto respondan a proyectos que cuenten con la aprobación de la autoridad competente.

Se considerarán "amortizables" aquellos bienes muebles cuya amortización fue autorizada por la Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones) y disposiciones reglamentarias.

Se considerarán "nuevos" aquellos bienes sin uso, que tengan individualidad propia, adquiridos directamente a sus fabricantes o comerciantes intermediarios.

Se considerarán "servicios auxiliares" a aquellos servicios de apoyo directamente vinculados a la función de producción, explotación de los bienes afectivos a la administración o al abastecimiento, distribución y comercialización de insumos o insumos, salvo en el supuesto respecto a las plantas de riego y de tratamiento efluentes.

Se considera "suma invertida" el valor total de adquisición, más de impuestos, descuentos, bonificaciones y gastos financieros.

ARTICULO 3° — No podrán recibir el tratamiento que les acuerda esta ley, las inversiones que reciban beneficios tributarios de regímenes nacionales de promoción vigeles o futuros, ya sea de índole industrial, forestal, minero u otro, o aquellas que en virtud de su localización geográfica fueren beneficiadas por regímenes o franquicias especiales. La representación de estos regímenes, en el momento de la inscripción de la inversión, deberá ser en el momento de la inscripción de la inversión. Quedan excluidas aquellas inversiones realizadas en los límites del artículo 49 cuando el monto total de las inversiones comprendidas sea inferior a treinta millones de pesos (\$ 30.000.000). Este

monto será actualizado anualmente por la Dirección General Impositiva aplicando el índice de actualización mencionado en el artículo 82 de la Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones) referido al mes de diciembre de 1980, según lo indique para el mes de diciembre de cada año la tabla elaborada por dicho organismo.

ARTICULO 4° — A los efectos de determinar el reembolso a que se refiere el artículo 1°, se tendrá en consideración la declaración jurada donde se acrediten los bienes adquiridos conforme a los alcances siguientes:

Radicación geográfica de los bienes	Alícuota (%)
Capital Federal y Cien	
Buenos Aires	10
Regiones no provinciales	20
Regiones provinciales	30
Sur del paralelo 46 y	
Área de frontera	35

La reglamentación establecerá la forma de determinar con precisión los límites de las áreas geográficas mencionadas precedentemente, a cuyos efectos se considerará por región provincial aquella alcanzada por los beneficios de regímenes de promoción regional, que determine el Poder Ejecutivo Nacional.

ARTICULO 5° — El reembolso que correspondiera a cada beneficiario conforme a la presente no podrá exceder por año calendario, respecto de los ejercicios fiscales que cleran hasta el 31 de diciembre de cada año, inclusive, del monto que correspondiera a una inversión máxima de quince mil millones de pesos (pesos 15.000.000.000). Este monto será actualizado anualmente por la Dirección General Impositiva aplicando el índice de actualización mencionado en el artículo 82 de la Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones) referido al mes de diciembre de 1980, según lo indique para el mes de diciembre de cada año la tabla elaborada por dicho organismo.

Cuando la inversión realizada en el año fuese superior a dicho monto el excedente no podrá ser utilizado en años sucesivos sin cuando los pagos, respecto del mismo bien, se realicen parcialmente durante varios períodos.

ARTICULO 6° — El cumplimiento al régimen establecido en la presente se verificará en forma automática mediante la inscripción de los bienes previstos en el mismo no requiriéndose la intervención previa de autoridad administrativa alguna, sin perjuicio de lo establecido respecto de las inversiones destinadas al saneamiento ambiental.

ARTICULO 7° — Los beneficiarios deberán solicitar el reembolso previsto en esta ley anualmente una vez por año de acuerdo al procedimiento que fija la reglamentación. Esta deberá prever la intervención de un contador certificado, quien será solidariamente responsable en caso de falsedad de la certificación. La liquidación del reembolso será efectuada antes del primer día del tercer mes calendario posterior a aquel en que se efectúe la presentación de la solicitud correspondiente ante la Dirección General Impositiva, con los requisitos exigidos para la procedencia del reembolso y el penúltimo mes anterior a aquel en que se realice el pago, según lo que indique la tabla elaborada por el mencionado organismo a los fines dispuestos por los artículos 115 y siguientes de la Ley N° 11.683 (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones).

Cuando los beneficiarios tuviesen dudas hipotéticas exigibles por los impuestos a las ganancias, sobre los capitales y el valor arrendado el reembolso podrá ser objeto de compensación hasta la concurrencia de la obligación fiscal en mora.

ARTICULO 8° — Se entenderá que la inversión es computable para el reembolso cuando el beneficiario haya recibido efectivamente el bien.

Quedan comprendidos en este régimen las inversiones que tuvieron principio efectivo de ejecución durante el plazo establecido en el artículo 19 anterior, las circunstancias mencionadas en el párrafo anterior tuvieron lugar con posterioridad al mismo pero no más tarde del 31 de diciembre de 1980. Asimismo quedan excluidas aquellas inversiones con principio de ejecución posterior al plazo indicado sin cuando se completan dentro del mismo.

ARTICULO 9° — Los bienes adquiridos deberán ser identificados y permanecer en el lugar de radicación como mínimo cinco (5) años a partir del momento de su recepción o despacho a plaza. Si dentro del período establecido en el párrafo anterior se trasladaran transitaran o desinfectaran bienes amortizables comprendidos en el régimen, los beneficiarios deberán devolverse a la Dirección General Impositiva los impuestos previstos, incrementados en un cien por ciento (100 %) debidamente actualizados, mediante la aplicación del índice de actualización mencionado en el artículo 82 de la Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones) referido al mes en que se percibió el reembolso de los bienes que se trasladaron, transitaron o desinfectaron, según lo indique la tabla elaborada por dicho organismo para el mes en que debe realizarse el reintegro. En estos casos se aplicará el régimen sobre intereses, multas y accesorios establecido por los artículos 42, 43 y concordantes de la Ley N° 11.683 (texto ordenado en 1977 y sus modificaciones), sin perjuicio de las sanciones pecuniarias que pudieran corresponder. Asimismo se regirá por dicha ley el procedimiento para la aplicación de sanciones y cobro del crédito fiscal correspondiente. Serán solidariamente responsables los adquirentes de los bienes, los beneficiarios, los transaccionados o desinfectados. La reglamentación determinará las excepciones a las obligaciones establecidas en el presente artículo previendo en los distintos supuestos los objetivos de promoción de las inversiones, modernización del equipamiento y desarrollo regional tendientes en cuenta para la sanción de esta ley.

ARTICULO 10° — El Poder Ejecutivo Nacional determinará el alcance del presente régimen respecto de los bienes comprendidos en el mismo. Asimismo, podrá ajustar la inversión máxima que gozará de los beneficios de la ley y el monto máximo fijado en el artículo 5°, atendiendo los objetivos de equipamiento previstos y a la mejor utilización de los beneficios acordados por la presente. El Poder Ejecutivo Nacional podrá suspender total o parcialmente la aplicación de este régimen, en las circunstancias lo hicieran necesario.

ARTICULO 11° — Los beneficios que se acuerden en esta ley, deberán cuando se verifique una omisión de más de veinte por ciento (20 %) en la ganancia bruta o en los ingresos gravados, a los efectos de la determinación de los impuestos a las ganancias o el valor arrendado retributivo correspondiente a cualquier uno de los períodos fiscales comprendidos en el plazo fijado por el artículo 19 y/o cualquiera de los cinco (5) períodos fiscales censurados con posterioridad al de otorgamiento del último reembolso. En estos casos, los beneficiarios deberán devolverse a la Dirección General Impositiva los impuestos percibidos conforme al régimen de actualización, intereses, multas y sanciones establecido en el artículo 9°.

ARTICULO 12° — El reembolso fiscal percibido según el presente régimen estará exento del impuesto a las Ganancias y su monto no se deducirá para la determinación del valor amortizable de los bienes o de su valor de adquisición al momento de la enajenación.

ARTICULO 13° — La Dirección General Impositiva será el órgano de aplicación del presente régimen. A los efectos de los reembolsos que determina la presente ley, la Dirección General Impositiva tomará de su recaudación diaria de impuestos nacionales repartidos, los fondos necesarios para efectuar los pagos respectivos.

ARTICULO 14° — La presente ley será reglamentada en el plazo de sesenta (60) días.

ARTICULO 15° — Comuníquese, publiquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

VIDEIA

José A. Martínez de Hoz
Albano P. Margulideguy
David R. H. de la Riva

ASOCIACION
INTERNACIONAL
DE FOMENTO

Apruébase el aumento de la suscripción y contribución de la República Argentina a la Sexta Revisión de Recursos.

Buenos Aires, 8 de diciembre de 1980.

Excelentísimo Señor
Presidente de la Nación

TEREMOS el honor de dirigirme al Primer Magistrado para someter a su consideración el proyecto de ley adjunto, por el que se aprueba el aumento de la suscripción y contribución argentina a la Asociación Inter-

nacional de Fomento en la suma de veintinueve millones de dólares de los Estados Unidos de América (usa. 29.000.000), a pagar en esa moneda. Este incremento forma parte de la Sexta Revisión de Recursos de la Asociación Internacional de Fomento, que importa el equivalente de doce mil millones de dólares (usa. 12.000.000.000), y que fue adoptada por la Junta de Gobernadores del Organismo el 26 de marzo de 1980, decisión que fue apoyada por nuestro país.

En ocasión de negociarse este aumento, la República Argentina y otros países de la Parte II (Brasil, Grecia, Corea, México, Arabia Saudita, España y Yugoslavia) manifestaron su intención de sumarse a la Asociación recursos en forma utilizable, es decir, en divisas libremente convertibles, y se ha proyectado que el aporte de usa. 25.000.000, usa. 410.300 figurarán como suscripción en ejercicio de derechos prioritarios, usa. 59.500 en concepto de suscripción adicional y usa. 24.300.000 como contribución. Con esto, nuestro país recibirá 21.288 votos adicionales.

La República Argentina ingresó a la Asociación Internacional de Fomento según Ley N° 15.350, del 10 de noviembre de 1961, con un aporte inicial de dieciocho millones ochocientos treinta mil dólares de los Estados Unidos de América (usa. 18.330.000) del peso (ley) en vigor al 1° de enero de 1961, el que en virtud de la Ley N° 18.201, del 31 de agosto de 1971, fue elevado a diecinueve millones quinientos sesenta y un mil ochocientos dólares de los Estados Unidos de América (usa. 19.561.000) del peso y ley en vigor al 1° de enero de 1980. Posteriormente por las Leyes Nos. 21.382, del 9 de marzo de 1978, y N° 21.340, del 19 de febrero de 1978, que aprobaron la Cuarta y Quinta Revisión de Recursos, la República Argentina aumentó su cuota en la Asociación en la suma de un millón ochocientos sesenta y ocho mil cuatrocientos dieciséis con sesenta dólares de los Estados Unidos de América (usa. 1.678.416,60), lo que le permitió mantener su poder relativo de votación, con que también ocurrirá luego de concretado el presente aumento.

Dios Guarde a Vuestra Excelencia.
José A. Martínez de Hoz
Carlos W. Pastor

LEY N° 22.372

Buenos Aires, 13 de enero de 1981.
En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 99 del Estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional.

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
SANCIONA Y PROMULGA
CON FUERZA DE LEY:

ARTICULO 1° — Apruébase el aumento de la suscripción y contribución de la República Argentina a la Sexta Revisión de Recursos de la Asociación Internacional de Fomento en la suma de veintinueve millones de dólares de los Estados Unidos de América (usa. 29.000.000) a pagar en esa moneda.

ARTICULO 2° — Autorízase al Banco Central de la República Argentina para que, en nombre y por cuenta del Gobierno Nacional, efectúe el pago a que se refiere el artículo 1° de la presente ley, el que podrá realizarse de una sola vez o en forma fraccionada, de acuerdo con lo que determine el Ministerio de Economía.

ARTICULO 3° — Comuníquese, publiquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

VIDEIA

José A. Martínez de Hoz
Carlos W. Pastor

CONSEJO FEDERAL
DE SALUD

Su señoría.
Buenos Aires, 8 de enero de 1981.
Excelentísimo Señor
Presidente de la Nación

TEREMOS el honor de someter a consideración del Excelentísimo Señor Presidente de la Nación el proyecto de ley por el que se crea el Consejo Federal de Salud.

Dicho proyecto responde a la recomendación unánime, firmada y expresada por las autoridades sanitarias de más alto nivel de todas las jurisdicciones del país, en la reunión

octavo instrumento de ratificación, aceptación o aprobación por los Estados mencionados en el párr. 1º del art. XXVI de esta convención.

2. Con respecto a cada Estado u organización de integración económica regional que, posteriormente a la fecha de entrada en vigor de esta convención, deposite un instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, adhesión, la convención entrará en vigor el trigésimo día después de dicho depósito.

ARTICULO XXIX

1. La presente convención estará abierta a la adhesión de cualquier Estado interesado en actividades de investigación o recolección relacionadas con los recursos vivos marinos a que se aplica la presente convención.

2. La presente convención estará abierta a la adhesión de organizaciones de integración económica regional, formadas por Estados soberanos, que incluyan entre sus miembros a uno o más Estados miembros de la Comisión y a las cuales los Estados miembros de la organización hayan transferido, en todo o en parte, competencias en materias de que se ocupa la presente convención. La adhesión de esas organizaciones de integración económica regional será objeto de consultas entre los miembros de la Comisión.

ARTICULO XXX

1. La presente convención podrá ser enmendada en cualquier momento.

2. Si un tercio de los miembros de la Comisión solicita una reunión para examinar una enmienda propuesta, el depositario convocará dicha reunión.

3. Una enmienda entrará en vigor cuando el depositario haya recibido los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación de dicha enmienda de todos los miembros de la Comisión.

4. Subsiguientemente tal enmienda entrará en vigor con respecto a cualquier otra Parte Contratante cuando el depositario haya recibido comunicación de su ratificación, aceptación o aprobación por esa Parte. Si no se recibe ninguna notificación de una de dichas Partes Contratantes en el período de un año a partir de la fecha de entrada en vigor de la enmienda de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo, se considerará que esa Parte se ha retirado de la presente convención.

ARTICULO XXXI

1. Cualquier Parte Contratante podrá retirarse de la presente convención el 30 de junio de cualquier año, notificando de ello por escrito, a más tardar el 1 de enero del mismo año, al depositario, quien al recibir de esa notificación la comunicará de inmediato a las demás Partes Contratantes.

2. Cualquier otra Parte Contratante podrá dar aviso de retiro por escrito, dentro de los sesenta días a partir de la fecha de recibo de la notificación del depositario, a que se refiere el párr. 1º supra, en cuyo caso la convención dejará de estar en vigor el 30 de junio del mismo año con respecto a la Parte Contratante que haga dicha notificación.

3. El retiro de cualquier miembro de esta convención no afectará sus obligaciones financieras originadas por la misma.

ARTICULO XXXII

El depositario notificará a todas las Partes Contratantes lo siguiente:

a) Firmas de la presente convención y depósito de instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión;

b) Fecha de entrada en vigor de la presente convención o de cualquier enmienda a ella.

ARTICULO XXXIII

1. La presente convención, cuyos textos en español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, será depositada ante el Gobierno de Australia, el cual enviará copias debidamente certificadas de ella a todas las Partes signatarias y adherentes.

2. Esta convención será registrada por el depositario conforme al art. 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

Hecha en Canberra el día 20 del mes de mayo de 1980.

En testimonio de lo cual, los que suscriben, debidamente autorizados para ello por sus respectivos Gobiernos, han firmado la presente convención.

ANEXO RELATIVO AL TRIBUNAL DE ARBITRAJE

El tribunal de arbitraje mencionado en el párr. 3º del art. XXV estará compuesto por tres árbitros, que se nombrarán de la forma siguiente:

La Parte que inicie el procedimiento comunicará el nombre de un árbitro a la otra Parte, la cual, a su vez, comunicará el nombre del segundo árbitro en un plazo de 40 días a partir de tal notificación. Dentro de un plazo de 60 días a partir del nombramiento del segundo árbitro, las Partes nombrarán el tercer árbitro, que no será nacional de ninguna de las Partes ni de la misma nacionalidad que cualquiera de los dos primeros árbitros. El tercer árbitro presidirá el tribunal.

Si dentro del plazo establecido no se ha nombrado el segundo árbitro, o si las Partes no han llegado a un acuerdo dentro del plazo establecido sobre el nombramiento del tercer árbitro, dicho árbitro será nombrado, a solicitud de cualquiera de las Partes, por el secretario del Tribunal Permanente de Arbitraje entre personalidades de reputación internacional que no tengan la nacionalidad de un Estado Parte en la presente convención.

El tribunal de arbitraje decidirá dónde estará situada su sede y aprobará su propio reglamento.

El laudo del tribunal de arbitraje se dictará por mayoría de sus miembros, que no podrán abstenerse de votar.

Toda Parte Contratante que no sea Parte en la controversia podrá intervenir en el procedimiento, con consentimiento del tribunal de arbitraje.

El laudo del tribunal de arbitraje será definitivo y obligatorio para todas las Partes en la controversia y para cualquier Parte que intervenga en el procedimiento, y se cumplirá sin demora. El tribunal de arbitraje interpretará el laudo a solicitud de una de las Partes en la controversia o de cualquier Parte que haya intervenido.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.585.

Buenos Aires, 6 de mayo de 1982.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de someter a la consideración del Primer Magistrado el proyecto de ley que se acompaña, por el que se declara de interés nacional la lucha contra el paludismo y se dispone, en consecuencia, una serie de medidas tendientes a la erradicación de esa patología en todo el territorio de la República. El área endémica original en nuestro país comprendía 349.051 km², y abarcaba parcialmente las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Corrientes, Misiones y pequeñas áreas de las provincias de Córdoba, San Luis, San Juan, La Rioja y Catamarca.

A menos que el tribunal de arbitraje determine otra cosa en razón de las circunstancias particulares del caso, las Partes en la controversia sufragarán por partes iguales los gastos del tribunal, incluida la remuneración de sus miembros.

LEY 22.585 (*)

Salud pública — Declaración de interés nacional la prevención y lucha contra el paludismo.

Sanción y promulgación: 13 mayo 1982.
Publicación: B. O. 17.V/82.

Citas legales: ley 5195: 1889-1919, 731; ley 13.256: VIII, 174.

I — De la materia de esta ley, su alcance territorial y autoridades de aplicación

Art. 1º — A fin de propender al control y su posterior erradicación definitiva en las zonas endémicas existentes, se declara de interés nacional, para todo el territorio de la República a través de los postulados de la presente ley, la prevención y lucha contra la enfermedad de paludismo.

Art. 2º — Las disposiciones de esta ley y las que se dicten en su consecuencia, se cumplirán y harán cumplir por la autoridad sanitaria nacional, la de cada provincia, la de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur en su respectiva jurisdicción.

Cada una de las provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Territorio Nacional de la

Actualmente, la mayor parte del área afectada ha sido saneada, quedando sectores con problemas en los Departamentos San Martín, Orán, Iruya y Santa Victoria en la provincia de Salta, que abarcan 11.275 kilómetros cuadrados y el departamento Ledesma en Jujuy con 3249 km², los que representan el 4 % del área palúdica total.

El proyecto que se eleva resulta diferente a las demás leyes dictadas para combatir el paludismo, toda vez que éste apunta a establecer normas que hacen a la llamada fase de mantenimiento mientras que el cuerpo legal actualmente vigente, tiende a regular las fases de ataque y consolidación en la lucha contra la endemia.

En el proyecto que se eleva, se deja claramente definido, que habrán de ser las autoridades sanitarias locales las que tendrán la responsabilidad primaria en

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur ocltarán, complementariamente, las medidas concordes accesorias

La autoridad sanitaria nacional podrá concurrir en cualquier parte del país para cumplir, contribuir al cumplimiento de esta ley y velar por la observancia de sus disposiciones y las de su reglamentación

Art. 3° — Es obligación de las provincias comprometidas por esta patología, ejecutar a través de las autoridades sanitarias locales, todas las acciones de la lucha antipalúdica que se instrumenten en coordinación con las autoridades sanitarias, nacionales, estableciendo como base las siguientes actividades:

- a) Detención de los casos de paludismo.
- b) Notificación o declaración obligatoria inmediata de éstos.
- c) Tratamiento radical de los focos palúdicos
- d) Investigación exhaustiva para determinar el lugar donde ocurrió la transmisión o foco y su área de dispersión.
- e) Eliminación perentoria de estos focos por la pulverización residual domiciliar y u otros procedimientos científicos.
- f) Seguimiento epidemiológico de los mismos durante tres (3) años consecutivos.

La precedente enumeración no excluye la utilización de otros procedimientos científicos adecuados a los fines de esta ley.

II — De la colaboración de las autoridades sanitarias y de las obligaciones de los propietarios y ocupantes de bienes inmuebles

Art. 4° — Declárase obligatoria para todos los profesionales del arte de curar, la notificación inme-

diata de todo caso sospechoso o comprobado de paludismo, ante la autoridad sanitaria local

Art. 5° — Los funcionarios públicos y los organismos oficiales, cualquiera sea la jurisdicción de que dependan, las entidades privadas cualquiera sea su finalidad y naturaleza jurídica y las personas de existencia visible, deben prestar a la autoridad sanitaria competente la colaboración necesaria para facilitar el cumplimiento de las actividades correspondientes a los fines de esta ley, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 6° — Los propietarios, directores, gerentes, administradores o responsables por cualquier título de entidades, empresas o establecimientos urbanos o rurales de carácter industrial, comercial, deponivo, artístico, educacional o de cualquier otra finalidad, así como los propietarios, inquilinos u ocupantes de inmuebles dedicados a vivienda, las empresas públicas o privadas de transporte fluviales, terrestres o aéreas deberán:

- a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones sobre saneamiento ambiental y tratamiento de vectores que la autoridad sanitaria competente establezca en relación con esta ley
- b) Permitir el acceso de la autoridad sanitaria competente a cualquier efecto relacionado con el cumplimiento de esta ley
- c) Adecuar las construcciones existentes y futuras conforme a las normas que establezcan las autoridades competentes en materia de vivienda y salud.

Art. 7° — Todo caso de enfermo febril, sospechoso de relación con el paludismo, deberá ser exhaustivamente investigado conforme a las reglas que indique la ciencia en tales circunstancias. En caso de negativa del enfermo o sus familiares de que se proceda en tal forma, la autoridad sanitaria de aplicación podrá hacer uso de la fuerza pública a sus efectos.

transmisión de la enfermedad en todo el territorio nacional, a la vez que se implementa una vigilancia, antimalaria sistematizada y centralizada a través de la autoridad sanitaria nacional, que permita mantener el estado de salud alcanzado.

Por lo demás, se ha previsto en el proyecto, medidas de diversa índole que permiten alcanzar los objetivos perseguidos con la máxima eficiencia y prontitud.

Dios guarde a V. E. — Horacio M. Rodríguez Castells. — Alfredo O. Saint Jean.

Art. 8° — Los establecimientos asistenciales oficiales o en ausencia de éstos, los privados, deberán practicar sin cargo alguno las investigaciones a que se refiere el artículo anterior ante la solicitud firmada por profesional competente o de oficio, evitando toda dilación que no sea absolutamente indispensable

Art. 9° — Del resultado de los exámenes que deban practicarse como consecuencia de lo dispuesto en los arts. 7° y 8° se dejará constancia en certificados oficiales de características uniformes para todo el país que deberá establecer la autoridad sanitaria nacional. Estos certificados se entregarán sin cargo a los interesados

Art. 10. — Los certificados extendidos de conformidad a lo prescripto en la presente ley, tendrán validez por el tiempo que determine la reglamentación.

Durante ese lapso su presentación en los casos exigidos por esta ley, será admitida cualquiera haya sido la causa por la que fueron obtenidos y no dará lugar a un nuevo examen.

Art. 11. — En áreas de frontera, todo enfermo palúdico deberá ser provisto de una libreta especial, que presentará personalmente ante la autoridad sanitaria local y durante el tiempo que la misma determine.

Art. 12. — La autoridad sanitaria nacional determinará las áreas en las cuales todo empleador deberá exigir a los postulantes de trabajo, el certificado extendido conforme lo prescribe el art. 9°.

Art. 13. — En las áreas a que se refiere el artículo anterior la autoridad sanitaria local hará el examen de sangre que establezca la reglamentación a todo postulante de trabajo, a efectos de comprobar la ausencia de enfermedades

Art. 14. — La autoridad sanitaria nacional suministrará a las autoridades sanitarias y médicos de su dependencia, los medicamentos específicamente antipalúdicos, para ser administrados gratuitamente a los habitantes de áreas palúdicas y dispondrá su provisión sin cargo a los gobiernos de provincias.

III — De las faltas y sanciones

Art. 15. — Los infractores a las normas de la presente ley, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal, serán sancionados por la autoridad sanitaria competente de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- a) Apercibimiento
- b) Multa, graduable entre un millón de pesos (\$ 1.000.000) y doscientos millones de pesos (\$ 200.000.000)

c) Clausura temporaria total o parcial de establecimientos, por un lapso que no podrá exceder de treinta (30) días en cada oportunidad.

Las sanciones establecidas en los incs. b) y c) podrán aplicarse independiente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

Art. 16. — Los montos máximos y mínimos establecidos en el inc. b) del artículo anterior, serán actualizados semestralmente a partir de la fecha de entrada en vigencia de esta ley, de conformidad al incremento que experimente el índice de precios al por mayor, nivel general, que publicare el Instituto Nacional de Estadística y Censos, o el organismo que lo reemplazare

La autoridad sanitaria nacional tendrá a su cargo determinar los importes resultantes de la actualización de los montos máximos y mínimos de las multas a que se refiere el art. 15, inc. b), mediante el dictado de la pertinente resolución, lo que será obligatorio a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 17. — A los efectos determinados en el art. 15, se considerará reincidentes a quienes habiendo sido sancionados, incurran en 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.

Art. 18. — El producto de las multas 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 propendan al logro de los fines indicados en el art. 1°

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad 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.

IV — De los procedimientos, medidas preventivas y facultades de inspección

Art. 19. — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa de los imputados. Las constancias del acta labrada en forma, al tiempo de verificar 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

Art. 20. — Toda resolución que aplique sanciones podrá ser recurrida solamente por vía de apelación ante la justicia competente, según sea el asiento de la autoridad que dicte la resolución, la que actuará como tribunal de única instancia. El recurso deberá interponerse y fundarse ante la misma autoridad que imponga la sanción, dentro de los diez (10) días hábiles de notificación y será concedido libremente y con efecto suspensivo.

Art. 21. — 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.

Art. 22. — 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.

Art. 23. — Las autoridades sanitarias a las que corresponde actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 2º 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 esos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.585.

Buenos Aires, 7 de mayo de 1982.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de dirigirnos al Primer Magistrado a fin de someter a su consideración el adjunto proyecto de ley aprobatoria del acuerdo de cooperación económica, industrial y tecnológica entre la República Argentina y la República de Finlandia, suscripto en Buenos Aires el 22 de abril de 1980.

El mencionado acuerdo tiene por finalidad adoptar las medidas apropiadas para llevar a cabo las acciones necesarias para el desarrollo y diversificación de la cooperación económica, industrial y tecnológica, estableciendo los medios para dicho fin.

La cooperación se extiende a diversos campos, entre los que figuran el agropecuario, forestal, pesquero, minero, de celulosa y papel, etc. Para ello las Partes acuerdan concederse el trato más favorable

Art. 24. — Quedan derogadas las leyes 5195, del 26 de setiembre de 1907 y su modificatoria 13.266, del 17 de setiembre de 1948.

V — Disposiciones generales

Art. 25. — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con alcance nacional, dentro de los noventa (90) días de su promulgación.

Art. 26. — Comuníquese, etc.

LEY 22.586 (*)

Acuerdo de cooperación económica, industrial y tecnológica suscripto con la República de Finlandia en la ciudad de Buenos Aires el 22/IV/80 — Aprobación.

Sanción y promulgación: 18 mayo 1982.
Publicación: B. O. 20/IV/82.

Art. 1º — Apruébase el acuerdo de cooperación económica, industrial y tecnológica entre la República Argentina y la República de Finlandia, suscripto en Buenos Aires el 22 de abril de 1980 cuyo texto en idioma español forma parte de la presente ley.

Art. 2º — Comuníquese, etc.

permitido por las leyes en vigor en sus respectivos países y respetando sus compromisos internacionales.

Para la implementación del convenio se constituye una Comisión Mixta integrada por representantes de los dos Gobiernos con la eventual asistencia de expertos y representantes del sector privado. Dicha Comisión se reunirá alternativamente en la República Argentina y la República de Finlandia, en fechas a convenir.

Esta encargada de examinar la evolución de la cooperación estudiará y propondrá las medidas que permitan desarrollar las relaciones económicas existentes entre los dos países, solucionar los problemas que pudieran surgir de la aplicación del acuerdo y todo otro tema afín al mismo.

Por lo expuesto, consideramos que con la sanción y promulgación del proyecto de ley que se acompaña se favorecerán múltiples intereses comunes.

Dios Guarde a V. E. — Nicanor Costa Méndez. —
Roberto T. Alemann. — Cayetano A. Licciardo.

ACUERDO DE COOPERACION ECONOMICA, INDUSTRIAL Y TECNOLOGICA ENTRE LA REPUBLICA ARGENTINA Y LA REPUBLICA DE FINLANDIA

Los Gobiernos de la República Argentina y de la República de Finlandia

Animados del deseo de fortalecer las relaciones comerciales y la cooperación económica, industrial y tecnológica entre ambos países, sobre la base de la igualdad de derechos y el beneficio mutuo, y

Reconociendo la importancia de tal cooperación y con el ánimo de crear las condiciones más apropiadas para el desarrollo y aprovechamiento de las posibilidades ofrecidas en las áreas objeto de este acuerdo

Han acordado lo siguiente:

ARTICULO I

Las Partes Contratantes adoptarán las medidas apropiadas para llevar a cabo, dentro del marco de sus respectivas legislaciones, las acciones más efectivas para el desarrollo y la diversificación de la cooperación económica, industrial y tecnológica. A tal efecto promoverán la cooperación entre organismos y empresas de ambos países, tanto del sector público como del privado.

ARTICULO II

Para el logro de este objetivo las Partes se empeñarán en promover la cooperación en las áreas a que se refiere el art. I, a través de los siguientes medios:

- Elaboración conjunta y realización coordinada de proyectos de interés mutuo;
- Envío de especialistas, investigadores y técnicos en el marco de los proyectos arriba mencionados;
- Intercambio de patentes, licencias, "know-how", información y documentaciones técnicas, aplicación y perfeccionamiento de tecnologías ya existentes y desarrollo de nuevos procesos tecnológicos;

d) Organización de misiones comerciales:

e) Participación en ferias, exposiciones y simposios a celebrarse en sus respectivos territorios;

f) Importación de muestrarios y materiales de propaganda comercial, así como el ingreso temporal de las mercaderías y objetos destinados a exhibición en ferias y exposiciones, de conformidad con las respectivas disposiciones legales vigentes.

g) Promover contactos entre organizaciones comerciales, empresas y técnicos de ambos países;

h) Cualquier otro que las Partes acordaran.

ARTICULO III

Las Partes Contratantes se comprometen a desarrollar la cooperación económica, industrial y tecnológica con especial referencia a los siguientes sectores:

- Agropecuario
- Forestal
- Pesquero
- Minero
- De celulosa y papel
- De productos alimenticios industrializados
- De cueros y sus manufacturas
- De maquinaria agrícola
- De elevadores de granos
- Químico y farmacéutico
- De equipos e instrumentos médicos y hospitalarios
- Metalúrgico
- Metal-mecánico
- De construcción industrial y elementos de construcción
- De máquinas herramientas
- De construcciones navales
- De infraestructura portuaria

Art. 2° — El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley se atenderá con los créditos asignados a tal fin al Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente.

Art. 3° — Comuníquese, etc.

Memorandum de acuerdo entre el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Gobierno de la República Argentina, referente a la cooperación para implementación de las decisiones 10/26 y 10/4, adoptadas el 31 de mayo de 1982, por el Consejo de Administración del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

El programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente (denominado en adelante "PNUMA") y el Gobierno de la República Argentina (denominado en adelante el Gobierno).

Recordando la res. 36/192 de la asamblea general de las Naciones Unidas, del 17 de diciembre de 1981, y las decisiones del Consejo de Administración del PNUMA 10/26 y 10/4, del 31 de mayo de 1982, Recursos Adicionales para el tratamiento de problemas ambientales graves en los países en desarrollo y Ambiente y Desarrollo.

Reconociendo la necesidad de:

—Aumentar la capacidad de los países en desarrollo para tratar los problemas ambientales, y

—Fortalecer el papel catalítico coordinador del PNUMA en este aspecto.

Por este acto, acuerdan lo siguiente:

Art. 1° — Alcance y modalidades de la cooperación.

1. El Gobierno y el PNUMA cooperarán, según el presente acuerdo, en la implementación de proyectos que surjan del mandato del PNUMA elaborados para beneficios de los países en desarrollo.

2. Los proyectos de actividades seleccionados para la implementación bajo los términos de este acuerdo de entendimiento (en adelante denominado los Proyectos pueden ser para el beneficio de un solo país, una subregión o una región en su conjunto.

3. Los proyectos pueden ser llevados a cabo conjuntamente por ambas partes o exclusivamente por el Gobierno, según se estime conveniente, previo acuerdo entre el PNUMA y el Gobierno en cada caso.

4. La asistencia para el desarrollo de los Proyectos consistirá en:

a) La provisión de expertos para asistencia técnica del Gobierno a los países en desarrollo para tratar sus problemas ambientales;

b) La provisión de equipamiento a los países en desarrollo;

c) La provisión de becas de adiestramiento para perfeccionamiento en la Argentina, destinada a becarios de los países en desarrollo;

5. El Gobierno destinará para los objetivos aquí señalados una suma no reembolsable de un millón de dólares en un período de cinco años, a contar desde la fecha de vigencia de este acuerdo, con un tope de 200.000 dólares por año, mas la suma de las diferencias entre esta cifra y las efectivamente gastadas en cada uno de los años anteriores.

6. El Gobierno y el PNUMA se mantendrán, informados mutuamente de los progresos en la preparación e implementación de proyectos planificados e implementados bajo este Acuerdo, ya sea que los mismos sean llevados a cabo con o sin la participación del PNUMA.

Art. 2° — Preparación y selección de proyectos.

1. El PNUMA, en coordinación con las oficinas regionales, y, si corresponde, el respectivo coordinador residente del sistema de las Naciones Unidas, proveerá al Gobierno el 1 de setiembre de cada año —durante la vigencia de este Acuerdo— una lista detallada de propuestas de proyectos susceptibles de ser implementados en el marco del acuerdo durante el siguiente año.

2. Las listas expondrán los objetivos y otras características de cada propuesta de proyecto, así como también las contribuciones necesarias para su implementación.

3. El Gobierno informará al PNUMA, anualmente, de sus actividades de asistencia proyectadas, bilaterales o multilaterales, en las áreas que resulten del alcance del art. 1°.

Art. 3° — Previsiones finales.

1. El presente acuerdo entrará en vigor desde el momento que el Gobierno comunique por vía diplomática que ha dado cumplimiento a los procedimientos internos de aprobación legislativa.

2. Este Acuerdo permanecerá en vigencia por un período de 5 años. Sin embargo, cualquiera de las

partes puede darlo por terminado, dando aviso a la otra, por escrito, tres meses antes.

3. Cualquier actividad comenzada bajo este Acuerdo, y no completada hasta su cesación, estará en vigencia hasta que su finalización sea llevada a cabo de acuerdo con las precisiones del presente

Firmado en dos ejemplares de igual tenor en la ciudad de Nairobi, el día 24 del mes de mayo de 1983.

Por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente: Dr. Mostafa Tolba.

Por el Gobierno de la República Argentina: S. E. D. H. Rodríguez Castells.

LEY 22.908 (*)

Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines — Dirección y administración — Sustitución de los arts. 4° y 5° de la ley 19.316.

Sanción y promulgación: 13 setiembre 1983.

Publicación: B. O. 15/IX/83.

Citas legales: ley 19.316; XXXI-C. 2987.

Art. 1° — Sustitúyense los arts. 4° y 5° de la ley 19.316 por los siguientes:

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.908.

Buenos Aires, 12 setiembre de 1983.

Excmo. señor Presidente de la Nación.

Tengo el honor de someter a la consideración del Primer Magistrado un proyecto de ley por el cual se

(**) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto la ley 22.909.

Buenos Aires, 9 de setiembre de 1983.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de someter a consideración del excmo. Señor Presidente el proyecto de ley que se

Art. 4° — La dirección y administración del Instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un (1) presidente, ocho (8) directores titulares e igual número de suplentes, en representación por partes iguales de los empleadores productores agropecuarios y de los trabajadores comprendidos, y un (1) síndico, designados todos ellos por el Ministerio de Acción Social.

Art. 5° — La designación de los directores se hará a propuesta de las respectivas entidades representativas.

El síndico será designado a propuesta del Instituto Nacional de Obras Sociales.

El presidente durará dos (2) años y los directores cuatro (4) años en el ejercicio de su mandato, pudiendo ser reelegidos. Su retribución será fijada en el respectivo presupuesto.

Art. 2° — Comuníquese, etc.

LEY 22.909 (**)

Salud pública — Régimen general para las vacunaciones contra las enfermedades prevenibles por ese medio.

Sanción y promulgación: 13 setiembre 1983.

Publicación: B. O. 15/IX/83.

modifica el régimen de gobierno y administración del Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines, creado por ley 19.316.

De acuerdo con el art. 4° de la ley citada, la dirección y administración del mencionado Instituto están a cargo de un directorio integrado por representantes de los trabajadores y de los empleadores de la actividad rural, y un (1) síndico.

acompaña, por el que se establece un régimen general para las vacunaciones contra las enfermedades prevenibles por ese medio a fin de consolidar el más adecuado nivel de protección de la salud de todos los habitantes del país.

En este campo, la legislación sanitaria nacional se compone de una serie de disposiciones cada una de

Citas legales D ley 15 039/44 IV 349 ley 12 912 VII 71 ley 12 670 I 10 ley 13 218 VIII 63 ley 14 022 XXIII-C. 1841. ley 14 837 XIX-A 1° 82 ley 15 010 XIX-A 1° 162. ley 19 218 XXXI-C 2843. ley 19 966 XXXII-D 5201

Art. 1° — La vacunación de los habitantes del país a efectos de su protección contra las enfermedades prevenibles por ese medio se realizará en toda la República de acuerdo a las disposiciones de esta ley, que el Poder Ejecutivo reglamentará para todo el territorio de la república.

La autoridad sanitaria nacional determinará la nomina de las enfermedades a que alude el párrafo anterior y la mantendrá actualizada de acuerdo a la evolución del conocimiento científico sobre la materia y a las condiciones epidemiológicas de todo o parte del país.

Art. 2° — Las normas de esta ley y sus disposiciones reglamentarias se cumplirán y harán cumplir en toda la República por las autoridades sanitarias de cada jurisdicción.

La autoridad sanitaria nacional podrá concurrir en cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento.

Mediante la iniciativa en gestión se propone integrar el directorio del Instituto con un (1) presidente designado por el Ministerio de Acción Social.

La justificación de esta innovación reside en la naturaleza de los cometidos que la ley 19 316 asigna

ellas relativa a una afección en particular, con diferente modalidad, bien que con análogo propósito, en un marco territorial de aplicación extendida a toda la República.

Así, el dec. ley 15.039/44 (ratificado por la ley 12.912) referido a vacunación antitifoidea; la ley 12.670 a vacunación antieftérica; las leyes 13.218 y 14.022 a la vacunación contra la fiebre amarilla; la ley 14.837, a la vacunación antituberculosa; las leyes 15.010 y 19.218, a vacunación antipoliomielítica y la ley 19.968 a vacunación antiscarampiosa, han proporcionado elementos importantes para la cobertura de la población, determinando la realización de programas de inmunización que se llevan regularmente a cabo en el país, así como de campañas especiales cuando la situación epidemiológica lo requiere.

to de dichas normas y disposiciones y velar por su observancia.

Art. 3° — Las autoridades sanitarias de todo el país formularán y ejecutarán en sus respectivas jurisdicciones los programas de vacunación necesarios para la permanente cobertura de la población. Dichos programas se ajustarán a las normas técnicas que debiera establecer la autoridad sanitaria nacional mediante el correspondiente acto administrativo.

El alcance de los programas aludidos debe asegurar: las oportuna y suficiente cantidad de vacunas, así como del personal y elementos necesarios para su aplicación, hasta en los más alejados núcleos de población.

La autoridad sanitaria nacional concertará acuerdos con las de aquellas jurisdicciones del país que soliciten su colaboración a efectos de proporcionarles asesoramiento técnico o recursos para el mejor cumplimiento de esta ley.

Art. 4° — Los programas a que se refiere el art. 3° deberán corresponder a la documentación específica

al organismo de que se trata, que hace conveniente que en su conducción participe el Estado.

Dios guarde a V. E. — Adolfo Navajas Anaza.

La vigencia de las mencionadas normas legales ha proporcionado una rica experiencia sectorial de la que resulta, entre otros aspectos, la evidencia de que coexisten como relación constante entre sus respectivos textos, dos planos bien individualizados. Uno, inherente a determinada enfermedad, cuya agresión se pretende neutralizar mediante la vacunación específica que, por serlo impone particularidades que singularizan la acción a desarrollar. Otro, común en todos los casos, caracteriza los aspectos sustantivos desde el punto de vista sectorial y está enderezado a destacar las atribuciones y deberes de las autoridades sanitarias por un lado y de los individuos por el otro, especialmente en cuanto atañe a la responsabilidad social de cada uno en materia de enfermedades transmisibles.

La acelerada evolución del conocimiento científico contemporáneo hace previsible un considerable re-

camente preparada para cada uno de ellos por la autoridad sanitaria de la jurisdicción en que se hayan de llevar a cabo.

Tal documentación contendrá información concreta y suficientemente ilustrativa sobre los puntos que determine la autoridad sanitaria nacional, sin perjuicio de las referencias adicionales que en cada jurisdicción se estime convenientemente consignar.

De la documentación de referencia deberá ser oportunamente informada la autoridad sanitaria nacional a efectos de que exprese las consideraciones de orden técnico que correspondiera formular.

Art. 5° — Sólo podrán utilizarse en cumplimiento de esta ley, aquellas vacunas expresamente aprobadas por la autoridad sanitaria nacional de acuerdo a las correspondientes normas legales en vigencia sobre elaboración, importación y comercialización de drogas y medicamentos de uso humano.

Art. 6° — Las autoridades sanitarias de cada jurisdicción deberán llevar un registro actualizado de las vacunaciones que sean efectuadas en cumplimiento de esta ley. Dichos registros consignarán las referencias que determine la autoridad sanitaria nacional, a las que podrán agregarse aquellas que en cada jurisdicción se estime conveniente.

Los datos de tales registros se comunicarán en periodos regulares que fijará la autoridad sanitaria

fuerzo del arsenal de que actualmente se dispone para actuar contra esas enfermedades, mediante la incorporación de nuevas vacunas.

En tal probable supuesto la modalidad de sancionar una ley para cada caso acentuaría los inconvenientes que ya se advierten y que no favorecen la estructuración de un sistema global de vacunaciones en el país.

En función de todo ello se elaboró el proyecto que ahora se eleva a la consideración del excmo. señor Presidente, con carácter de norma general para la vacunación de los habitantes de la República contra las enfermedades que determine la autoridad sanitaria nacional de acuerdo al panorama epidemiológico de todo o parte del país y según lo permita la progresiva evolución del conocimiento científico en la materia.

El proyecto cuida de propender a la participación activa de todas las jurisdicciones del país en el logro de los fines perseguidos mediante la formulación y ejecución de los programas que en cada caso sea necesario llevar a cabo. Dada la índole de la materia,

nacional, la que en base a ellos deberá llevar el registro de todo el país.

Art. 7° — Las autoridades sanitarias de todo el país divulgarán por todos los medios disponibles las referencias necesarias para proporcionar a la población información y asesoramiento suficientes y oportunos sobre las acciones que se propongan llevar a cabo en cumplimiento de esta ley, indicando clase de vacuna, grupos de población a cubrir, así como lugares y fechas en que se realizarán las vacunaciones.

Dichas autoridades desarrollarán también campañas permanentes de educación sanitaria para proporcionar a la población adecuado conocimiento del riesgo que representa la no prevención de las enfermedades evitables mediante vacunación oportuna, así como sobre el deber social de someterse a ese medio de inmunización.

Art. 8° — Las autoridades sanitarias podrán concertar acuerdos con obras sociales y entidades privadas de bien público sin fines de lucro, a efectos de su participación en programas y campañas de vacunación.

En todos los casos las autoridades sanitarias deberán ejercer estricta supervisión para asegurar el cumplimiento de las normas de esta ley.

la compatibilización técnica y la coordinación operativa constituyen requisitos indispensables para el éxito y la pertinente responsabilidad ha sido atribuida a la autoridad sanitaria nacional, la que —por otra parte— deberá concertar acuerdos con aquellas jurisdicciones que soliciten su colaboración, a fin de proporcionarles asesoramiento técnico o recursos para el mejor cumplimiento de la finalidad del proyecto que, en otro orden de cosas, establece que sólo podrán utilizarse vacunas aprobadas por dicha autoridad con observancia de las normas legales en vigencia sobre elaboración, importación y comercialización de drogas y medicamentos de uso humano.

El registro actualizado de las vacunaciones, cualquiera sea su naturaleza, que se lleven a cabo en cada jurisdicción, y el intercambio de la pertinente información para el contralor epidemiológico nacional es otro de los aspectos fundamentales previstos en el proyecto.

La importancia de una constante educación sanitaria y la difusión de los datos concernientes a las acciones a llevar a cabo según cada programa o campaña de inmunización ha sido también considera-

Art. 9° — Las vacunas que apliquen y los actos de vacunación que lleven a cabo las dependencias sanitarias oficiales o las entidades a que se refiere el art. 8°, serán absolutamente gratuitas para la población.

Las vacunas de que dispongan las autoridades sanitarias sus dependencias o las entidades a que se refiere el art. 8°, no podrán ser transferidas a ningún título a los establecimientos mencionados en el art. 10.

Art. 10. — Será admisible la vacunación en farmacias y otros establecimientos asistenciales privados legalmente autorizados para ello.

La vacuna responderá en todos los casos a prescripción médica formulada bajo receta en la que se consignará la vacuna indicada y sus dosis, el apellido y nombre del receptor, su edad y domicilio.

La farmacia o establecimiento asistencial que aplique la vacuna, dejará constancia de las referencias que permitan identificar al vacunado, y establecer la clase y origen de la vacuna utilizada.

Art. 11. — Las vacunaciones a que se refiere esta ley son obligatorias para todos los habitantes del país, los que deben someterse a las mismas de acuerdo a lo que determine la autoridad sanitaria nacional con respecto a cada una de ellas.

da en el proyecto, estableciéndose al respecto la obligación de las autoridades sanitarias de todo el país.

La gratuidad de las vacunas y de los actos de vacunación que lleven a cabo las dependencias oficiales queda también establecida en la ley proyectada.

La aplicación de vacunas no se limita a dichas dependencias oficiales facultándose al efecto a obras sociales y entidades de bien público, las que podrán llevarla a cabo de acuerdo a los convenios que a tal fin las autoridades sanitarias consideren oportuno celebrar.

También se estima permisible la vacunación en farmacias y establecimientos asistenciales privados autorizados al efecto mediante prescripción médica.

El proyecto establece también la obligación por parte de todos los habitantes de la República, de someterse a la vacunación contra las enfermedades que se especifiquen por imperio de sus normas y se

Los padres, tutores, curadores y guardadores de menores o incapaces son responsables, con respecto a las personas a su cargo, del cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior.

Art. 12. — Toda persona vacunada de acuerdo a las disposiciones de esta ley, deberá ser provista, por quien haya aplicado la vacuna, del correspondiente certificado que lo acredite.

Los certificados se confeccionarán en formularios establecidos al efecto por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 13. — Toda persona que concorra en la debida oportunidad a la dependencia sanitaria oficial más próxima a su domicilio o lugar de residencia temporal para someterse a alguna de las vacunaciones obligatorias según esta ley, y no fuera vacunada por razones ajenas a su voluntad, deberá ser provista de una constancia en que se exprese la causa de la no vacunación y se formulen las indicaciones a seguir.

Art. 14. — La autoridad sanitaria nacional establecerá las ocasiones en que será regularmente exigible la presentación de los certificados o de las constancias a que se refieren los arts. 12 y 13.

Sin perjuicio de ello y cuando medien especiales circunstancias epidemiológicas, las autoridades sani-

determinan las sanciones aplicables en caso de incumplimiento.

Finalmente, se contempla también la posibilidad de emergencia epidemiológica, circunstancia ante la cual queda determinada la obligatoriedad de la colaboración que los organismos oficiales, las entidades privadas y las personas de existencia visible deben prestar a las autoridades sanitarias que la soliciten.

En suma, el proyecto ha contemplado todos los aspectos sustantivos y generales contenidos en la legislación vigente y aquellos otros que provienen de la experiencia resultante de su aplicación, con el fin de proporcionar un cuerpo normativo cuyas disposiciones representan un avance significativo para la actividad sectorial.

Por lo expuesto confiamos en que el mencionado documento ha de merecer la aprobación del Excmo. señor Presidente.

Dios guarde a V. E. — Horacio M. Rodríguez Castells. — Cayetano A. Licciarolo. — Lucas J. Lennon. — Uamil Reston.

tales de cada jurisdicción podrán establecer temporariamente la exigibilidad adicional de su presentación en otras ocasiones.

De no cumplirse con tales presentaciones los obligados a exigirlas conforme lo determine la reglamentación, deberán comunicarlo en la forma y tiempo que disponga la misma, a la dependencia de la autoridad sanitaria jurisdiccional más próxima para que, en base a los antecedentes de cada caso, determine si corresponde extender un duplicado del certificado o proceder a la vacunación o revacunación.

Art. 15. — En caso de peligro para la población, las autoridades sanitarias competentes podrán declarar, en estado de emergencia epidemiológica determinadas zonas del país. En tal circunstancia, los organismos oficiales, las entidades privadas y las personas de existencia visible deberán prestar la colaboración que dichas autoridades soliciten para el mejor cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

Art. 16. — Todas las personas procedentes de áreas endémicas o epidémicas de fiebre amarilla, deberán a su ingreso al país acreditar estar vacunadas contra esta enfermedad antes de los diez (10) días de iniciado el viaje. En caso de tratarse de pasajeros argentinos que viajen hacia esas áreas, la vacunación también será obligatoria debiendo mediar igual lapso al dispuesto en el párrafo anterior entre la vacunación y su viaje. La autoridad sanitaria nacional queda facultada para disponer las medidas que estime necesarias en los casos de que las personas procedentes de las áreas mencionadas en el primer párrafo no acrediten mediante el certificado correspondiente haber sido vacunadas contra la fiebre amarilla.

Art. 17. — Los actos u omisiones que impliquen transgresiones a las normas de esta ley y/o de sus disposiciones reglamentarias serán sancionados con multa de cincuenta pesos argentinos (\$a 50) a cinco mil pesos argentinos (\$a 5000) sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran incurrir. En el caso del art. 10, además de la sanción de multa que correspondiere, se procederá a cancelar la autorización concedida para aplicar las vacunas a que se refiere esta ley.

Art. 18. — La falta de vacunación oportuna en que incurran los obligados por el art. 11 determinará su emplazamiento, en término perentorio para someterse y/o someter a las personas a su cargo, a la vacunación que en cada caso corresponda aplicar, sin perjuicio, en caso de incumplimiento, de ser sometidos los obligados o las personas a su cargo a la vacunación en forma compulsiva.

Art. 19. — Facúltase al Poder Ejecutivo nacional a actualizar por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, los montos de las sanciones de multas, tomando como base del cálculo la variación semestral registrada al 1 de enero y al 1 de julio de cada año en el índice de precios al por mayor —nivel general— que elabore el Instituto Nacional de Estadística y Censos, o el organismo que lo reemplazare.

Art. 20. — La autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción establecerán y mantendrán actualizado un registro de infractores a las disposiciones de esta ley, a cuyo efecto se intercambiarán la pertinente información.

Art. 21. — El producto de las multas que aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la cuenta especial "Fondo Nacional de la Salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y se aplicará exclusivamente en erogaciones destinadas al mejor cumplimiento de esta ley.

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.

Art. 22. — La falta de pago de las multas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 23. — Las infracciones a esta ley y/o a sus disposiciones reglamentarias serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente, previo sumario que asegure el derecho de defensa. Las constancias del acta labrada en forma al tiempo de verificada 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.

Art. 24. — Contra las resoluciones de las autoridades sanitarias competentes, podrá interponerse el recurso judicial previsto o que se prevea en cada jurisdicción.

Art. 25. — La presente ley será reglamentada dentro de los noventa (90) días de su promulgación, a cuyo término quedarán derogados el dec. ley 15.039/44, ratificado por ley 12.912, y las leyes 12.670; 13.218; 14.022; 14.837; 15.010; 19.218 y 19.968.

Art. 26. — Comuníquese, etc.

Instituto Geográfico Militar para la edición de los trabajos cartográficos de su competencia siguiendo sus técnicas específicas, sin perjuicio de mantener en ellos la exacta representación del territorio nacional.

Art. 19. — El Instituto Geográfico Militar no aprobará las publicaciones que no observen las siguientes prescripciones:

a) La descripción o representación parcial o total del territorio continental, insular y antártico de la República Argentina, deberá ajustarse a la versión oficial establecida por el Instituto Geográfico Militar.

b) La descripción o representación de la totalidad del territorio deberá incluir tanto la parte continental como la insular del mismo y la Antártida Argentina.

c) La publicación de representaciones parciales del territorio nacional llevará impresa, en forma marginal y a pequeña escala, un mapa completo del mismo, de conformidad con lo dispuesto en el inciso anterior, donde estará destacada la situación relativa del sector correspondiente.

Art. 20. — La Dirección Nacional del Derecho de Autor, conforme con lo dispuesto por la ley 11.723, no inscribirá ninguna obra comprendida en los alcances de esta ley en la cual no conste la aprobación prevista en el art. 18.

Art. 21. — La Administración Nacional de Aduanas no permitirá que ingresen al país o se despachen al exterior publicaciones, en las que se describa o represente el territorio continental, insular y antártico de la República Argentina, sin la aprobación prevista en el art. 18.

En caso necesario se dará intervención al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto para que adopte las medidas de su competencia.

Art. 22. — Los gastos a que da lugar la revisión de toda publicación de la naturaleza indicada en esta ley serán sufragados por los interesados de acuerdo con el arancel que fijará el Instituto Geográfico Militar.

De las sanciones

Art. 23. — Toda obra que se publique en infracción a la prohibición dispuesta por el art. 18 de la presente norma, será considerada ilegal y su editor responsable para las sanciones que esta ley establece.

El autor de la descripción o representación será, asimismo, punitivo si ésta contiene inexactitudes geográficas que menoscaben la integridad del territorio nacional.

Identicas sanciones se aplicará a quien hiciere ingresar al país o distribuyere en el mismo, cualquier obra que contenga una descripción o representación total o parcial de la República Argentina no aprobada por el Instituto Geográfico Militar.

Art. 24. — Los que incurrieren en las contravenciones previstas en el artículo anterior, serán reprimidos con las siguientes sanciones:

a) Multa de quinientos pesos argentinos (\$a 500) a cinco mil pesos argentinos (\$a 5000) en caso de primera condena.

b) Multa de mil quinientos pesos argentinos (\$a 1500) a quince mil pesos argentinos (\$a 15.000) en caso de segunda condena. El mínimo y máximo de la multa establecidos en este inciso se duplicarán en cada condena siguiente.

c) Decomiso del material en infracción, a partir de la tercera condena.

d) Clausura de cinco (5) a noventa (90) días del local utilizado por el responsable, a partir de la tercera condena.

Los montos de las multas establecidas en los incs. a) y b) serán actualizados semestralmente por la autoridad de aplicación de acuerdo con la variación del índice de precios al por mayor, nivel general, proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, o en el que en el futuro lo reemplazare.

Art. 25. — Las infracciones serán comprobadas y sancionadas por la autoridad de aplicación que determine el decreto reglamentario mediante un procedimiento sumario y escrito que asegure el derecho de defensa del infractor.

Art. 26. — Comprobada la existencia de una contravención a esta ley, la autoridad de aplicación podrá ordenar el secuestro del material en infracción, para lo cual podrá solicitar el auxilio de la fuerza pública.

Art. 27. — Las resoluciones que impongan las sanciones previstas en el art. 24 podrán ser apeladas dentro de los cinco días de notificadas, por ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal de la Capital Federal. El recurso, que tendrá efecto suspensivo deberá interponerse ante la autoridad de aplicación y se fundará en el mismo escrito de interposición. La autoridad de aplicación elevará las actuaciones dentro del término de cinco días y la Cámara resolverá sin más trámite.

Art. 28. — La multa deberá ser abonada dentro del término de diez días de notificada la sanción. En caso

contrario, la autoridad de aplicación expirará con la constancia de que la multa se halla firme, un certificado de deuda que tendrá fuerza ejecutiva. Será competente en el juicio ejecutivo la justicia en lo contencioso administrativo federal de la Capital Federal.

Art. 29. — La acción para reprimir las infracciones prescribe a los dos años, a contar desde la publicación, edición, ingreso al país o distribución del material en infracción, o desde el momento en que cesen dichas actividades si fueren continuas.

Las sanciones prescriben a los dos años a contar de la fecha de notificación de la resolución firme que las impuso.

La instrucción de actuaciones dirigidas a la comprobación de la falta o la comisión de una nueva infracción por el responsable interrumpen el curso de la prescripción.

Art. 30. — Deróganse las leyes 12.696 y 19.278, así como los decs. 8944/46 y 6474/69.

Art. 31. — Comuníquese, etc.

LEY 22.964 (*)

Salud pública — Normas a fin de controlar la lepra en el país — Derogación de las leyes 11.359 y 11.410.

Sanción y promulgación: 4 noviembre 1963
Publicación: S. O. 8-XI/63.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.964.

Buenos Aires, 3 de noviembre de 1963.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de someter a consideración del Primer Magistrado el proyecto de ley que se acompaña por el cual se deroga la ley 11.359 de profilaxis de la lepra y su modificatoria 11.410.

A partir de la promulgación de los aludidos instrumentos legales el conocimiento de la enfermedad ha progresado considerablemente gracias a los avances

de las leyes 15.465 XX-A 104, ley 11.359 1920-1940, 202, ley 11.410 1920-1940, 221.

Art. 1° — A fin de controlar la endemia de lepra en el país, se aplicarán en todo el territorio de la República las disposiciones de esta ley.

Cada una de las provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur dictarán complementariamente las concordantes medidas accesorias.

Art. 2° — Las disposiciones de esta ley, y las reglamentaciones que se dicten en su consecuencia, se cumplirán y harán cumplir por la autoridad sanitaria nacional, la de cada provincia de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur en sus respectivas jurisdicciones.

La autoridad sanitaria nacional podrá concurrir en cualquier parte del país para cumplir, contribuir al cumplimiento de esta ley y velar por la observancia de sus disposiciones y las de su reglamentación.

Art. 3° — A los fines de esta ley, la autoridad sanitaria nacional deberá:

a) Formular las normas técnicas aplicables en todo el país y elaborar, ejecutar, evaluar y controlar los programas de lucha contra la enfermedad.

b) Determinar métodos y técnicas, de aplicación en todo el país, para las comprobaciones clínicas y de laboratorio que correspondan realizar.

experimentados por la ciencia en sus aspectos epidemiológicos, terapéuticos, profilácticos e inmunológicos.

Ello ha permitido reducir drásticamente el período infeccioso de la enfermedad y consecuentemente ha tornado innecesario el aislamiento de los enfermos de lepra por largos períodos, en instituciones exclusivamente destinadas a tal efecto.

La circunstancia arriba apuntada, unida al hecho de que la República Argentina cuenta actualmente con un programa de control que cubre todo el territorio nacional, ha puesto de manifiesto la necesidad imprescindible de sustituir la legislación arriba

c) Actualizar al máximo posible, con la cooperación de las entidades no gubernamentales y médicos privados, la información requerida por la autoridad sanitaria referente a todos los enfermos de lepra registrados en la República, incluyendo su localización, regularidad de tratamiento y otros datos necesarios para tomar en cada caso las decisiones que correspondan. Ello permitirá también conocer la magnitud de la epidemia y los medios necesarios para combatirla.

d) Elaborar los programas a desarrollar por los organismos de su dependencia, determinar sus costos, prever las fuentes de su financiación y disponer lo necesario para su cumplimiento.

e) Propender a la concertación de acuerdos con los países limítrofes para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.

f) Gestionar oportunamente el arbitrio de los recursos necesarios, durante cada ejercicio fiscal, para la financiación de los programas a desarrollar.

g) Establecer un régimen de registros conforme a la ley 15.465 y plan nacional de lepra, integrado al sistema de información de salud.

h) Propender al desarrollo de actividades de investigación científica en su ámbito, coordinando sus actividades con la Secretaría de Estado de Ciencia y Tecnología como órgano esocéfico de competencia.

mencionada con el fin de adaptarla al nuevo enfoque del problema, a la luz de los avances científicos sobre la enfermedad.

Todo ello sin dejar de considerar a la lepra un problema prioritario de salud, ya que no se puede descartar la posibilidad de que en el futuro, debido a circunstancias no previsibles pueda alterarse desfavorablemente el equilibrio logrado entre la transmisión de la enfermedad y las actividades destinadas a controlarla. Se ha suprimido del presente proyecto las normas relativas a la obligatoriedad de la denuncia de los enfermos de lepra. Ello en razón de que se encuentra vigente la ley 15.465 que estableció el régimen de notificación de enfermedades entre las que se incluye a la lepra.

El proyecto establece la obligatoriedad del tratamiento de la enfermedad y garantiza la gratuidad del mismo en los establecimientos oficiales.

i) Garantizar el tratamiento gratuito de la enfermedad en sus establecimientos asistenciales.

Art. 4° — A los fines de esta ley, la autoridad sanitaria de cada provincia, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur deberá:

a) Elaborar, con observancia de las normas técnicas establecidas por la autoridad sanitaria nacional, los subprogramas a desarrollar por los organismos de su competencia, arbitrando los recursos necesarios para su financiación.

b) Cumplir oportunamente con las especificaciones del sistema de información de salud que debe establecerse de acuerdo al inc. g) del art. 3°.

c) Garantizar el tratamiento gratuito de la enfermedad en sus establecimientos asistenciales.

Art. 5° — Todo paciente de lepra está obligado, a someterse a control y tratamiento médico. Cuando mediare negativa injustificada de su parte a someterse al control y tratamiento establecido, la autoridad sanitaria competente podrá solicitar la pertinente orden judicial o el auxilio de la fuerza pública para cumplir con tal cometido.

Art. 6° — Serán internados en forma obligatoria los pacientes que no cumplan las indicaciones médicas y

Un aspecto importante del proyecto lo constituye la internación obligatoria de ciertos enfermos mientras subsista un riesgo cierto para la población y que no cumplan las indicaciones médicas.

Por último, se protege a los enfermos internados con anterioridad al dictado de la ley en proyecto quienes en la mayoría de los casos encontrarían sumamente dificultoso integrarse al medio externo, por haber pasado largo tiempo en situación de internados, estimándose que con ello el Estado cumple una función de hondo contenido humano.

En consecuencia, el proyecto que se acompaña se considera breve y actualizado y se encuentra estructurado en forma que en el futuro pueda integrarse a una ley general donde la lepra se contemple, entre otras enfermedades, como una más de las transmisibles.

Dios guarde a V. E. — Horacio M. Rodríguez Castells — Juan C. Cambior — Llamit Reston

que signifiquen un riesgo cierto para la población sana. Dicha internación sólo se mantendrá mientras subsistan las causales que la motivaron, conforme lo determine la reglamentación.

Art. 7° — Los enfermos internados en los establecimientos oficiales en virtud del régimen de la ley 11.359, aunque no entrañen un riesgo sanitario para la población sana, podrán permanecer en los mismos en forma gratuita y en lugares destinados a ese efecto mientras cumplan el régimen disciplinario respectivo.

Art. 8° — Cuando un enfermo de lepra sea detenido, procesado o penado, las autoridades de los organismos en cuyas dependencias se encuentre alojado, serán las responsables de su atención médico-sanitaria. Esas autoridades podrán solicitar cortas internaciones para solucionar problemas especiales.

El mismo criterio se seguirá con el personal enfermo de lepra dependiente de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Art. 9° — El Poder Ejecutivo nacional reglamentará las disposiciones de esta ley dentro de los noventa (90) días de su promulgación.

Art. 10. — Deróganse las leyes 11.359 y 11.410.

Art. 11. — Comuníquese, etc.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.967.

Buenos Aires, 27 de octubre de 1983.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de elevar a V. E. el proyecto de ley adjunto en virtud del cual se auspicia la derogación de la ley de ausencia con presunción de fallecimiento 22.068.

La mencionada ley de carácter excepcional estuvo destinada a regularizar la situación que atligia a un cierto número de familias argentinas motivada por la ausencia prolongada y el destino de algunos de sus integrantes, como consecuencia de la gravedad de la situación originadas en las circunstancias de conmoción interior que alteraron la vida institucional de la Nación.

LEY 22.965

Donación — Predio ubicado en avenida Santa Fe 1235/45 de Capital Federal a la asociación "Casa del Teatro" por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Sanción y promulgación: 4 noviembre 1983.
Publicación: B. O. 10/XI/83.

LEY 22.966

Autorización a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires para ceder en forma definitiva y permanente a la Arquidiócesis de Buenos Aires los dos ambientes del inmueble municipal ubicado en Junín 1930 individualizado por ord. 38.150 (Municip.).

Sanción y promulgación: 7 noviembre 1983.
Publicación: B. O. 23/XI/83.

LEY 22.967 (*)

Ausencia con presunción de fallecimiento de personas cuyas desapariciones hubiesen sido fehacientemente denunciadas entre el 6/11/74 y el 6/9/79 — Derogación de la ley 22.068.

Sanción y promulgación: 7 noviembre 1983.
Publicación: B. O. 9/XI/83.

Elementales razones de orden obligatorio a definir de manera cierta dichas ausencias estableciendo un procedimiento que simplificaba la actividad judicial a cumplir para obtener la declaración del fallecimiento presunto del ausente, cuya desaparición del lugar de su domicilio o residencia sin que de ella se tenga noticia, hubiese sido fehacientemente denunciada entre el 6 de noviembre de 1974, fecha de la declaración del estado de sino por dec. 1368/74 y el 5 de diciembre de 1979 fecha de promulgación de la ley 22.068.

En numerosas oportunidades los interesados accedieron al trámite establecido por dicha norma legal evacuando el Ministerio del Interior los requerimientos judiciales previstos en el art. 6° de la misma; pudiendo afirmarse que durante el lapso de su vigencia, cumplió acabadamente con la finalidad que motivó su sanción.

9° Reemplácese el inc. 6° del art. 67 por el siguiente:

6° Los comprendidos en los aparts. a), b), c) o f) del inc. 3° del art. 38 cuando, vencido el término fijado por los mismos, continúan en la misma condición y siempre que no corresponda la baja.

10. Reemplácese el apart. b) del inc. 1° del art. 76 por el siguiente:

b) Si el causante no estuviere comprendido en el apartado anterior de este inciso, el porcentaje que establece el art. 79 para el total de sus años de servicios, sean éstos simples exclusivamente o computados (simples más bonificados). En todos los casos se aplicará la escala que resulte más favorable.

11. Reemplácese el segundo párrafo del apart. a) del inc. 2° del art. 76, por el siguiente:

En ambos casos el monto resultante será reducido de acuerdo a la siguiente escala, salvo que por aplicación de la escala del art. 79 le corresponda un porcentaje mayor en cuyo caso se le otorgará este calculado sobre el haber señalado en el párrafo anterior.

12. Reemplácese el inc. 1° del art. 32 por el siguiente:

1° La esposa, siempre que, en virtud de sentencia emanada de autoridad competente, no estuviera separada o divorciada por su culpa, y el esposo septuagenario o incapacitado definitivamente para el trabajo y siempre que en virtud de sentencia emanada de autoridad competente, no estuviera separado o divorciado por su culpa.

13. Reemplácese el inc. 1° del art. 85, por el siguiente:

1° Para el cónyuge superstite, el día que contrajere nuevas nupcias.

14. Reemplácese el art. 36, por el siguiente:

Art. 86. — El haber de pensión se concederá a los familiares con derecho a ella, en el siguiente orden:

1. Al cónyuge superstite, en concurrencia con los hijos y nietos.
2. Al cónyuge superstite, en concurrencia con los hijos no existiendo nietos.
3. Al cónyuge superstite en concurrencia con los nietos, no existiendo hijos.
4. Al cónyuge superstite, en concurrencia con los padres, no existiendo hijos ni nietos.

5. Al cónyuge superstite, no existiendo hijos ni nietos, ni padres.

6. A los hijos, en concurrencia con los nietos no existiendo cónyuge superstite.

7. A los hijos, no existiendo cónyuge superstite.

8. A los nietos, no existiendo cónyuge superstite ni hijos.

9. A los padres, no existiendo cónyuge superstite, hijos ni nietos.

10. A las hermanas y/o hermanos, no existiendo cónyuge superstite, hijos, nietos, ni padres.

15. Reemplácese los incs. 1°, 2°, 3°, 4° y 5° del art. 87, por los siguientes:

1° En caso de concurrencia de cónyuge superstite e hijos nacidos dentro del matrimonio o adoptivos y nietos, corresponderá la mitad al cónyuge superstite y la otra mitad se distribuirá entre los hijos por partes iguales, asignándose a los nietos la parte de pensión que le hubiere correspondido a su padre o madre si viviesen, aunque éstos no tuviesen derecho a la misma, y entre ellos por partes iguales. Si la concurrencia fuere con los hijos nacidos fuera del matrimonio, se asignará a éstos la parte que les corresponda por aplicación analógica de lo dispuesto por el art. 8° de la ley 14.367, y los hijos de éstos recibirán en conjunto la parte que a sus padres premuertos les hubiere correspondido, conforme a lo expresado en la última parte del párrafo anterior.

2° En caso de concurrencia del cónyuge superstite e hijos nacidos dentro del matrimonio o adoptivos, la mitad corresponderá al cónyuge superstite y la otra mitad se dividirá por partes iguales entre los hijos.

Si la concurrencia fuere con hijos matrimoniales y extramatrimoniales la mitad del haber de pensión correspondiente a los hijos se regirá por aplicación analógica del art. 8° de la ley 14.367. Si la concurrencia fuere sólo con hijos extramatrimoniales la citada mitad se distribuirá entre éstos por partes iguales.

3° En caso de concurrencia del cónyuge superstite y nietos la mitad corresponderá al cónyuge superstite y la otra mitad se distribuirá entre los nietos, por estirpes y, en su caso, de acuerdo a lo previsto en el segundo párrafo del inc. 1° del presente artículo.

4° En caso de concurrencia del cónyuge superstite y los padres del causante con derecho a

pensión, los dos tercios del haber de pensión corresponderán al cónyuge superstite y el tercio restante a los padres.

5° En caso de concurrir solamente el cónyuge superstite, el haber de pensión le corresponderá íntegramente a él.

16. Reemplácese los aparts. a) y b) del inc. 1° del art. 92, por los siguientes:

a) Si entre los deudos con derecho a pensión existen viuda o viudo, hijos o nietos, el setenta y cinco (75 %) por ciento del haber mensual y suplementos generales del grado.

Si el causante, a la fecha de su fallecimiento estuviere en condiciones de pasar a retiro con los beneficios señalados en el apart. a) del inc. 1° del art. 76, dicho porcentaje se aplicará sobre el haber de retiro prescrito por el mencionado apartado.

b) Si entre los deudos con derecho a pensión no existen viuda o viudo, hijos ni nietos, la mitad del haber de retiro que le hubiera correspondido si hubiere pasado a retiro el día de su muerte. Si el tiempo de servicio del causante fuere menor de quince (15) años simples la pensión será igual a la mitad del haber de retiro que le hubiere correspondido con quince (15) años de servicios computados.

17. Reemplácese los aparts. a) y b) del inc. 2° del art. 92 por los siguientes:

a) Si concurren viuda o viudo, hijos o nietos, el setenta y cinco (75 %) por ciento del haber de retiro que establece el art. 76 inc. 2° apart. b) de esta ley.

b) Si no concurren viuda o viudo, hijos o nietos, el cincuenta por ciento (50 %) del haber de retiro que establece el art. 76, inc. 2°, apart. b) de esta ley.

18. Reemplácese los aparts. a) y b) del inc. 3° del art. 92 por los siguientes:

a) Si entre los deudos con derecho a pensión existen viuda o viudo, hijos o nietos, el setenta y cinco

por ciento (75 %) del haber de retiro que gozaba el causante.

b) Si entre los deudos con derecho a pensión no existen viuda o viudo, hijos o nietos, el cincuenta por ciento (50 %) del haber de retiro que gozaba el causante.

19. Reemplácese los aparts. a) y b) del inc. 6° del art. 92, por los siguientes:

a) Si entre los familiares con derecho a pensión existen cónyuge superstite, hijos o nietos, el setenta y cinco (75 %) por ciento del haber de retiro que gozaría el causante si en lugar de haber sido dado de baja hubiere pasado a situación de retiro.

b) Si entre los familiares con derecho a pensión no existen cónyuge superstite, hijos o nietos, el cincuenta por ciento (50 %) del haber de retiro que gozaría el causante si en lugar de haber sido dado de baja hubiere pasado a situación de retiro.

Art. 2° — Agréguese como segundo párrafo del apart. c) del inc. 3° del art. 3° de la ley 22.854, el siguiente:

El señalado anexo no es de aplicación para el personal incluido en las disposiciones del art. 3° de la ley 22.511.

Art. 3° — Comuníquese, etc.

LEY 22.990 (*)

Regulación de las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes, derivados y subproductos.

Sanción y promulgación: 28 noviembre 1983.
Publicación: B. O. 2/XII/83.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.990.

Buenos Aires, 23 de noviembre de 1983.

Excmo. señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de elevar a la consideración del Primer Magistrado el adjunto proyecto de ley, por el

cual se propicia establecer un régimen normativo con alcance general para todo el territorio de la República, tendiente a regular las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes, derivados y subproductos.

El proyecto en cuestión, significa un importante avance por cuanto constituye una iniciativa legislativa

CAPÍTULO I — Materia, alcance y autoridad de esta ley

Art. 1° — Las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes y derivados, que en el texto de esta ley se determinan, se declaran de interés nacional y se regirán por sus disposiciones, siendo sus normas de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República Argentina.

A los efectos de su aplicación las provincias deberán dictar en sus respectivas jurisdicciones las normas complementarias correspondientes.

Art. 2° — Las disposiciones de esta ley y las que se dicten en su consecuencia, se cumplirán y harán cumplir en cada jurisdicción por las respectivas autoridades sanitarias.

La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente el que deberá concurrir en cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley.

CAPÍTULO II — Principios fundamentales

Art. 3° — La autoridad de aplicación y las autoridades jurisdiccionales adoptarán las medidas que garanticen a los habitantes en su jurisdicción el

inédita, ya que la materia que motiva el presente proyecto, sólo se encuentra fragmentariamente considerada en textos parciales de algunas legislaciones provinciales o reglamentaciones municipales.

La Nación hasta la fecha, no abordó el problema con el profundo sentido de interés nacional que de su consideración surge, lo que permite predecir lo impenoso que significa encarar tan importante y crucial tema por la vía que se eleva.

La sangre humana, es un factor de irremplazable función en la vida del ser humano, y su presencia u obtención se encuentra íntimamente ligada a ese mismo ser, es parte de su esencia, y constituye el elemento vital de relación y existencia de su organismo.

Esta circunstancia permite afirmar que su utilización encierra un profundo sentido ético-social y humano, que exige inmensa responsabilidad en todo aquello que haga a su manejo como elemento de invaluable acción terapéutica.

acceso a la sangre humana, componentes y derivados en forma, calidad y cantidad suficiente, disponiendo a la vez, la formación de las reservas que estimen necesarias, asumiendo las citadas autoridades y las correspondientes de los establecimientos u organizaciones comprendidos, la responsabilidad de la preservación de la salud de los donantes y protección de los receptores.

Art. 4° — Prohíbese la intermediación comercial y el lucro en la obtención, clasificación, preparación, fraccionamiento, producción, almacenamiento, conservación, distribución, suministro, transporte, actos transfusionales, importación y exportación y toda forma de aprovechamiento de la sangre humana, sus componentes y derivados, con las excepciones que se contemplan en la presente ley.

Será obligación por parte de las autoridades sanitarias promover y asegurar la utilización y empleo racional de la sangre, sus componentes y derivados.

CAPÍTULO III — Disposiciones generales

Art. 5° — El Poder Ejecutivo nacional, a través de la autoridad de aplicación, dictará las normas técnicas y administrativas a las que se ajustará la obtención, manejo y utilización de la sangre humana, componentes y derivados.

Conforme surge de lo precedentemente citado, el hecho de que sean las personas vivas la única fuente de su obtención, hace imprescindible su voluntario acuerdo lo que implica que su posterior utilización deba encuadrarse en un estricto marco de moral y prudencia.

Surge de ello la necesidad de determinar expresamente, como lo contempla el proyecto, que la donación es el fin primordial que se persigue, lo contrario significaría caer en las actuales aberraciones mercantilistas que el presente proyecto pretende erradicar.

En los diferentes capítulos que componen al proyecto en cuestión, se contemplan en forma amplia los diversos e importantes aspectos que hacen a su temática. Se establecen sus principios rectores y se incluyen un sinnúmero de disposiciones generales que tienden a estructurar la base del proyecto. Se establecen las normas para viabilizar la obtención de la sangre humana tendientes a concretar el principio de libre acceso a la misma para todos los habitantes del país.

Las autoridades jurisdiccionales tomarán como base las normas técnicas y administrativas señaladas en el párrafo anterior, a los efectos de establecer las que les corresponden en el ejercicio de sus facultades.

En los casos de establecimientos asistenciales que a la promulgación de la presente ley no posean servicio de hemoterapia propio, la autoridad correspondiente dictaminará acerca de la obligación o no de poseerla como también la categoría del mismo.

Art. 6° — Las acciones previstas en el art. 4°, sólo podrán realizarse cuando corresponda por los establecimientos oficiales y/o privados expresamente autorizados al efecto, de acuerdo a las disposiciones de esta ley y a las de su reglamentación.

Art. 7° — El Gobierno nacional y el de cada una de las provincias deberán proponer al desarrollo de la investigación científica en la materia de la presente ley y estimularán, también la acción oficial y privada

para la superación del nivel de capacitación científica y técnica del personal auxiliar aplicado a las actividades comprendidas.

Art. 8° — Los bancos de sangre solo podrán relacionarse con las plantas de hemoderivados mediante mecanismos de trueque y a los únicos fines de abastecerías de materia prima. En tales casos la compensación solo podrá consistir en productos elaborados exentos de valor comercial.

Art. 9° — La elaboración industrial de hemoderivados, deberá ajustarse a las disposiciones legales aplicables a los medicamentos de uso y aplicación en medicina humana.

Art. 10. — La autoridad de aplicación nacional coordinará con las autoridades jurisdiccionales, el emplazamiento territorial de las plantas de hemoderivados y teniendo como base a las necesidades de orden regional.

En capítulos posteriores se abordan los aspectos relacionados con su utilización racional: la infraestructura con la que deben contar las Unidades de Hemoterapia, Bancos de Sangre, Centro de Hematología, Planta de Hemoderivados, Centros de Investigación y Tratamiento de Enfermedades de la Sangre y Laboratorios de Reactivos. Se establecen normas para el funcionamiento de los mismos, su régimen operativo y sus entes de información, coordinación y control para facilitar la agilidad y fluidez en la ejecución de la ley.

Un capítulo de singular importancia es el que se ocupa de los donantes y receptores, contemplándose como excepción al principio de gratuidad el caso de los donantes de grupos raros y escasos, ante situaciones de grave emergencia que impliquen un riesgo de desabastecimiento de sangre; asimismo se abordan las prácticas médicas que surgen de la aplicación de la ley, se promueve la educación de la población en sanidad para estimular la donación como premisa colectiva. Se establecen las directivas para las actividades de capacitación e investigación científica y de los requisitos y cargos de los profesionales y colaboradores.

En otros capítulos se tienen en cuenta el problema de la importación y exportación de la sangre humana; de los aranceles y facturaciones, de su transporte; de sus envases, de las quejas y denuncias de los usuarios, de las actividades de vigilancia control e

inspección; de las faltas y sanciones; de los procedimientos y del financiamiento.

Se trató en todo momento de establecer un esquema global de coordinada e interrelacionada coherencia de conjunto que permita a través del establecimiento del circuito normalizado de la sangre humana y del ejercicio de la responsabilidad individual y social de los ejecutores, imprimir mayor velocidad y presteza operativa con el control posterior a la ejecución viabilizando así la aplicación efectiva del proyecto de ley.

Por último se procede a la creación del Sistema Nacional de Sangre, a través del cual se podrá cumplimentar acabadamente con el principio federalista de gobierno, sustento esencial de toda acción de Estado, en cuanto posibilita la participación directa y efectiva de los Estados provinciales en las decisiones de alcance nacional en la materia, sin claudicar respecto a la función directriz y rectora que le compete orgánica y constitucionalmente a la autoridad nacional.

Por todo lo expuesto estimamos que la medida que se proyecta habrá de merecer la correspondiente sanción legislativa.

Dios guarde a V. E. — Horacio M. Rodríguez Castells. — Juan C. Cambior. — Jorge Wenbe. — Hector F. Villaverán. — Llamil Reston. — Lucas J. Lennon.

Art. 11. — La autoridad de aplicación establecerá los patrones nacionales que deberán ser tenidos en cuenta obligatoriamente como índice de referencia, para la habilitación y control permanente de los componentes y derivados que se elaboren a partir de la sangre humana. Dichos patrones deberán actualizarse conforme al progreso que se verifique científicamente en el orden internacional en esta materia.

Art. 12. — En caso de movilización nacional como consecuencia de conflicto bélico, el Poder Ejecutivo nacional determinará qué organismo ejercerá la dirección superior centralizada en la materia de esta ley en todo el territorio de la República Argentina.

Las Fuerzas Armadas y de Seguridad quedan exceptuadas del régimen que prescribe la presente ley, no obstante lo cual podrán adherirse al mismo por decisión de sus autoridades específicas.

CAPITULO IV — De la donación de sangre

Art. 13. — A los efectos del cumplimiento de las disposiciones de la presente ley, la autoridad de aplicación y las autoridades jurisdiccionales fomentarán y apoyarán la donación de sangre humana mediante una constante labor de educación sanitaria sobre la población, a la vez que, deberán difundir en forma pública y periódica a través de los medios de comunicación masiva a su alcance, los procedimientos a seguir por la misma para suvenir a sus necesidades de sangre humana, componentes y derivados. Igualmente promoverán la formación y desarrollo de asociaciones de donantes.

Alentará la actitud de los donantes propiciando el reconocimiento de su acción, a través de actos que así lo testimonien.

Art. 14. — Por la vía reglamentaria se instrumentará un seguro de sangre individual para los donantes habituales y válido para su núcleo familiar, de tal modo que les permita el acceso a la obtención de sangre humana y componentes en forma inmediata, suficiente y exceptuándolo de la reposición establecida por el art. 52.

Art. 15. — Queda expresamente establecido que la extracción de sangre humana sólo podrá efectuarse en los bancos de sangre legalmente autorizados y habilitados por la respectiva autoridad de aplicación.

Todo acto de extracción de sangre humana efectuada a donantes, se encuentra eximido de toda exigencia de pago alguno.

CAPITULO V — De la utilización de la sangre humana, componentes y derivados

Art. 16. — Los profesionales médicos intervinientes en la prescripción terapéutica de la sangre humana, componentes y derivados están obligados a la utilización racional de dichas sustancias, debiendo entenderse por ello a su empleo en directa correspondencia con las necesidades específicas de cada patología a tratar.

En los casos de diagnóstico dudoso que pudiera implicar un uso inseguro o poco eficaz de la sangre humana, sus componentes y/o derivados, será obligatoria la consulta con un profesional especializado en la materia.

Art. 17. — La autoridad de aplicación en la materia de la presente ley deberá promover y difundir como responsabilidad primaria en su medio de actuación, la utilización racional de la sangre humana; componentes y derivados.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, la autoridad de aplicación asegurará igualmente su uso racional, mediante acciones normativas en particular para los profesionales especializados. Asimismo dichas acciones serán coordinadas con los medios científicos y educativos en la materia.

CAPITULO VI — Sistema Nacional de Sangre

Art. 18. — A los fines determinados por el art. 3° de la presente ley, crease el Sistema Nacional de Sangre, el que estará constituido por:

- a) La autoridad de aplicación de esta ley, a través de un organismo rector general.
- b) La Comisión Nacional de Sangre, en su carácter de ente interministerial asesor y ad honorem.
- c) Las autoridades sanitarias de cada Provincia.
- d) Los servicios de información, coordinación y control.
- e) Los establecimientos asistenciales de salud oficiales o privados que posean servicios de hemoterapia.
- f) Los Bancos de Sangre.
- g) Las asociaciones de donantes.
- h) Las plantas industriales oficiales de producción de hemoderivados.

i) Las instituciones que tengan relación con la utilización de la sangre

Art. 19. — El organismo rector general mencionado en el inc. a) del artículo precedente, con la categoría de Dirección Nacional, pertenecerá a la estructura orgánica de la autoridad de aplicación, dependerá de la misma a todos sus efectos y regirá las funciones de orientación, coordinación y supervisión operativa y de las relaciones interjurisdiccionales del Sistema Nacional de Sangre.

Art. 20. — La relación funcional entre los establecimientos, organismos o entes integrantes del Sistema Nacional de Sangre, se regirá por el régimen operativo de intercambio y cesión y demás normas que expresamente se establecen en este cuerpo legal. La dependencia orgánico-administrativa de los mismos se mantendrá dentro de las distintas jurisdicciones con relación a sus respectivas autoridades.

Art. 21. — La autoridad de aplicación a través del ente rector general a que se refiere el art. 19 asumirá las responsabilidades y ejercerá las funciones siguientes:

1. Establecer las normas técnicas y administrativas que reglamenten la habilitación, funcionamiento, control, inspección y supervisión de los Servicios de Hemoterapia, Bancos de Sangre, y demás establecimientos comprendidos en este cuerpo legal, existentes o a crearse en el futuro.
2. Determinar las normas técnicas de seguridad a cumplir en las prácticas transfusionales en general.
3. Obtener toda información relacionada con la salud de donantes y receptores para la adopción de las medidas de prevención o corrección que sean necesarias.
4. Fijar las normas para el establecimiento y funcionamiento de las asociaciones de donantes de sangre como también para su fiscalización y control.
5. Promover campañas de motivación de los donantes de sangre.
6. Proponer al Poder Ejecutivo nacional las medidas referentes a la importación y exportación de sangre, componentes y derivados.
7. Regular la habilitación, control e inspección de los establecimientos dedicados a la elaboración industrial de derivados, sueros hemoclasificados o reactivos.

8. Establecer las normas que aseguren y garanticen el abastecimiento de materia prima a las plantas de hemoderivados.

9. Fijar las normas para el establecimiento y funcionamiento de un sistema de información, registro, catastro y estadística que comprenda a todos los niveles de dirección y ejecución del Sistema.

10. Reunir, ordenar y reservar la información ejecutiva, estadística y de catastro que le resulte necesaria a los fines de la dirección superior del Sistema.

11. Establecer los registros de operaciones y de anotaciones técnicas, administrativas y contables, que deberán cumplir todos los establecimientos o entes comprendidos en la materia de esta ley.

12. Proponer al Poder Ejecutivo nacional las normas para afrontar las situaciones de emergencia o catástrofe jurisdiccionales o generales.

13. Coordinar su acción con las facultades médicas del país a fin de contribuir a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos.

14. Promover los planes y las acciones tendientes a la preservación y cuidado de la salud del personal afectado y relacionado con esta ley como también de la población en general.

15. Supervisar y evaluar los resultados del servicio y elevar a la autoridad de aplicación un informe anual.

16. Establecer las normas del régimen operativo de intercambio y cesión de sangre como también de su supervisión, control e inspección.

17. Promover la publicación de literatura específica conteniendo las normas y conocimientos necesarios para que todo profesional pueda desempeñarse en la emergencia, actualizándolo anualmente con los adelantos que en esta materia se hubieren producido.

18. Brindar apoyo técnico y/o económico, cuando a solicitud de las autoridades jurisdiccionales, se considere necesario y oportuno, para el mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Sangre.

CAPÍTULO VII — De los servicios de hemoterapia y bancos de sangre

Art. 22. — El Servicio de Hemoterapia es el ente técnico administrativo que realiza el acto transfusional, con los elementos suministrados por el Banco de Sangre. Dicho acto deberá realizarse previo estudio inmunohematológico.

Los establecimientos asistenciales que no posean servicios de hemoterapia recibirán el apoyo del sistema en sangre componentes y derivados, según lo coordine el respectivo servicio de información, coordinación y control.

Art. 23. — El Banco de Sangre es el ente técnico-administrativo integrado a establecimientos asistenciales oficiales o a entidades oficiales o privadas sin fines de lucro.

Tendrá las siguientes funciones:

- a) Estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de de sangre.
- b) Clasificación y control de sangre y sus componentes.
- c) Fraccionamiento de sangre para la obtención de componentes.
- d) Conservación de sangre y sus componentes para la provisión según las necesidades.
- e) Provisión de materia prima a las plantas de hemoderivados.

Art. 24. — Los excedentes de sangre humana o sus componentes, vencidos o no, que no sean utilizados por los Bancos de Sangre no podrán ser desechados y deberán ser obligatoriamente entregados a la planta de hemoderivados que disponga la autoridad de aplicación.

Art. 25. — La reglamentación de la presente ley establecerá el nivel de complejidad, las dotaciones y especialidades del personal profesional auxiliar, técnico y de enfermería; como también las responsabilidades y obligaciones generales de los servicios de hemoterapia y bancos de sangre y todo lo atinente a la infraestructura y equipamiento que les corresponda.

CAPÍTULO VIII — De las técnicas de feresis

Art. 26. — La técnica de plasma feresis como mecanismo de obtención de materia prima para la elaboración de hemoderivados sólo podrá ser em-

pleada en bancos de sangre, habilitados y expresamente autorizados a tal efecto por la autoridad de aplicación.

Las autorizaciones que se concedan serán temporarias, por tiempo determinado y solo mediando un caso de necesidad pública.

Podrán ser revocadas cuando las necesidades puedan cubrirse con los medios normales.

Art. 27. — Las técnicas de feresis como recurso terapéutico de práctica médica individual, podrán ser empleadas en bancos de sangre estatales y/o privados sin fines de lucro, expresamente autorizados y habilitados por esta ley.

CAPÍTULO IX — De las plantas de hemoderivados

Art. 28. — Se considera planta de hemoderivados a todo establecimiento que se dedique al fraccionamiento y transformación en forma industrial de la sangre humana, con el fin de obtener productos derivados de la misma para la aplicación en medicina humana.

La producción de hemoderivados sólo podrá efectuarse sin fines de lucro y en plantas de elaboración destinadas exclusivamente para ese fin, las que deberán contar con la autorización y habilitación correspondiente por parte de la autoridad de aplicación.

Las plantas estatales que funcionaren a la fecha de entrada en vigencia de esta ley, deberán adecuarse a sus normas y a las que en su consecuencia se dicten en el plazo que determine la reglamentación.

Art. 29. — Las plantas habilitadas para la elaboración de hemoderivados quedarán facultadas para celebrar convenios de provisión de sangre entera, plasma o sus componentes con personas jurídicas públicas o privadas para el trueque por productos de su producción. Tales convenios deberán ser autorizados por la autoridad de aplicación.

Art. 30. — Los establecimientos encuadrados en este capítulo deberán contar con toda la infraestructura física necesaria, equipos y laboratorios de investigación en relación con los productos que elaboren. Igualmente complementarán su accionar en íntima coordinación con el área universitaria a los fines de asimilar los progresos de la ciencia sobre la materia.

La dirección de estos establecimientos será ejercida por un profesional bioquímico o farmacéutico, con antecedentes de idoneidad y trayectoria científica.

En el ejercicio de su cargo deberá asignar funciones, establecer responsabilidades y determinar los

procedimientos operativos individuales a que quedarán sujetos el personal profesional, técnico y administrativo bajo su dependencia.

Art. 31. — La autoridad de aplicación a través de los organismos correspondientes, fiscalizará por medio de controles regulares y periódicos las condiciones de calidad, pureza, potencia, inocuidad, eficacia y seguridad de estos productos conforme a la presencia de patrones nacionales e internacionales vigentes.

CAPÍTULO X — De los laboratorios productores de reactivos, elementos de diagnóstico o sueros hemoclasificadores

Art. 32. — Los laboratorios productores de reactivos, elementos de diagnóstico o sueros hemoclasificadores que utilicen como materia prima sangre o componentes de origen humano para la elaboración de sus productos deberán ser estatales o privados sin fines de lucro.

Deberán contar con la autorización y habilitación de la autoridad de aplicación.

En caso de ser parte de una planta dedicada a la elaboración de otras especialidades medicinales deberá estar debidamente separada de la misma, estructural y funcionalmente.

Art. 33. — La sangre que utilicen para la elaboración de sus productos, les será provista exclusivamente a través de los bancos de sangre. Estos últimos olearán únicamente como elementos extractores y depositarios de la materia prima, hasta su remisión a los establecimientos elaboradores.

Art. 34. — En todas las circunstancias la vinculación entre el Banco de Sangre y el establecimiento receptor de la materia prima, se hará efectiva a través de un convenio de partes, cuya validez estará condicionada a la aprobación de la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO XI — De las normas de funcionamiento de los establecimientos comprendidos en esta ley

Art. 35. — Otórgase a la autoridad de aplicación la facultad de establecer las normas de funcionamiento que regirán el desenvolvimiento de las actividades de los establecimientos comprendidos en la presente ley.

Las autoridades jurisdiccionales adoptarán dichas normas según las características y condiciones de cada jurisdicción, en tanto y cuanto no se modifiquen los principios establecidos en la presente ley.

Art. 36. — Cada establecimiento u organización comprendida en la presente ley, dictará en base a las normas señaladas en el artículo precedente, los procedimientos operativos internos a ejecutar en todas las actividades que desarrolle en relación con la materia de esta ley.

Dichos procedimientos, previa aprobación de la autoridad jurisdiccional correspondiente, serán de conocimiento obligatorio para el personal que le compete y deberán ser presentados en cada inspección que efectúe al establecimiento la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO XII — Régimen operativo de intercambio y cesión

Art. 37. — Será obligatorio por parte de la autoridad de aplicación y las autoridades jurisdiccionales, establecer el régimen de intercambio y cesión de sangre humana, componentes y derivados, a fin de regular y coordinar la relación operativa entre los establecimientos en la materia, la cual instituirá:

- a) Un nivel primario de relación operativa que comprenda a todos los establecimientos involucrados en la presente ley.
- b) Un nivel secundario de información, coordinación y control del nivel primario, a cargo de servicios de carácter local, provincial o regional.

Art. 38. — A los fines precedentes, el citado régimen deberá determinar la relación coordinada con las jurisdicciones vecinas tendientes a viabilizar el intercambio o cesión interjurisdiccional. Igualmente determinará los procedimientos y medios de derivación de materia prima a las plantas de hemoderivados a la vez que queda establecido que el mismo se organizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Responsabilidad del abastecimiento de sangre humana, componentes y derivados por parte de los bancos de sangre.
- b) Determinación de la relación operativa de cada servicio de hemoterapia y banco de sangre con aquéllos similares de su jurisdicción o vecinas.
- c) Elevación de informes de existencias de sangre y componentes al órgano de control con la reglamentación que determine la reglamentación.
- d) Registro del movimiento de intercambio o cesión por parte de los establecimientos que entregan, como también por aquellos que reciben, con especificación en cada caso de la causa que lo origina.

e) Certificación de las cantidades de sangre y componentes elaborados o procesados por los bancos de sangre, que avalen sus condiciones de identificación, calidad y controles de su procedimiento a fin de posibilitar su empleo.

f) Comunicación de las existencias remanentes o que excedan a las necesidades programadas que estarán disponibles en todo momento para las necesidades de intercambio.

g) Obligación de efectuar la derivación a las plantas de hemoderivados de sangre excedente o sin fines transfusionales o plasmáticos y con anterioridad a la fecha de su vencimiento.

h) Apoyo en sangre humana, componentes y derivados a aquellos establecimientos que no posean servicios en la materia.

i) Elevación al órgano de control de las constancias documentadas de entrega y recepción de unidades de sangre y componentes intercambiadas o cedidas, conforme lo determine la autoridad de aplicación.

j) Requerimiento de donantes a través de los medios de difusión o comunicación pública únicamente por el organismo de control jurisdiccional.

k) Obligación de restituir a los bancos de sangre proveedores las unidades de sangre componentes recibidas de los mismos con motivo del intercambio.

l) Responsabilidad de abonar, por parte de los establecimientos receptores a los remitentes, los gastos que demande la extracción, envasamiento y preparación de las unidades de la sangre humana y/o sus componentes, recibidos en base a los valores que al efecto establecerá la autoridad de aplicación y los que serán periódicamente actualizados.

CAPITULO XIII — De los servicios de información, coordinación y control - Funciones

Art. 39. — El servicio de información, coordinación y control de sangre humana, componentes y derivados constituirá la instancia técnica-administrativa inmediata superior al nivel primario y tendrá dependencia directa de la autoridad de aplicación.

La citada autoridad establecerá la cantidad de servicios que estime necesario, de acuerdo a las particulares exigencias operativas. Los mismos deberán instalarse, sin excepción, guardando independencia física y funcional respecto de los establecimientos comprendidos en el nivel primario operativo.

Art. 40. — El servicio de información y control tendrá las siguientes funciones:

a) Coordinar el apoyo en sangre, componentes y derivados a aquellos establecimientos que, contando o no con servicios específicos, no puedan abastecerse circunstancialmente a través de los canales regulares.

b) Requerir apoyo en sangre humana, componentes o derivados a las jurisdicciones vecinas o brindarlo a las mismas.

c) Recibir, registrar y procesar la información regular de existencias, intercambio, cesión y otras con la materia de la presente ley que deberán elevar los establecimientos de nivel primario, conforme establezca la autoridad de aplicación.

d) Supervisar y fiscalizar la remisión de la materia prima a las plantas de hemoderivados.

e) Recibir las quejas y denuncias de los usuarios y transmitirlos a la autoridad de aplicación.

f) Dirigir la coordinación de apoyo en la materia en los casos de emergencia o catastro que ocurran en su jurisdicción.

g) Coordinar y registrar la actuación de los donantes y de los dadores de grupos raros o escasos.

h) Programar y ejecutar las inspecciones periódicas a los establecimientos comprendidos en la materia de la presente ley y elevar al término de las mismas los informes pertinentes a la autoridad de aplicación a los fines de su resolución.

i) Elevar la documentación de información, estadística y catastro afilante a la materia de la presente ley conforme las características, forma, oportunidad y periodicidad que establezca la reglamentación.

CAPITULO XIV — Establecimientos asistenciales sin organización de hemoterapia y pacientes asistidos en su domicilio

Art. 41. — Los establecimientos asistenciales eximidos de poseer servicio de hemoterapia, por no cumplir tareas quirúrgicas u obstétricas, dispondrán para sus pacientes internados de apoyo a través de establecimientos que disponiendo de dichas unidades, les sean asignados por la autoridad jurisdiccional.

Art. 42. — La asistencia hemoterapéutica en el domicilio del paciente deberá ser requerida por el médico de cabecera del mismo, a los servicios de hemoterapia legalmente autorizados y habilitados para prestar apoyo externo. En todos los casos, será

obligatorio documentar los detalles de la solicitud conforme se establezca por la vía reglamentaria de esta ley.

CAPITULO XV — De los donantes

Art. 43. — La donación de sangre o sus componentes es un acto de disposición voluntaria, solidaria o altruista, mediante el cual una persona acepta su extracción para fines exclusivamente médicos no estando sujeta a remuneración o comercialización posterior, ni cobro alguno.

Art. 44. — Podrá ser donante toda persona que, además de los requisitos de salud que establece la presente ley y su reglamentación, se encuadre en las siguientes condiciones:

a) Poseer una edad entre dieciséis (16) y sesenta y cinco (65) años.

b) Los menores de dieciocho (18) años deberán contar con la autorización de sus padres o de sus representantes legales.

c) Las personas mayores de sesenta y cinco (65) años solamente podrán donar cuando su médico de cabecera o habitual lo autorice por escrito dentro de los dos (2) días previos al acto.

Art. 45. — Cumplidas las exigencias relacionadas con la edad, el donante deberá someterse obligatoriamente a un examen, a saber:

a) Interrogatorio (anamnesis) con denuncia inexcusable de toda enfermedad o afección padecida o presente, la que tienda a caracter y alcance legal de declaración jurada.

b) Verificación del estado de salud normal mediante el examen clínico-biológico que permita descartar la existencia de alguna de las patologías del listado establecido por la vía reglamentaria, determinantes de su exclusión como tal.

Art. 46. — El establecimiento donde se haya efectuado la extracción deberá informar al donante de todas aquellas enfermedades y/o anomalías que pudieran haberse detectado con motivo de su donación. Cuando las circunstancias del caso así lo determinen deberá ser orientado por un médico para su posterior atención y tratamiento.

Art. 47. — Todo donante, por el acto de su donación, adquiere los siguientes derechos:

a) Recibir gratuitamente un refrigerio alimenticio compensatorio post-extracción.

b) Recibir el correspondiente certificado médico de haber efectuado el acto de donación.

c) Justificación de las inasistencias laborales por el plazo de veinticuatro (24) horas incluido el día de la donación. Cuando esta sea realizada para hemátesis, la justificación abarcará treinta y seis (36) horas. En ninguna circunstancia se producirá pérdida o disminución de sueldos, salarios o premios por estos conceptos.

Art. 48. — Es obligación de los donantes firmar la etiqueta impresa en los envases que se utilicen para recolectar la sangre que se les extraera, y en la que previamente se registrarán sus datos personales.

Art. 49. — La donación de sangre humana para hemátesis se regirá por los requisitos y condiciones que se establecen para los donantes en general a través de los artículos precedentes, con el agregado de un examen obligatorio cada dos (2) meses "electrolítico, proteínico e inmunoglobulínico" o cualquier otro que en un futuro por razones médicas pudiere establecerse.

Art. 50. — Cuando ante situaciones de grave emergencia la autoridad de aplicación acredite en forma debidamente fundada que existe necesidad de sangre para destino transfusional de grupos raros o escasos o para la obtención de sus componentes, derivados y reactivos el Poder Ejecutivo nacional podrá autorizar a que, con carácter excepcional para cada caso particular y por un período no mayor de tres (3) días corridos, los dadores especiales de grupos raros puedan ser remunerados por ese período.

Tales situaciones excepcionales se regirán por las siguientes disposiciones:

a) La remuneración al dador se determinará con un precio uniforme para todo el territorio de la República Argentina, que establezca el mismo decreto que autoricé la remuneración.

b) Las extracciones sólo podrán ser efectuadas en establecimientos asistenciales estatales o privados sin fines de lucro.

c) Deberán ser inscriptos en el establecimiento habilitado que realice la extracción.

d) La relación entre dador y receptor será formalizada ante el establecimiento extractor, quedando prohibida la relación privada entre ambos.

e) Deberán satisfacer las exigencias establecidas para los donantes en general conforme a lo preceptuado en los arts. 44, 45 y 46 y aquellas otras que establezca la reglamentación.

CAPITULO XVI — De los receptores

Art. 51. — Se considera receptor a toda persona que sea objeto de una transfusión de sangre entera o sus componentes.

Art. 52. — El receptor de sangre humana y/o sus componentes, no podrá ser pasible de cobro alguno, como consecuencia directa de la transfusión. Solo serán susceptibles de cobro, los honorarios por practica medica y los elementos complementarios que fuere necesario utilizar para la realización del acto transfusional, todo ello según lo establezca la autoridad de aplicación.

Art. 53. — Es deber de todo receptor, previa certificación medica, denunciar a la autoridad de aplicación jurisdiccional todo proceso patológico relacionado con un acto transfusional.

A los efectos del mantenimiento constante de las reservas del sistema, los profesionales médicos indicarán a los receptores y/o sus familiares a reponer la sangre recibida mediante el aporte voluntario de dadores, en carácter de obligación moral y solidaria.

CAPITULO XVII — Autorreserva de sangre

Art. 54. — La autorreserva de sangre es la extracción que se le efectúe a una persona para proceder a su guarda, custodia y conservación, con el fin de ser oportunamente transfundida a la misma en caso de necesidad.

Art. 55. — La relación existente entre el dador-paciente y el establecimiento o ente responsable de la guarda de su sangre y/o componentes dentro del término de periodo útil de la sangre, se regirá de acuerdo a lo establecido en el Código Civil para la figura del depósito regular.

Art. 56. — Las constancias legales que deberán hacerse efectivas como también las condiciones de conservación, utilización, baja y/o descarte al término del periodo útil de la sangre y/o sus componentes, serán establecidos por la reglamentación de la presente ley.

Art. 57. — La autoridad de aplicación establecerá y actualizará periódicamente los aranceles que, para esta actividad, habrán de percibir los establecimientos que fueren autorizados a realizarla.

CAPITULO XVIII — De las prácticas médicas comprendidas De los requisitos y cargos de los profesionales y colaboradores

Art. 58. — Las prácticas médicas referidas a extracciones, transfusiones, plasmateresis, leucotéresis o equivalentes, como también la sensibilización o

inmunización de donantes podrán efectuarla exclusivamente los profesionales médicos. Los jefes de servicio de hemoterapia y/o bancos de sangre, podrán autorizar como procedimiento no habitual, que el personal auxiliar o técnico realice alguna de las citadas prácticas conforme su idoneidad y experiencia, aunque en todos los casos deberán hacerlo bajo el control directo y responsabilidad de un profesional médico.

Art. 59. — Los servicios de hemoterapia, bancos de sangre y demás establecimientos comprendidos en la presente ley, tanto estatales como privados, deberán funcionar a cargo y bajo la dirección de profesionales especialistas conforme a la siguiente determinación:

- Servicio de Hemoterapia en cualquiera de sus categorías: Médico especialista en hemoterapia.
- Banco de Sangre: Médico especialista en hemoterapia.
- Plantas de hemoderivados: Bioquímico o Farmacéutico.
- Laboratorios de reactivos, o sueros hemoclasificadores: Bioquímico.

Art. 60. — Considerase a los técnicos en hemoterapia, hematología y demás especialidades técnicas existentes o por crearse, colaboradores de la medicina y su desempeño será de ejercicio exclusivo en los establecimientos específicos en la materia, con la dirección y control directo de un profesional especializado.

Art. 61. — En ningún caso el ejercicio profesional de los médicos especializados en hemoterapia, podrá desarrollarse fuera de los establecimientos asistenciales específicos legalmente habilitados.

Considéranse como única excepción los casos individuales de emergencias en domicilio, que deberá ejecutarse con los medios móviles autorizados a tal efecto.

Art. 62. — En tanto no se oponga a las disposiciones de este cuerpo legal, serán de aplicación las normas que regulan el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración en cada jurisdicción.

CAPITULO XIX — De las actividades de capacitación e investigación científica y educación en sanidad de la población

Art. 63. — Las autoridades jurisdiccionales, acordarán con las autoridades universitarias la capacitación de pre-grado de los profesionales de la medicina respecto del uso racional de la sangre humana y sus

componentes, igualmente promoverá ante las citadas autoridades, la programación a nivel de post-grado de becas, cursos de estudios o perfeccionamiento como asimismo de investigación científica, en centros especializados de reconocida solvencia científica en la materia, tanto nacional como extranjeros.

Art. 64. — Las autoridades jurisdiccionales promoverán y organizarán cursos de estudio, capacitación y adiestramiento de técnicos en la materia de esta ley, bajo la supervisión de las autoridades universitarias, quienes serán las que otorgarán en cada caso los certificados de capacitación correspondientes.

Las entidades privadas en relación con esta ley, podrán cooperar para la realización de los programas enunciados precedentemente mediante su aporte, sea de tipo financiero o de otro tipo, en acción conjunta con los entes estatales.

En el caso de aportes financieros, los mismos deberán ingresar a un fondo específico a dichos fines, que será establecido y fiscalizado por la autoridad correspondiente.

Art. 65. — Compete a las autoridades sanitarias desarrollar programas de divulgación, información y promoción pública, referidos al objeto, principios y materia de esta ley a los fines de la instrucción y educación permanente de la población.

CAPITULO XX — De los aranceles y facturaciones

Art. 66. — Toda facturación y/o arancel que se establezca para las prácticas médicas vinculadas con los aspectos regidos por esta ley, quedan sujetos a los siguientes requisitos:

a) Las facturaciones serán diferenciadas debiendo separarse el gasto que corresponda al acto médico en sí, de aquel que fuere inherente a los materiales, envases o equivalentes.

En ningún caso se autoriza que los cobros en la materia sean unificados bajo el concepto general de derechos de transfusión o análogos.

b) Los gastos de extracción y envasamiento que demanda la obtención de la sangre y componentes en todos los casos, serán formulados a los receptores.

c) Queda prohibido todo tipo de depósito en garantía, anticipo de pago o equivalente, por la sangre, componentes y derivados y/o lo relacionado con las prácticas médicas correspondientes.

Art. 67. — La autoridad de aplicación establecerá y actualizará periódicamente, los valores monetarios de los aranceles que los establecimientos comprendidos

podrán formular a los receptores, en concepto de reintegro por el costo de obtención, conservación, procesamiento y provisión de la materia.

CAPITULO XXI — De los materiales y envases de uso para la sangre humana y componentes

Art. 68. — La sangre humana, componentes y derivados, serán recolectados y/o conservados en recipientes o envases que aseguren su condición de esterilidad e imposibilidad de influencia de todo factor ajeno que atente contra sus condiciones, cualidades o características propias y normales.

Art. 69. — La autoridad de aplicación deberá aprobar los materiales y envases de origen nacional e importado, como requisito obligatorio y condición indispensable para su libramiento al uso. Los materiales y envases de origen importado, deberán además poseer certificados de idoneidad y calidad técnica avalados por las autoridades de sanidad del país de origen.

Art. 70. — Los establecimientos fabricantes de materiales y envases para uso con la sangre humana, deberán estar expresamente autorizados por la autoridad de aplicación, la cual llevará un registro permanente de dichos establecimientos, y efectuará controles periódicos de los mismos a fin de asegurar la idoneidad y calidad de sus productos.

CAPITULO XXII — Del transporte de la sangre humana componentes y derivados

Art. 71. — Todo transporte de sangre humana, componentes y/o derivados, tendrá carácter prioritario y de carga pública para los servicios de transporte público estatales y privados, de pasajeros y carga, debiéndose efectuar en forma obligatoria y gratuita.

En caso de emergencia nacional o catástrofe, se establece dicha obligación también para toda persona que disponga de cualquier tipo de transporte utilizable.

No quedan comprendidos en este artículo, los movimientos aislados que correspondan a los actos médicos específicos de apoyo en hemoterapia.

Art. 72. — Será responsable el ente remitente de las condiciones de embalaje, asepsia, refrigeración u otros que se establezcan por vía reglamentaria, como también por los daños, perjuicios o deficiencias que causen los productos a transportar.

Art. 73. — Otórgase a la autoridad de aplicación la facultad de organizar y supervisar los movimientos de transporte habituales y regulares, entre los establecimientos de su jurisdicción comprendidos en la mate-

ria de esta ley, como también los envíos de materia prima a las plantas de hemoderivados y la remisión de los productos elaborados a recibir en trueque.

CAPITULO XXIII — De la importación y exportación de la sangre humana, sus componentes, derivados y elementos del diagnóstico

Art. 74. — La sangre humana, sus componentes y derivados, sólo serán utilizados en territorio nacional, quedando prohibida su exportación, con excepción de los casos en que por razones de solidaridad así lo autorice expresamente el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 75. — La importación de sangre humana, componentes y derivados sólo podrá efectuarse cuando medie autorización expresa del Poder Ejecutivo Nacional a requerimiento y con intervención de la autoridad de aplicación Nacional, en los casos de necesidad o escasez debidamente comprobada.

Art. 76. — En todos los casos la autoridad de aplicación nacional deberá fiscalizar, concurrentemente con la autoridad aduanera la importación y exportación de sangre humana, componentes, derivados y elementos de diagnóstico. Asimismo, deberá llevar los pertinentes registros centralizados acerca del movimiento que se verifique respecto de dichas sustancias.

Las entidades que importen sangre humana, componentes, derivados y elementos de diagnóstico deberán encontrarse autorizadas y habilitadas ante la autoridad de aplicación, la que llevará al efecto un registro centralizado.

Art. 77. — La importación transitoria de sangre humana, componentes y derivados a título de materia prima para su industrialización y reexportación posterior, podrá ser autorizada por el Poder Ejecutivo nacional conforme las modalidades que establezca la reglamentación.

CAPITULO XXIV — De los sistemas de registros, información, estadística y catastro

Art. 78. — La autoridad de aplicación establecerá un sistema de registros, información, estadística y catastro de carácter uniforme y de aplicación en el territorio nacional, siendo responsable de su cumplimiento, supervisión y control la respectiva autoridad jurisdiccional.

La autoridad de aplicación será responsable de llevar la centralización superior de datos del sistema.

El sistema mencionado, comprenderá obligatoriamente:

a) Servicios de hemoterapia, bancos de sangre, plantas de hemoderivados, laboratorios de reactivos, y demás establecimientos afines existentes o por crearse.

b) Servicios de Información, Coordinación y Control

c) Producción existencias, movimientos, cesión, intercambio y reservas de sangre, sus componentes, derivados y reactivos.

d) Donantes y receptores.

e) Importación y exportación.

Art. 79. — El sistema que se establece deberá apoyarse en las técnicas modernas del procesamiento electrónico de datos, permitiendo mediante mecanismos de control cruzados, determinar en cualquiera de las etapas de obtención, tratamiento y empleo de la sangre humana extraída, sus componentes y derivados, las condiciones o características de total normalidad acorde con las especificaciones y requisitos técnicos prescritos por esta ley.

Art. 80. — La autoridad de aplicación establecerá la documentación que deberá ser llevada por los establecimientos u organismos en relación con la materia de esta ley, tanto aquella de orden general del sistema, como también la que corresponda para satisfacer las necesidades propias mínimas de los distintos establecimientos; asimismo la documentación que obligatoriamente deberá elevar cada una de las instancias mencionadas hasta el nivel nacional, a fin de establecer los resultados finales superiores del procesamiento de datos de todo el territorio nacional.

La documentación, que los establecimientos y demás entes comprendidos deberán llevar, estarán referidos primariamente a los aspectos básicos que hacen a su tarea específica y que se determinan en los capítulos VI, VII, IX y X.

La reglamentación establecerá los datos que deberán consignarse en los documentos en relación con los aspectos citados en este título, como también los correspondientes a la documentación complementaria a establecer.

Los integrantes del sistema deberán suministrar toda la información que requiera la autoridad de aplicación directamente o las autoridades jurisdiccionales.

CAPITULO XXV — De las actividades de vigilancia, control e inspección

Art. 81. — Las autoridades jurisdiccionales a las que les corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto,

en el art. 2º de esta ley, están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias, mediante inspecciones y/o pedidos de informes.

Los funcionarios autorizados para realizar las inspecciones, tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y procederán a la intervención o secuestro de los elementos probatorios de su inobservancia. En los casos en que fuere necesario podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 82. — A través de los registros y estadísticas que surjan de la información recabada en forma periódica, se instrumentarán las actividades de vigilancia y control en relación a las funciones autorizadas a los establecimientos y personal actuante en los mismos.

La autoridad de aplicación dictará las normas a que deberán ajustarse las inspecciones, así como su periodicidad a través de la reglamentación.

Art. 83. — La autoridad jurisdiccional deberá programar las inspecciones, de forma tal que cada establecimiento, ente u organismo comprendido en la materia de la presente ley, resulte inspeccionado una vez al año como mínimo y al margen de las inspecciones no programadas que deban efectuarse por denuncias, quejas u otras razones.

CAPITULO XXVI — De las quejas y denuncias de los usuarios

Art. 84. — Los servicios de hemoterapia, bancos de sangre y demás establecimientos o entidades públicas o privadas comprendidas en los alcances de la presente ley, llevarán un libro de quejas y denuncias con la constancia de su habilitación oficial por la autoridad jurisdiccional y con las características que determine la reglamentación.

Art. 85. — La denuncia o queja que el usuario formule, en toda circunstancia deberá ser firmada por el mismo, con aclaración de su nombre y apellido y registro de su documento de identidad.

Art. 86. — Los establecimientos o entidades obligados a poseer libro de quejas y denuncias son totalmente responsables de su integridad, inalterabilidad y conservación en buenas condiciones. Asimismo es obligatoria la colocación de avisos bien visibles para los usuarios que hagan referencia a la existencia y disponibilidad del citado libro.

Art. 87. — La autoridad jurisdiccional inspeccionará en forma periódica y regular el libro de quejas y denuncias.

CAPITULO XXVII — De las faltas, delitos, sanciones y penas

Art. 88. — Los actos u omisiones que impliquen una transgresión a las normas de la presente ley y a las de su reglamentación, y siempre que no configuren alguno de los delitos previstos en los arts. 90, 91 y 92, serán sancionados con:

a) Multa de cinco mil pesos argentinos (\$a 5.000) a quinientos mil pesos argentinos (\$a 500.000).

b) Suspensión de la habilitación o autorización que se hubiere acordado al banco, servicio o laboratorio, por un lapso de hasta cinco (5) años.

c) Clausura temporaria o definitiva parcial o total, de los locales en que funcionen los establecimientos mencionados en el apartado anterior.

d) Inhabilitación de los profesionales responsables de dichos actos u omisiones por un lapso de hasta cinco (5) años.

e) Decomiso de los materiales y productos utilizados en la comisión de la infracción.

Las sanciones precedentes podrán aplicarse independiente o conjuntamente.

Art. 89. — Los montos máximos y mínimos de las multas establecidas en el inc. a) del art. 88 y en el art. 91, serán actualizados tomando como base de cálculo la variación semestral registrada al 1 de enero y al 1 de julio de cada año, en el índice de precios al por mayor nivel general, que elabore el Instituto Nacional de Estadística y Censos, o el organismo que lo reemplazare.

La autoridad de aplicación tendrá a su cargo determinar los importes resultantes de dicha actualización, mediante el dictado de la pertinente resolución, la que será obligatoria a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 90. — El producto de las multas que por imperio de esta ley imponga la autoridad de aplicación, ingresará a la Cuenta "Fondo Nacional de la Salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente para la creación y equipamiento de los servicios destinados a las actividades de esta ley. El producto de las multas que apliquen las autoridades jurisdiccionales, ingresará de acuerdo con lo que en la respectiva jurisdicción se disponga.

Art. 91. — Será reprimido con prisión de seis (6) meses a cinco (5) años y con multa de diez mil pesos argentinos (\$a 10.000) a quinientos mil pesos argentinos (\$a 500.000), el que intermedie comercial-

mente y/o lucrare en la obtención, donación, clasificación, preparación, fraccionamiento, producción, almacenamiento, conservación, distribución, suministro, transporte, actos transaccionales, importación y exportación y toda forma de aprovechamiento de la sangre humana sus componentes y derivados, fuera de los casos autorizados en la presente ley o el que diere a la sangre, sus componentes o derivados, un destino distinto del que ella autoriza

Art. 92. — Serán reprimidos con prisión de seis (6) meses a dos (2) años los responsables de servicios de hemoterapia, bancos de sangre, plantas de hemoderivados, o laboratorios productores de reactivos, elementos de diagnóstico y sueros hemoclasificadores, cuando bajo cualquier denominación o estructura estos funcionaren sin estar legalmente autorizados y habilitados.

Igual sanción recaerá sobre las personas que obtengan y/o procesen sangre, sin estar debidamente autorizados.

Art. 93. — Será reprimido con prisión de un (1) mes a dos (2) años el que siendo responsable del suministro de los datos e informes requeridos de acuerdo al art. 80, omitiere proporcionarlos, los occultare o alterare, siempre que por aplicación del Código Penal no le correspondiere una pena mayor.

Art. 94. — En el caso de condena por los delitos previstos en los arts. 91, 92 y 93, el culpable, si fuere funcionario público o profesional del arte de curar, sufrirá además inhabilitación especial por el doble tiempo de la condena.

Art. 95. — Será competente para entender en los delitos previstos por los arts. 91, 92 y 93 de la presente ley, la justicia federal.

CAPITULO XXVIII — De los procedimientos

Art. 96. — Las infracciones de carácter administrativo a esta ley o su reglamentación, serán sancionadas por la autoridad nacional o por la autoridad jurisdiccional correspondiente, previo sumario con oportunidad de defensa y de producir prueba por parte del imputado.

Art. 97. — En los casos en que se compruebe la existencia de una infracción se dará vista al infractor por el término de cinco (5) días hábiles para que oponga sus defensas y ofrezca toda su prueba, acompañando la documental. Sustanciada la prueba en el término de diez (10) días hábiles, la autoridad sumariante deberá dictar resolución dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Las resoluciones dictadas por las autoridades correspondientes, serán apelables en el plazo de cinco (5) días hábiles a contar desde su notificación al imputado, debiendo la autoridad que aplicó la sanción proceder a la elevación del expediente, cuando proceda, al juez federal competente que actuará como tribunal de última instancia. En todos los aspectos no expresamente reglados en las normas de la presente ley será de aplicación supletoria, el Código de Procedimientos en lo Criminal.

Art. 98. — La falta de pago de las multas contempladas en el art. 37 inc. a), hará exigibles su cobro por el procedimiento de la vía de apremio, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

CAPITULO XXIX — Del financiamiento

Art. 99. — Los gastos e inversiones que se originen por la puesta en vigencia de las disposiciones de esta ley serán provistos por el Tesoro Nacional con carácter de aporte especial único.

Dicho aporte será efectivizado, previa presentación presupuestaria y aprobación de las necesidades crediticias que a tal fin correspondieren.

Art. 100. — El mantenimiento de su posterior funcionamiento se efectuará mediante los fondos que se asignen a los fines de esta ley en las distintas jurisdicciones y que estarán constituidos de la siguiente forma:

a) Por los aportes anuales fijados por el presupuesto general de gastos de la Nación.

b) Por los aportes anuales que tienen los respectivos presupuestos de gastos provinciales, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

c) Por los aportes anuales que se fijará a las instituciones de sanidad sin fines de lucro dependientes del área de la Seguridad Social.

d) Por la tasa retributiva de servicios que fijará anualmente al Poder Ejecutivo nacional a ser cobrada a las entidades beneficiarias del sistema que se estatuya por la presente ley.

e) Contribuciones privadas, donaciones y legados.

f) Producto de las multas impuestas por las autoridades de aplicación nacionales y jurisdiccionales, que se integran al Fondo Nacional de la Salud conforme lo dispuesto por el art. 90.

CAPITULO XXX — Disposiciones finales

Art. 101. — Los establecimientos que a la fecha de la presente ley se encuentren autorizados para desarrollar alguna de las actividades previstas en sus disposiciones deberán, dentro del plazo máximo de cinco (5) años contado desde la fecha de su promulgación ajustarse a dichas disposiciones para revalidar su autorización y habilitación, sin perjuicio del inmediato cumplimiento de lo estatuido conforme lo determine la reglamentación.

Art. 102. — El Poder Ejecutivo nacional reglamentará las disposiciones de la presente ley, dentro de los noventa (90) días de su promulgación.

Art. 103. — Comuníquese, etc.

LEY 22.991 (*)

Poder Judicial — Compensación por incompatibilidad para magistrados y funcionarios incluidos en el anexo V de la ley 22.878.

Sanción y promulgación: 28 noviembre 1983.
Publicación: B. O. 1/XII/83.

Citas legales: ley 22.878, XLIII-C, 2592, D. ley 1285/58, XVIII-A, 587, t. a.: XLI-B, 2901; ley 19.101: XXXI-B, 1343; ley 21.600: XXXVII-B, 2499; acordada del 17/XII/52 (C. S. J. N.) regl. para la justicia nacional: XIII-A, 931; t. a.: XXXIX-A, 535.

(*) Nota al Poder Ejecutivo acompañando el proyecto de ley 22.991.

Buenos Aires, 15 de noviembre de 1983.

Excmo. Señor Presidente de la Nación:

Tenemos el honor de elevar a la consideración del Excmo. señor Presidente, un proyecto de ley por el cual se propicia la aplicación de un complemento al haber mensual que perciben los magistrados y funcionarios de la justicia nacional, en concepto de compensación por el régimen de incompatibilidades establecido en el dec.-ley 1285 de fecha 4 de febrero de 1958.

Los magistrados y funcionarios de la justicia nacional están sometidos a un régimen riguroso de incompatibilidades resultante de las normas contenidas en el dec.-ley 1285 del 4 de febrero de 1958, y de las que integran el reglamento para la justicia nacional dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Art. 1° — Los magistrados y funcionarios de la justicia nacional incluidos en el anexo V de la ley 22.878 percibirán un importe mensual equivalente al diecinueve por ciento (19 %) de su remuneración total mensual (sueldo básico más compensación jerárquica), en concepto de compensación por el régimen de incompatibilidades establecido por el dec.-ley 1285 de fecha 4 de 1958.

Art. 2° — La compensación a que se refiere el artículo anterior no será computada a los efectos de las disposiciones que emanan del art. 53 bis de la ley 19.101, modificado por el art. 1° de la ley 21.600.

Art. 3° — La compensación establecida en el art. 1° es incompatible con el derecho a percibir un suplemento por título.

Art. 4° — La compensación por el régimen de incompatibilidades estará sujeta a los aportes y contribuciones que establezcan las normas previsionales y asistenciales.

Art. 5° — La compensación establecida por esta ley se aplicará a partir del 1 de noviembre de 1983.

Art. 6° — El gasto que demande el cumplimiento de esta ley será atendido con los créditos asignados al inc. 11 - Personal, correspondiente a la Jurisdicción 05 — Poder Judicial, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Art. 7° — Comuníquese, etc.

Tales incompatibilidades, son impuestas por la naturaleza de la actividad jurisdiccional y recaen en la eficacia de las funciones que prestan los magistrados y funcionarios judiciales al establecer una dedicación exclusiva de parte de ellos al desempeño de sus respectivos cargos.

Esa situación, determina que sea razonable y equitativo establecer un complemento adicional a la remuneración mensual que perciben los magistrados y funcionarios, destinado a compensar las mayores exigencias resultantes del régimen de incompatibilidades al cual están sometidos.

Por otra parte, en virtud de lo expuesto precedentemente y atento las características específicas que reviste la compensación propiciada, se ha previsto que la misma no sea computada a los efectos de las disposiciones que surgen del art. 53 bis de la ley 19.101.

Dios guarde a V. E. — Lucas J. Lennon. — Jorge Wehbe.

convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

ARTICULO 13

1. El director general de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el director general llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente convenio.

ARTICULO 14

El director general de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al secretario general de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el art. 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

ARTICULO 15

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

ARTICULO 16

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a) La ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso iure, la denuncia inmediata de este convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el art. 12, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor.

b) A partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. Este convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

ARTICULO 17

Las versiones inglesa y francesa del texto de este convenio son igualmente auténticas.

LEY 23.463

Fuerzas Armadas — Juramento de fidelidad y respeto a la Constitución Nacional.

Sanción: 30 octubre 1986.

Promulgación: 2 diciembre 1986 (Aplicación art. 7 C. Nacional).

Publicación: B. O. 16/2/87.

Citas legales: Constitución Nacional: 1852-1880, 68 y XVII-A, 1.

Art. 1° — Los oficiales superiores, jefes, oficiales subalternos, suboficiales, clases e individuos de tropa de las Fuerzas Armadas de la Nación deberán prestar juramento de fidelidad y respeto a la Constitución Nacional.

Art. 2° — Los soldados conscriptos prestarán ese juramento en formación pública que tendrá lugar el 25 de mayo de cada año.

Art. 3° — Los oficiales y suboficiales prestarán ese juramento en la formación pública en que reciban sus despachos de promoción y ascenso. Los restantes militares lo harán en el curso de la formación pública de incorporación a las Fuerzas Armadas.

Art. 4° — El juramento mencionado en los artículos anteriores se prestará de acuerdo con la siguiente fórmula: "¿Juráis a la Patria defender a la Constitución Nacional, hasta perder la vida?". A la respuesta: "Sí, juro", expresada de viva voz por los integrantes de la formación, el comandante agregará: "Si así no lo hiciéreis, la Patria os lo demande".

Art. 5° — Todos los oficiales de las fuerzas armadas, al asumir una función de mando, prestarán juramento según sus convicciones, de observar y hacer observar, si fuere necesario, hasta perder la vida, la Constitución Nacional, conforme a las leyes que al efecto dicte el Congreso y a los decretos del Poder Ejecutivo nacional.

Art. 6° — Al término de todas las formaciones de la tarde, se utilizará como saludo, en la forma y por las personas que establezca la reglamentación, la si-

Ley 23.463. — Proyecto del senador Gass y otros, considerado y aprobado con modificaciones por el Senado en la sesión del 20 de setiembre de 1984 (D. ses. Sen. 1984, ps. 2067 a 2076); la Cámara de Diputados lo aprobó con modificaciones en la sesión del 7 de agosto de 1986 (D. ses. Dip. 1986, ps. 3414 a 3416) y el Senado le dio sanción definitiva en la sesión del 30 de octubre de 1986 (D. ses. Sen. 1986, ps. 4243 y 4244).

PARTE fórmula: "Subordinación y valor, para servir a Patria y defender la Constitución Nacional".

Art. 7° — Por esta única vez, el juramento prescripto en el art. 1° será prestado dentro de los 180 días de la promulgación de esta ley.

Ese plazo se extenderá a un año respecto a los oficiales y suboficiales en situación de retiro.

Los soldados conscriptos lo presentarán antes de ser dados de baja.

Art. 8° — Por esta única vez, el juramento prescripto en el art. 5° será prestado dentro de los noventa días de la promulgación de esta ley.

Art. 9° — El Poder Ejecutivo dispondrá la edición de suficientes ejemplares de la Constitución Nacional para su entrega a cada uno de los que presten el juramento prescripto en el art. 1°, en los que se incluya su nombre, datos de identidad y fecha del acto, firmado por el jefe de la unidad donde tuvo lugar.

Art. 10. — Los gastos que demande la ejecución de la presente ley se tomarán de rentas generales con imputación a ellas.

Art. 11. — Comuníquese, etc.

LEY 23.464

Trasplante de órganos y materiales anatómicos humanos — Modificación de la ley 21.541.

Sanción: 30 octubre 1986.

Promulgación: 2 diciembre 1986 (Aplicación art. 70 C. Nacional).

Publicación: B. O. 25/3/87.

Citas legales: ley 21.541: XXXVII-A, 146; ley 20.744 (L. O. 1976): XXXVI-B, 1175.

Ley 23.464. — Proyecto de los diputados Martínez Márquez y otros y Lencina y Rabanal, considerado y aprobado sin modificaciones por la Cámara de Diputados en la sesión del 28/29 de setiembre de 1984 (D. ses. Dip. 1984, ps. 5287 a 5290), el Senado lo aprobó con modificaciones, en la sesión del 6 de agosto de 1986 (D. ses. Sen. 1986, ps. 1486 a 1524), la Cámara de origen aceptó parcialmente las modificaciones introducidas por la Cámara revisora en la sesión del 22 de octubre de 1986 (D. ses. Dip. 1986, ps. 6526 a 6533) y el Senado le dio sanción definitiva en la sesión del 30 de octubre de 1986 (D. ses. Sen. 1986, ps. 4212 a 4218).

Art. 1° — Sustitúyense los arts. 2°, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 34 y el inc. b) del art. 27 de la ley 21.541 por los siguientes:

Art. 2° — La ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos podrán ser realizadas cuando todos los otros medios y recursos disponibles no artificiales se hayan agotado o no sean suficientes como alternativa terapéutica para la recuperación de la salud del paciente. Estas prácticas se considerarán de técnica corriente y no experimental. La reglamentación podrá incorporar otras que considere necesarias de acuerdo con el avance médico-científico.

Art. 11. — Los jefes y subefes de los equipos, como asimismo los profesionales a que se refiere el art. 3° deberán informar de manera suficiente y clara, adaptada al nivel cultural de cada paciente, acerca de los riesgos de la operación de ablación e implante, según sea el caso, sus secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes. Luego de asegurarse que el dador y el receptor hayan comprendido el significado de la información suministrada, dejarán la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador y del receptor, así como de la opinión médica sobre los riesgos de esta operación, sus secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia debidamente documentada de acuerdo con las normas que se establezcan por vía reglamentaria.

Art. 12. — La extracción de órganos o materiales anatómicos en vida con fines de trasplante, únicamente estará permitida cuando se estime que razonablemente no causará un grave perjuicio a la salud del dador y existan perspectivas de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor. La reglamentación establecerá los órganos y materiales anatómicos que podrán ser objeto de ablación.

Art. 13. — La persona capaz mayor de edad, podrá voluntariamente disponer la ablación en vida de algún órgano o material anatómico de su propio cuerpo con fines de trasplante, en tanto el receptor sea padre, madre, hijo o hermano consanguíneo del dador. Asimismo, cuando circunstancias excepcionales lo justifiquen, podrán efectuarse trasplantes entre parientes consanguíneos en línea recta de segundo grado y colaterales hasta el cuarto grado entre cónyuges y entre padres e hijos adoptivos. En todos los casos será indispensable el dictamen favorable del equipo médico a que se refiere el art. 3°.

Cuando la reglamentación a que se refiere el último párrafo del art. 12, considere como de técnica corriente la implantación de médula ósea, podrá ser dador el menor de 18 años, familiar directo del

receptor, previa autorización de su representante legal.

El consentimiento del dador no puede ser sustituido ni complementado; puede ser revocado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica, mientras conserve capacidad para expresar su voluntad.

La retracción del dador no genera obligación de ninguna clase.

Art. 15. — El dador en ningún caso deberá atender los gastos de cualquier naturaleza que se vinculen con la ablación. Dichos gastos serán soportados por el receptor o por las entidades responsables de su cobertura social.

Art. 16. — A todos los efectos dispuestos en este ordenamiento legal, las inasistencias en que incurra el dador con motivo de la ablación, así como la situación sobreviniente a la misma, se regirán por las disposiciones que sobre protección de enfermedades y accidentes inculpables establece el Régimen de Contrato de Trabajo instituido por ley 20.744, o los respectivos convenios colectivos de trabajo o estatuto que rija la actividad del dador, si éstos fueren más favorables.

Art. 17. — Toda persona mayor de 18 años, en pleno uso de sus facultades mentales, podrá disponer para después de su muerte la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para ser implantados en otros seres humanos, o con fines de estudio o investigación.

La reglamentación promoverá formas y modalidades que faciliten la manifestación expresa, registro y constancia de esta voluntad. A tal efecto, el Poder Ejecutivo:

a) Realizará en forma permanente la adecuada campaña educativa a través de los medios de difusión masiva, tendiente a crear la conciencia solidaria de la población en esta materia.

b) Implementará las siguientes medidas:

I — Que todo establecimiento asistencial público o privado opere, a los efectos de este artículo como delegación del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Órganos CUCAI, como condición de su habilitación.

II — Que esta manifestación de voluntad pueda hacerse por telegrama o carta-documento, de carácter gratuito, dirigidos al CUCAI o al Ministerio de Salud y Acción Social.

III — Que se autorice a determinados funcionarios públicos civiles, como jefes de correos y telégrafos, directores de establecimientos públicos de ense-

ñanza, escribanos públicos y otros, a recibir esta manifestación de voluntad, registrada y dejar constancia de la misma en el documento que para ello se habilite en las condiciones que fije la reglamentación.

IV — Todo oficial público, nacional, provincial o municipal encargado de otorgar documentación personal de identidad, carne de conductor o autorización para conducir cualquier clase de vehículo, acas ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas así como de la inscripción a una universidad, incorporación a una obra social o de citación para el servicio militar, recabará del interesado la manifestación sobre la voluntad de donar todos o parte de sus órganos. A los fines de esta ley, el oficial público interviniente obrará como agente de la autoridad de aplicación. Si la voluntad es afirmativa, se comunicará al CUCAI para su registro y se hará constar en el documento del interesado.

V — Que se habiliten, para dejar constancia de esta expresión de voluntad, documentos tales como: Documento nacional de identidad, cédula de identidad, pasaporte, registro de conductor de vehículos terrestres, aéreos y/o marítimos, carnés de obra social, libreta universitaria, cédula militar, credencial profesional u otros documentos personales.

VI — Que, en el caso específico del documento nacional de identidad, se incorpore una página sanitaria en la que, además de registrarse esta expresión de voluntad, se deje constancia de otros datos de utilidad relacionados con la salud, tales como: grupo sanguíneo, alergias a determinadas drogas, contraindicaciones, tratamientos de cirugía mayor a que se hubiese sometido el causante, prevenciones, administración de vacunas, cuidados y prescripciones especiales.

VII — El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, podrá celebrar los convenios necesarios con entidades privadas para su participación en el sistema.

Art. 13. — A los efectos de este título se establece el siguiente orden de familiares legitimados para la disposición, que se encuentren en el lugar del deceso, en pleno uso de sus facultades mentales, que regirán en ausencia de voluntad expresa del causante:

a) El cónyuge conviviente;

b) Los hijos mayores de edad;

c) Los padres;

d) Los hermanos mayores de edad;

e) Los abuelos y nietos mayores de edad;

f) Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el cuarto grado inclusive;

g) Los parientes por afinidad hasta el segundo grado.

Tratándose de parientes del mismo grado, es suficiente el consentimiento de uno solo de ellos; sin embargo, la oposición de alguno de éstos eliminará la posibilidad de disponer del cadáver a los fines aquí previstos.

El vínculo familiar será acreditado, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de documento público.

De lo expuesto deberá quedar constancia en los registros del servicio o establecimiento.

Art. 19. — Ante la falta de las personas a que se refiere el artículo precedente, o cuando el causante hubiere hecho manifestación escrita de no tener familiares, el director del establecimiento o quien lo reemplace al efecto, deberá disponer según lo determine la reglamentación.

Art. 20. — Los actos de disposición contemplados en el art. 17 de esta ley son esencialmente revocables. La liberación de gastos establecida en el art. 15 es aplicable a los derechohabientes del dador cadavérico.

Art. 21. — El fallecimiento de una persona por la cesación total e irreversible de las funciones encefálicas cuando hubiese asistencia mecánica, será verificado por un equipo médico.

La certificación del fallecimiento se hará constar en acta especial.

La reglamentación determinará:

a) La especialidad de los profesionales que integrarán el equipo médico;

b) Los signos que deben comprobarse y los procedimientos que deben realizarse, en su totalidad como mínimo, para arribar al diagnóstico de muerte, conforme los progresos científicos;

c) el contenido del acta de referencia.

Art. 23. — En caso de hecho violento en que la muerte hubiese acaecido de manera no natural, en ausencia de voluntad expresa del causante y ante la falta de familiares referidos en el art. 18 presentes en el lugar del deceso, se podrá disponer la ablación de órganos y materiales anatómicos que hayan resultado ilesos, cuando surja de manera manifiesta e indubitante la causa de la muerte, y no exista riesgo perjudicial para el resultado de la autopsia.

La ablación se practicará con conocimiento del juez interviniente, quien podrá disponer la presencia de médicos forenses, durante el desarrollo del acto quirúrgico, y solo podrá prohibir la ablación cuando ésta obstaculice la instrucción del sumario.

Art. 28. — Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años el que directa o indirectamente diere u ofreciere beneficios de contenido patrimonial o no patrimonial a un posible dador o a un tercero para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos.

En la misma pena incurrirá el que por sí o por persona interposita recibiere o exigiere para sí o para terceros cualquier beneficio de contenido patrimonial o no patrimonial o aceptare una promesa directa o indirecta para sí o para terceros, para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos, sean o no propios.

Art. 29. — Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años quien con propósito de lucro intermediare en la obtención de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas o de cadáveres.

En la misma pena incurrirá quien extrajere indebidamente tales piezas de cadáveres cuando medie igual propósito.

La pena se agravará en un tercio cuando estas acciones se realizaren de manera habitual.

Art. 31. — Las infracciones de carácter administrativo a cualquiera de las actividades o normas que en este ordenamiento se regulan, en las que incurran establecimientos o servicios privados, serán pasibles de sanciones graduales o acumulables, según la gravedad de cada caso. Sanciones aplicables:

a) Apercibimiento;

b) Multa de \$ 300 a \$ 3.000;

c) Suspensión de la habilitación que se le hubiere acordado al servicio o establecimiento por un lapso de hasta cinco años.

d) Clausura temporaria o definitiva, parcial o total del establecimiento en infracción;

e) Suspensión o inhabilitación de los profesionales o equipos de profesionales en el ejercicio de la actividad referida en el art. 3º por un lapso de hasta cinco años.

f) Inhabilitación especial de hasta cinco años para el ejercicio de la profesión, a los médicos y otros

profesionales del arte de curar que practicaren cualquiera de los actos previstos en la presente ley sin la habilitación de la autoridad sanitaria.

En caso de extrema gravedad o reiteración la inhabilitación podrá ser definitiva.

Las sanciones aplicadas por la autoridad sanitaria nacional podrán ser dadas a publicidad por intermedio de órganos periodísticos locales, estableciéndose la naturaleza de las mismas, sus causas, nombres y domicilio de los infractores.

Art. 32. — Las sanciones contempladas en el artículo precedente no serán aplicadas a los establecimientos o servicios nacionales, provinciales o municipales, sin perjuicio de las que correspondan a los profesionales o equipos de profesionales que en ellos se desempeñen.

Art. 33. — Las direcciones o administraciones de gúlas, diarios, canales de televisión y demás medios que sirvan a la publicidad de las actividades mencionadas en esta ley, que les den curso sin la autorización correspondiente, serán pasibles de la pena de multa establecida en el art. 31, inc. b).

Art. 34. — Las sanciones establecidas en el art. 31 prescribirán a los dos años y la prescripción quedará interrumpida por los actos de procedimientos administrativos o judiciales o por la comisión de cualquier otra infracción.

Art. 27, inc. b) — Toda contraprestación u otro beneficio por la dación de órganos o materiales anatómicos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro.

Art. 2° — Rectifícase el título V de la ley 21.541 por el siguiente:

V — De los actos de disposición de órganos y materiales anatómicos provenientes de personas.

Art. 3° — Rectifícase el art. 1° de la ley 21.541, agregándose al final del último párrafo lo siguiente: "...salvo que el tratamiento fuera con médula ósea".

Art. 4° — Sustitúyese el art. 25 de la ley 21.541 por el siguiente:

Art. 24. — El médico que haya realizado la ablación de órganos o materiales anatómicos en las circunstancias previstas en el art. 23, deberá informar, de inmediato y pormenorizadamente, al juez de la causa sobre las circunstancias del caso y sobre el estado del órgano o material removido, todo ello conforme con lo que se disponga por vía reglamentaria, sin perjuicio de las obligaciones que, en su caso, deban cumplir los médicos forenses.

Art. 5° — Incorpórese a la ley 21.541 el siguiente artículo:

Art. 25. — Además de las obligaciones que surgen de la presente ley, todo profesional médico que tomare conocimiento por comprobaciones idóneas del cese total e irreversible de las funciones cerebrales de un paciente, deberá denunciarlo en forma inmediata al Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Órganos.

Art. 6° — Deróganse los arts. 14 y 30 de la ley 21.541.

Art. 7° — Facúltase al Poder Ejecutivo nacional dictar, por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social, el texto ordenado de la presente ley.

Art. 8° — Comuníquese, etc.

LEY 23.465

Código de Procedimientos en Materia Penal — Modificación de normas sobre declaración indagatoria, incomunicación de procesados y contención.

Sanción: 30 octubre 1986.
Promulgación: 25 noviembre 1986.
Publicación: B. O. 26/1/87.

Citas legales: ley 2372: 1881-1888, 341.

Art. 1° — Modifícase el Código de Procedimientos en Materia Penal (ley 2372 y sus modificaciones) en la siguiente forma:

Ley 23.465. — Proyecto del senador Manni, considerado y aprobado con modificaciones por el Senado en la sesión del 19 de setiembre de 1985 (D. ses. Sen. 1985, ps. 2364 a 2376), la Cámara de Diputados lo aprobó con modificaciones en la sesión del 25 de setiembre de 1986 (D. ses. Dip. 1986, ps. 5474 a 5476) y el Senado le dio sanción definitiva en la sesión del 30 de octubre de 1986 (D. ses. Sen. 1986, ps. 4221 y 4222).

1. Sustitúyese el art. 255 por el siguiente:

Art. 255. — Iniciada la declaración indagatoria, o negándose el procesado a prestarla, el juez le hará saber inmediatamente el hecho imputado y su calificación legal provisional, dejando expresa constancia en el acta. Se le hará conocer asimismo, el derecho que tiene a nombrar defensor, si no lo hubiere nombrado anteriormente, derecho que podrá ejercitar en el mismo acto, si lo juzgase conveniente. En el caso de que no nombrara defensor o cuando el juez entendiera que la determinación del procesado de defenderse por sí mismo, puede perjudicar la buena tramitación del proceso, le nombrará defensor de oficio.

2. Sustitúyese el art. 257 por el siguiente:

Art. 257. — En ningún caso la incomunicación podrá exceder de tres días. Podrá acordarse nuevamente en auto motivado por otros tres, bajo la responsabilidad del juez que lo ordene.

3. Sustitúyese el inc. 1 del art. 316 por el siguiente:

Art. 316, inc. 1 — Que sea hecha ante el juez competente. La prestada ante la autoridad de prevención carceraria de valor probatorio y no podrá ser usada en la causa.

Art. 2° — Comuníquese, etc.

LEY 23.466

Pensión no contributiva para menores de 21 años que tuvieran uno o ambos progenitores desaparecidos en forma forzada antes del 10/12/83 — Extensión del beneficio a familiares del desaparecido.

Sanción: 30 octubre 1986.
Promulgación: 10 diciembre 1986 (Aplicación art. 70 C. Nacional)
Publicación: B. O. 16/2/87.

Ley 23.466. — Proyecto del senador Napoli y otros, considerado y aprobado sin modificaciones en la sesión del 30 de setiembre de 1984 (D. ses. Sen. 1984, ps. 2626 a 2628), la Cámara de Diputados lo aprobó con modificaciones en la sesión del 15/16 de octubre de 1986 (D. ses. Dip. 1986, ps. 6226 a 6230) y el Senado le dio sanción definitiva en la sesión del 30 de octubre de 1986 (D. ses. Sen. 1986, ps. 4225 a 4227).

Citas legales: D. 158/83: XLV-A, 132.

Art. 1° — Otórgase una pensión no contributiva a todas las personas que acrediten los siguientes extremos a partir de la sanción de esta ley:

a) Ser menor de 21 años de edad;

b) La desaparición forzada de uno o ambos progenitores — acaecida antes del 10 de diciembre de 1983 —, justificada mediante denuncia ante autoridad judicial competente, la ex Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (dec. ley 158/83) o la Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio del Interior.

A los efectos de esta ley se entiende por desaparición forzada de personas, cuando se hubiere privado a alguien de su libertad personal y el hecho fuese seguido por la desaparición de la víctima, o si ésta hubiere sido alojada en lugares clandestinos de detención o privada bajo cualquier otra forma del derecho a la jurisdicción.

Art. 2° — Asimismo, se harán acreedores a los beneficios de esta ley los siguientes familiares del desaparecido, a cargo del mismo al momento de la desaparición o que lo hubieren estado al momento de sancionarse la presente:

a) El cónyuge en concurrencia con los hijos menores si los hubiere;

b) Los progenitores y/o hermanos incapacitados para el trabajo y que no desempeñaren actividad lucrativa alguna ni gozaren de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva;

c) Los hermanos menores de edad, huérfanos de padre y madre que hubieren convivido con el mismo en forma habitual antes de la desaparición.

Art. 3° — El beneficio otorgado será del setenta y cinco por ciento (75 %) del salario mínimo vital y móvil; en el caso de discapacitados el beneficio será igual al salario mínimo vital y móvil; ambos casos de acuerdo con lo previsto por las disposiciones legales vigentes en la materia.

Art. 4° — Todos los beneficiarios de esta ley podrán gozar de la cobertura del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Art. 5º — El Banco Nacional de Desarrollo será depositario de los recursos del Fondo, y actuará como su agente financiero.

Anualmente el Poder Ejecutivo nacional, a propuesta de la administración del Fondo, fijará los programas sectoriales a ser financiados con cargo a éste y asignará los cupos por jurisdicción. Los importes así determinados serán puestos a disposición de las respectivas jurisdicciones y será la autoridad de aplicación que determine cada gobierno la que deberá evaluar los proyectos, asignar los créditos y proceder a su recupero.

A los efectos de la determinación de los sucesivos cupos jurisdiccionales se deberá tener en cuenta para su aumento o reducción, el grado de cumplimiento en la devolución de los fondos otorgados.

Art. 6º — Incorporase a la ley de presupuesto el Fondo Nacional para el Financiamiento de Actividades Productivas Privadas. Los recursos remanentes que registre el fondo a la finalización de cada ejercicio, se transfieren al ejercicio siguiente.

Art. 7º — El 60 % restante de los fondos mencionados en el art. 2º inc. a) serán afectados al cumplimiento de las prestaciones públicas de salud, educación, ciencia y tecnología y a programas asistenciales y de promoción productiva comunitaria.

La distribución entre las distintas jurisdicciones de los mencionados fondos deberá realizarse conforme a los porcentajes establecidos para la coparticipación federal.

Art. 8º — Créase en el ámbito del Congreso Nacional una Comisión Bicameral integrada por seis (6) diputados y seis (6) senadores. Esta comisión tendrá como objetivos la supervisión y control del cumplimiento de la presente ley.

Art. 9º — Comuníquese, etc.

LEY 23.884

Donaciones realizadas a universidades nacionales y/o fundaciones — Régimen de pago a cuenta de determinados impuestos — Normas

Sanción: 28 setiembre 1990

Promulgación: 26 octubre 1990. (Aplicación art. 70 C. Nacional)

Publicación: B. O. 31/10/90

LEY 23.884 — Proyecto del diputado Libonati y otros, considerado y aprobado sin modificaciones por la Cámara de Diputados en la sesión del 27 de setiembre de 1990 (D. ses. Dip. 1990) y por el Senado en la sesión del 26 de setiembre de 1990 (D. ses. Sen. 1990).

Citas legales: ley 20.626 (Imp. a las ganancias — L. O. 1986); XLVI-C, 2883.

Art. 1º — Las donaciones realizadas a las universidades nacionales y/o fundaciones cuyo fin específico y excluyente sea desarrollar, promover, organizar y/o estimular las actividades académicas de una universidad nacional determinada, efectuadas en las condiciones que determine la reglamentación podrán ser utilizadas como pagos a cuenta del impuesto a las ganancias del impuesto sobre los activos; del impuesto al valor agregado y derechos de importación.

Art. 2º — La imputación de los pagos, de acuerdo al artículo anterior se podrá realizar con los alcances y limitaciones que se detallan a continuación:

I — El monto total a imputar por año calendario no podrá superar el veinticinco por ciento (25 %) del monto donado.

II — Dicho veinticinco por ciento (25 %) sólo podrá ser imputado totalmente al pago de los derechos de importación y a los impuestos a las ganancias y sobre los activos, pero sólo se podrá imputar el cincuenta por ciento (50 %) de dicho monto al pago del impuesto al valor agregado.

III — El cómputo del veinticinco por ciento (25 %) podrá efectuarse en la declaración jurada anual del impuesto a las ganancias de las personas físicas o los sujetos pasivos del art. 69 de la ley correspondiente o del impuesto sobre los activos; y en la declaración jurada de cada período fiscal en el impuesto al valor agregado.

Art. 3º — El importe de la donación se actualizará sobre la base de las variaciones del índice de precios al por mayor, nivel general, que suministre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). La tabla respectiva deberá ser elaborada por la Dirección General Impositiva de acuerdo a las normas legales vigentes para los tributos mencionados en esta ley. La actualización se realizará desde el mes anterior al que se realice efectivamente la donación y el mes anterior al cual se impute el pago de acuerdo a lo indicado.

Art. 4º — El monto de la donación se incrementará en un veinticinco por ciento (25 %) como retribución al donante por su pago anticipado de impuesto. El incremento mencionado no será computado a los efectos del impuesto a las ganancias ni será de aplicación para el mismo lo señalado en el art. 80 de la ley de impuesto a las ganancias (L. O. 1986) y sus modificaciones.

Art. 5º — Si las donaciones se realizaran en especie a los efectos de la determinación del monto a imputar se tendrá en cuenta el valor de mercado de los bienes donados a la fecha de realización de la transferencia de dominio de los mismos a favor de los sujetos detallados en el art. 1º.

Art. 6º — Facúltase al Poder Ejecutivo a suspender total o parcialmente el régimen de pago a cuenta establecido por el art. 1º. El Poder Ejecutivo dará cuenta al Poder Legislativo sobre las razones de emergencia económica que fundamenten dicha suspensión.

Art. 7º — La vigencia de la presente ley es a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 8º — Comuníquese, etc.

LEY 23.885

Ley de trasplantes de órganos y material anatómico humano — Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante — Creación — Modificación de la ley 21.541.

Sanción: 28 setiembre 1990.

Promulgación: 26 octubre 1990. (Aplicación del art. 70 C. Nacional)

Publicación: B. O. 1/11/90.

Citas legales: ley 21.541; XXXVII-A, 146; ley 23.464; XLVII-A, 97.

Art. 1º — Reemplázase el texto del art. 26 de la ley 21.541, por el siguiente:

Art. 26. — Créase el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incaui), que funcionará en el ámbito de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

En tal carácter está facultado para ejecutar el ciento por ciento (100 %) de los ingresos genuinos que perciba. Su fiscalización financiera y patrimonial estará a cargo del Tribunal de Cuentas de la Nación, y se realizará exclusivamente a través de las rendiciones de cuentas y estados contables que le serán elevados trimestralmente.

Tendrá las siguientes funciones:

a) Estudiar y proponer a la autoridad sanitaria las normas técnicas a que deberá responder la ablación de los órganos y material anatómico para la implantación.

LEY 23.885 — Proyecto de los diputados Barberio y otros, considerado y aprobado sin modificaciones por la Cámara de Diputados en la sesión del 27 de setiembre de 1990 (D. ses. Dip. 1990) y por el Senado en la sesión del 26 de setiembre de 1990 (D. ses. Sen. 1990).

de los mismos entre seres humanos y de cadáveres humanos a seres humanos y toda otra actividad incluida en la presente ley, así como todo método de tratamiento y selección previa de pacientes que requieran trasplantes de órganos y las técnicas aplicables para su contralor.

b) Intervenir en la habilitación y acreditación de establecimientos en que se practiquen actos médicos comprendidos, en la temática, autorización de los profesionales que practiquen dichos actos, habilitación de bancos de órganos y de materiales anatómicos.

c) Fiscalizar el cumplimiento de lo determinado por la legislación vigente sobre ablación e implante de órganos, la reglamentación de la misma y demás normas complementarias, y colaborar en la ejecución de las leyes afines a la temática.

d) Controlar los establecimientos y servicios, habilitados o no, en que se ejerzan o se presuma el ejercicio de las actividades de ablación e implante de órganos y materiales anatómicos de origen humano, así como también todo procedimiento médico-asistencial relacionado con las mismas.

e) Proponer a la autoridad sanitaria la suspensión y/o revocación de una habilitación, cuando se verifique el incumplimiento de las condiciones y garantías de seguridad, eficacia y calidad de funcionamiento, el uso indebido u otras irregularidades que determine la reglamentación.

f) Realizar inspecciones destinadas a verificar que los establecimientos donde se realizan las actividades comprendidas en la presente ley, se ajusten a ésta y a su reglamentación.

g) Intervenir en forma preventiva, hasta resolución definitiva de la autoridad de aplicación o de juez competente, los servicios y/o establecimientos, en los que se ejerzan o se presuma el ejercicio de actos (u omisiones) relacionados con el objeto de la presente ley, con peligro para la salud o la vida de las personas.

h) Realizar actividades de docencia, capacitación y perfeccionamiento del recurso humano vinculado con la temática, como labor propia o a solicitud de organismos oficiales o privados, percibiendo los aranceles que a tal efecto fije la reglamentación de la ley.

i) Promover la investigación científica, mantener intercambio de información, realizar publicaciones periódicas vinculadas con la temática del instituto.

j) Evaluar publicaciones y documentaciones e intervenir en la autorización de investigaciones que se realicen con recursos del Incaui dirigidas a la tipificación de donantes de órganos, desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos en cirugía experimental, perfusión y conservación de órganos e investigaciones farmacológicas tendientes a la experimentación y obtención de drogas inmunosupresoras.

k) Determinar si son apropiados los procedimientos inherentes al mantenimiento de potenciales donantes cadavéricos diagnóstico de muerte, ablación, acondicionamiento y transporte de órganos, de acuerdo a las normas que reglan la materia;

l) Asistir a los organismos provinciales y municipales responsables del poder de policía sanitaria en lo que hace a la materia propia de las misiones y funciones del instituto, a requerimiento de aquéllos, pudiendo realizar convenios con los mismos y/o entidades públicas o privadas con el fin de complementar su acción;

m) Proveer la información relativa a su temática al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, para la elaboración y publicación de la misma, con destino a los profesionales del arte de curar y a las entidades de seguridad social de los prestatarios y prestadores;

n) Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de un registro nacional de receptores y donantes;

ñ) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizada la lista de espera de receptores potenciales de órganos y materiales anatómicos en el orden nacional coordinando su acción con organismos regionales o provinciales de similar naturaleza;

o) Entender en las actividades dirigidas al mantenimiento de potenciales donantes cadavéricos, efectuar el diagnóstico de muerte clínica, ablación y acondicionamiento de órganos coordinando su acción con organismos regionales o provinciales;

p) Efectuar las actividades inherentes al seguimiento de los pacientes transplantados, con fines estadísticos;

q) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizado el registro de donantes de órganos cadavéricos en el orden nacional;

r) Proponer normas y prestar asistencia técnica a los organismos pertinentes en la materia de esta ley;

s) Adquirir, construir, arrendar, administrar y enajenar bienes, aceptar herencias, legados y donaciones, estar en juicio como actor o demandado, contratar servicios, obras y suministros y en general realizar todos los actos que resulten necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, con ajuste a las disposiciones vigentes;

t) Proponer a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), las modificaciones o inclusiones que considere convenientes en su temática, proveyendo la información que le sea solicitada por dicho instituto;

u) Asistir técnica y financieramente, mediante subsidios, préstamos o subvenciones, los tratamientos transplantológicos que se realicen en establecimientos

públicos nacionales, provinciales o municipales. Asimismo, promover y asistir directamente la creación desarrollo de centros regionales y/o provinciales de ablación y/o implantes de órganos;

v) Cumplir con todas aquellas misiones y funciones que, de conformidad con la legislación vigente a la fecha, son de competencia del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI).

Las atribuciones contenidas por los incs. b), c), d) y f), en tanto impliquen el ejercicio del poder de policía sanitaria, se ejercerán en el marco de lo dispuesto por el art. 8º de la vigente ley 21.541.

Art. 2º — Incorpórase como art. 27 de la ley 21.541, el siguiente:

Art. 27. — La conducción del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante estará a cargo de un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente y tres (3) directores designados por el Poder Ejecutivo, de conformidad con las siguientes disposiciones:

a) El presidente y el vicepresidente serán designados a propuesta de la Subsecretaría de Salud;

b) Un (1) director será designado a propuesta del Consejo Federal de Salud;

c) Un (1) director será designado previo concurso abierto de títulos y antecedentes, cuya evaluación estará a cargo de la Subsecretaría de Salud;

d) Un (1) director será designado de entre los que propusiere cada una de las universidades nacionales que tuviere facultad de medicina.

Los miembros del Directorio durarán cuatro (4) años en sus funciones y podrán ser nuevamente designados por otros períodos de ley.

Art. 3º — Incorpórase como art. 28 de la ley 21.541 el siguiente:

Art. 28. — Corresponde al Directorio:

a) Dictar su reglamento interno;

b) Aprobar el presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuentas de inversiones, y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio.

En el presupuesto de gastos no se podrá destinar más de un diez por ciento (10%) para gastos de administración;

c) Asignar los recursos del Fondo Solidario de Transplantes, dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;

d) Fijar las retribuciones de los miembros del Directorio del Incucai y los salarios de los empleados del instituto, estimulando la dedicación exclusiva.

e) Aprobar la estructura orgánico-funcional del instituto;

f) Designar, promover, remover y suspender al personal del instituto;

g) Efectuar contrataciones de personal para la realización de labores extraordinarias o especiales que no puedan ser realizadas con sus recursos de planta permanente, fijando las condiciones de trabajo y su retribución;

h) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;

i) Realizar toda otra acción necesaria para el cumplimiento de los fines del instituto de conformidad con la ley 21.541, modificada por la ley 23.464, la presente y sus respectivas reglamentaciones.

Art. 4º — Incorpórase como art. 29 de la ley 21.541, el siguiente:

Art. 29. — Corresponde al presidente:

a) Representar al Incucai en todos sus actos;

b) Convocar y presidir las reuniones del Directorio, en las que tendrá voz y voto, el que prevalecerá en caso de empate.

c) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a representantes de sectores interesados cuando se traten temas específicos de su área de acción;

d) Convocar y presidir las reuniones del consejo asesor;

e) Adoptar todas las medidas que, siendo de competencia del Directorio, no admitan dilación, sometiendo a consideración del mismo en la primera sesión;

f) Delegar funciones en otros miembros del directorio con el acuerdo de éste;

g) Cumplir y hacer cumplir las resoluciones del directorio.

Art. 5º — Incorpórase como art. 30 de la ley 21.541, el siguiente:

Art. 30. — En el ámbito del Incucai funcionará un consejo asesor, de carácter honorario, integrado por representantes de sociedades y asociaciones científicas, las universidades, otros centros de estudios e investigación y otros organismos regionales o provinciales de naturaleza similar a este instituto, y un representante por cada región sanitaria, de acuerdo con la res. 1129/85 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, incluyendo a la provincia de La Pampa dentro de la región patagónica y un representante de la Capital

Federal designado por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, conforme lo determine la reglamentación.

Art. 6º — Incorpórase como art. 31 de la ley 21.541, el siguiente:

Art. 31. — Créase el Fondo Solidario de Transplantes, el que se integrará con los siguientes recursos:

a) La contribución del gobierno nacional, mediante los créditos que le asigne el presupuesto de la Nación;

b) El fondo acumulativo surgido de acreditar:

1. El producido del 1,5 % sobre las ventas de materiales para hemodálisis y diálisis peritoneal (soluciones, filtros, tubuladuras, máquinas y otros accesorios).

2. El producido del 1,5 % sobre las ventas de productos terapéuticos vinculados con el tratamiento de las complicaciones inmunológicas incluyendo los procedimientos diagnósticos de las mismas.

3. El producido del 1,5 % sobre las ventas de productos vinculados con el tratamiento inmunológico, para estudios de histocompatibilidad y relacionados con la temática (drogas inmunosupresoras; esteroides; azathioprine; ciclosporina A y sucedáneos; suero antilinfocítico y sucedáneos; anticuerpos monoclonales y similares) tanto nacionales como importados.

4. Un aporte de solidaridad comunitaria del equivalente a 1 (un) dólar estadounidense anual, a toda tarjeta de crédito, nacional e internacional.

5. El producido de la prestación de servicios que realice de acuerdo a los aranceles que se determinen al efecto, por vía reglamentaria.

6. El producido de la venta de bienes en desuso, los de su propia producción, las publicaciones que realice, intereses, rentas u otros frutos de los bienes que administra.

7. Las herencias, legados, donaciones, aportes, subsidios o contribuciones que reciba, provenientes del gobierno nacional o provinciales, de entidades oficiales, particulares o de terceros según las modalidades que establezca la reglamentación, con destino a solventar su funcionamiento.

c) Por las transferencias de los saldos del fondo acumulativo y de los de su presupuesto anual asignado, no utilizados en el ejercicio.

Art. 7º — Incorpórase como art. 32 de la ley 21.541 el siguiente:

Art. 32. — Los cargos técnicos del personal permanente del Incucai serán cubiertos previo concurso abierto de títulos y antecedentes.

Art. 8º — Se renumeran a partir del art. 33 los arts. 27 y siguientes de la ley 21.541.

Art. 9º — Deróganse las normas legales, reglamentarias y dispositivas que se opongan a la presente.

Art. 10. — El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el plazo de ciento veinte (120) días a partir de su entrada en vigencia.

Art. 11. — (Cláusula transitoria). A partir de la entrada en vigencia de la presente y por un término de ciento ochenta (180) días corridos, la conducción del INCUCAL será ejercida interinamente por el actual titular del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante y sus colaboradores inmediatos, a efectos de mantener la continuidad de los servicios que hasta la fecha son de incumbencia del CUCAI.

Asimismo se le garantiza al actual personal permanente del CUCAI la estabilidad laboral que determina la legislación vigente.

Art. 12. — Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar, por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social, el texto ordenado de la ley 21.541, modificada por la ley 23.464 y la presente.

Art. 13. — Comuníquese, etc.

LEY 23.886

Inmueble — Edificio propiedad del Estado nacional sito en la ciudad de La Rioja, actualmente afectado al Servicio Nacional de Arquitectura — Transferencia sin cargo al Gobierno de dicha Provincia con destino al funcionamiento del Instituto Superior de Arte.

Sanción: 28 setiembre 1990.
Promulgación: 26 octubre 1990 (Aplicación art. 70 de la C. Nacional).
Publicación: B. O. 2/11/90.

LEY 23.887

Inmuebles — Tierras destinadas a campo de Instrucción del ex-Regimiento 15 del Ejército Argentino en la provincia de La Rioja — Transferencia gratuita a dicha Provincia.

Sanción: 28 setiembre 1990.
Promulgación: 26 octubre 1990. (Aplicación art. 70 de la C. Nacional).
Publicación: B. O. 2/11/90.

LEY 23.888

Obras y servicios públicos — Censo técnico permanente de infraestructura (CETEPE).

Sanción: 28 setiembre 1990.
Promulgación: 19 octubre 1990.
Publicación: B. O. 31/10/90.

Art. 1º — Encomiéndase al Poder Ejecutivo nacional, a través del Ministerio de Obras y Servicios Públicos y en un plazo no mayor de 365 días, la confección de un censo técnico permanente de infraestructura (CETEPE) que se realizará globalmente por localidades urbanas y rurales de todo el país.

Art. 2º — El censo comprenderá los siguientes rubros:

- a) Vías de comunicación;
- b) Servicios de transporte;
- c) Suministro de electricidad;
- d) Suministro de agua potable;
- e) Suministro de gas;
- f) Suministro de combustibles;
- g) Desagües pluviales;
- h) Desagües cloacales;
- i) Cota de inundación;
- j) Comunicaciones telefónicas, radio, TV.

El ministro de Obras y Servicios Públicos podrá incluir otros rubros de carácter técnico que considere oportuno.

Art. 3º — El censo reflejará a nivel global y con indicadores sucintos, la situación actual y las necesidades, en los rubros citados en el art. 2º.

Art. 4º — Al censo lo confeccionarán las autoridades locales y se coordinará a través de las autoridades

Ley 23.888. — Proyecto de la senadora Gurdulich de Correa, considerado y aprobado por el Senado en la sesión del 13 de setiembre de 1990 (D. ses. Sen. 1990) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 28 de setiembre de 1990 (D. ses. Dip. 1990).

provinciales de Obras y Servicios Públicos, que brindarán a las primeras la asistencia técnica que fuere menester.

Art. 5º — El ministro de Obras y Servicios Públicos confeccionará las planillas y formularios correspondientes y fijará la normas respectivas, que dirigirá a las autoridades provinciales que controlarán su cumplimiento y su posterior remisión al citado ministerio.

Art. 6º — El censo tendrá carácter permanente y se realizará anualmente. El Ministerio de Obras y Servicios Públicos reunirá los datos parciales por rubro y localidad y realizará las correspondientes discriminaciones totales y parciales, con el criterio del mejor uso de la información obtenida, la cual se publicitará anualmente.

Art. 7º — A los efectos de su realización el Ministerio de Obras y Servicios Públicos, utilizará el personal técnico y administrativo a su cargo y los medios a su disposición, sin afectar las previsiones presupuestarias generales que hacen a su funcionamiento. Asimismo podrá suscribir convenios de colaboración con organismos públicos o privados, sin afectar las previsiones citadas anteriormente.

Art. 8º — A los efectos de recabar la información, los organismos y empresas públicas, privadas y mixtas de todas las jurisdicciones que actúen en los rubros determinados en el art. 2º, estarán obligados a suministrar los datos requeridos por las autoridades de aplicación en un plazo menor de sesenta (60) días de serie comunicado por medio fehaciente. Quedan exceptuados de esta normativa los organismos correspondientes a Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad y Ministerio de Defensa.

Art. 9º — Comuníquese, etc.

LEY 23.889

Jubilación obligatoria — Personal docente de todos los niveles y modalidades de la organización educativa nacional y administrativo y de servicios de los establecimientos educativos — Excepciones al régimen de los arts. 24 y 25 del dec. 435/90 y modificatorios.

Sanción: 29 setiembre 1990.
Promulgación: Vetada totalmente por dec. 2187/90 (B. O. 24/10/90)

LEY 23.890

Ley de obras sociales — Modificación.

Sanción: 29 setiembre 1990.
Promulgación: 24 octubre 1990.
Publicación: B. O. 30/10/90.

Citas legales: ley 23.660: XLIX-A, 50

Art. 1º — Modifícase el inc. c) del art. 1º de la ley 23.660, el que quedará redactado de la siguiente manera:

c) Las obras sociales de la Administración central del Estado nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados.

Art. 2º — Modifícase el inc. a) del art. 8º de la ley 23.660 que quedará redactado de la siguiente manera:

a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Art. 3º — Modifícase el inc. c) del art. 12 de la ley 23.660 que quedará redactado de la siguiente manera:

c) Las obras sociales de la Administración central del Estado nacional y de sus organismos autárquicos y descentralizados serán conducidas y administradas por un presidente propuesto por la Subsecretaría de Salud de la Nación, cuatro (4) vocales en representación del Estado propuestos por el respectivo organismo autárquico o descentralizado que corresponda y cuatro (4) vocales en representación de los beneficiarios que serán propuestos por la asociación sindical, con personería gremial pertinente. Todos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 4º — Quedan exceptuadas de las disposiciones de la ley de obras sociales las correspondientes al Poder Judicial y de las universidades nacionales.

Art. 5º — Comuníquese, etc.

Ley 23.890. — Proyecto del diputado Gentile y otros, considerado y aprobado sin modificaciones por la Cámara de Diputados en la sesión del 27 de setiembre de 1990 (D. ses. Dip. 1990) y por el Senado en la sesión del 29 de setiembre de 1990 (D. ses. Sen. 1990).

Art. 29. — La ANSSAL llevará un Registro Nacional de Prestadores que contraten con los agentes del seguro, que será descentralizado progresivamente por jurisdicción, a cuyo efecto la ANSSAL convendrá la delegación de sus atribuciones en los organismos que correspondan. La inscripción en dicho registro será requisito indispensable para que los prestadores puedan celebrar contrato con los agentes del seguro.

Deberán inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores:

a) Las personas físicas, individualmente o asociada con otras;

b) Los establecimientos y organismos asistenciales públicos y privados;

c) Las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades que posean establecimientos asistenciales;

d) Las asociaciones que representen a profesionales de la salud o a establecimientos asistenciales que contraten servicios en nombre de sus miembros;

e) Las entidades y asociaciones privadas que dispongan de recursos humanos y físicos y sean prestadores directos de servicios médico-asistenciales.

Cada prestador individual, sea persona física, establecimiento o asociación, no podrá figurar más de una vez en el Registro.

No podrán inscribirse en el Registro ni recibir pago por prestaciones otorgadas al seguro, las personas o entidades que ofrezcan servicios a cargo de terceros.

Art. 30. — Los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, se incorporarán al seguro en calidad de prestadores, en las condiciones que determinan la reglamentación.

Art. 31. — La Secretaría de Salud de la Nación establecerá las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales sobre cuya base la ANSSAL fijará los requisitos a cumplir por parte de las personas o entidades que se inscriban en el Registro Nacional de Prestadores.

La aplicación de dichas normas así como su adaptación a las realidades locales, serán convenidas por la Secretaría de Salud de la Nación con las jurisdicciones adheridas.

Art. 32. — La inscripción en el Registro Nacional de Prestadores implicará para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rigen las contrataciones con los agentes del seguro, y la prestación del servicio en las modalidades

convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta (60) días corridos, ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca la ANSSAL.

Art. 33. — Las prestaciones de salud garantizadas por la presente ley, que sean comprometidas por los prestadores de servicio durante el lapso y según las modalidades convenidas con los agentes del Seguro, se consideran servicio de asistencia social de interés público.

La interrupción de las prestaciones convenidas —sin causa justificada— se considerará infracción en los términos del inc. b) del art. 42 de la presente ley.

Art. 34. — La Secretaría de Salud de la Nación aprobará las modalidades, los nomencladores y valores retributivos para la contratación de las prestaciones de salud, los que serán elaborados por la ANSSAL.

Art. 35. — A los fines dispuestos precedentemente funcionará en el ámbito de la ANSSAL la Comisión Permanente de Concertación, que será presidida por uno de sus directores e integrada por representantes de los agentes del seguro y de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores en el ámbito nacional o provincial, cuyo número y proporción fijará el directorio de la ANSSAL.

La Comisión Permanente de Concertación participará en la elaboración de las normas y procedimientos a que se ajustará la prestación de servicios y las modalidades y valores retributivos.

La ANSSAL dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, el que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

En los casos que la Comisión Permanente de Concertación deba considerar aspectos relativos a distintas ramas profesionales y actividades de atención de la salud podrá integrar, con voz pero sin voto, al correspondiente representante para el tratamiento del tema.

La Comisión Permanente de Concertación funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos.

Cuando no se obtengan acuerdos el presidente de la ANSSAL actuará como instancia de conciliación y si subsistiera la diferencia laudará el ministro de Salud y Acción Social.

Art. 36. — La política en materia de medicamentos será implementada por el Ministerio de Salud y Acción Social de acuerdo con las atribuciones que al efecto determina la legislación vigente.

Art. 37. — Las normas referidas al régimen de prestaciones de salud del seguro serán de aplicación para las entidades mutuales que adhieran al régimen de la presente ley.

CAPITULO VII — De la jurisdicción, infracciones y penalidades

Art. 38. — La ANSSAL y los agentes del seguro estarán sometidos exclusivamente a la jurisdicción federal, pudiendo optar por la correspondiente justicia ordinaria cuando fueren actoras. El sometimiento de los agentes del seguro a la justicia ordinaria estará limitado a su actuación como sujeto de derecho en los términos dispuestos en la ley de obras sociales.

Art. 39. — La ANSSAL y los agentes del seguro estarán exentos del pago de tasas y contribuciones nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. El Poder Ejecutivo nacional gestionará una exención similar de los gobiernos provinciales.

Art. 40. — A instancia de la ANSSAL, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del seguro cuestionado, la Secretaría de Salud de la Nación podrá requerir al Poder Ejecutivo nacional la intervención de la entidad cuando se produzcan en ella acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la presente ley. Al mismo tiempo la ANSSAL deberá disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.

Art. 41. — Será reprimido con prisión de un mes a seis años el obligado que dentro de los quince (15) días corridos de intimado formalmente no depositare los importes previstos en los incs. b), d) y e) del art. 19 de la ley de obras sociales, destinados al Fondo Solidario de Redistribución.

Cuando se tratare de personas jurídicas, sociedades, asociaciones y otras entidades de derecho privado, fallidos o incapaces, la pena corresponderá a los directores, gerentes o representantes responsables de la omisión.

Los órganos de recaudación establecidos en la presente ley y los agentes del seguro deberán formular la denuncia correspondiente o asumir el carácter de parte querellante en las causas penales que se sustancien con motivo de lo dispuesto en este artículo.

La justicia federal será competente para conocer sobre los delitos previstos en el presente artículo.

Art. 42. — Se considera infracción:

a) La violación de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación, las normas que establezcan la Secretaría de Salud de la Nación, la ANSSAL y las contenidas en los estatutos de los agentes del seguro;

b) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios;

c) La negativa de un ataque del seguro a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la ANSSAL o los síndicos requieran en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones;

d) El incumplimiento de las directivas impartidas por las autoridades de aplicación;

e) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, a que hace referencia el art. 18 de la presente ley.

Art. 43. — Las infracciones previstas en el artículo acarrearán las siguientes sanciones:

a) Apercibimiento;

b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien (100) veces, dicho monto.

La multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del seguro;

c) Suspensión de hasta un año o cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y sus graduaciones se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones.

Art. 44. — El juzgamiento de las infracciones previstas en el artículo anterior se hará conforme al procedimiento que establezca la ANSSAL que deberá asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.

La suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores que se menciona en el artículo anterior tendrá efecto para todos los agentes del seguro.

Art. 45. — Sólo serán recurridas las sanciones previstas en los incs. b) y c) del art. 43 de la presente ley, dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas, fehacientemente y en domicilio legal del agente del seguro o del prestador.

Será irrecurable la sanción de multa que no exceda de cuatro (4) veces el monto mínimo fijado en el inc. b) de dicho artículo.

Será competente para conocer el recurso la Cámara Federal que corresponda de acuerdo con el domicilio del recurrente.

El recurso se deducirá ante la Secretaría de Salud de la Nación con la expresión de su fundamento. Interpuesto el recurso las actuaciones se elevarán inmediatamente al tribunal correspondiente, pudiendo en el

... de funciones en un mismo agente del seguro.

Los síndicos podrán ser removidos por ANSSAL y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto.

La ANSSAL establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de la sindicatura.

Art. 20. — Las resoluciones de los órganos de conducción deberán ser notificadas a la sindicatura dentro de los cinco (5) días hábiles de producidas. En igual plazo deberá expedirse y en caso de efectuar observaciones, las mismas deberán ser fundadas y podrán ser recurridas ante la ANSSAL de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. En el término de cinco (5) días hábiles subsiguientes a la notificación de la observación, el agente del seguro elevará a la ANSSAL la actuación observada y los fundamentos para su insistencia, sin que ello implique la suspensión de la ejecutoriedad de la resolución cuestionada.

2. El directorio de la ANSSAL deberá resolver la cuestión planteada dentro de los diez (10) días hábiles de recepcionadas las actuaciones, notificando al agente la decisión adoptada, la que será irrecurable en sede administrativa.

Vencido el plazo antes mencionado y no mediando resolución expresa, quedará firme el acto observado.

La sindicatura podrá asistir a las sesiones del órgano conductor del agente del seguro, con voz pero sin voto, y sus opiniones deberán constar en las respectivas actas.

CAPITULO V — De la financiación

Art. 21. — El Sistema Nacional del Seguro de Salud, para garantizar las prestaciones a que se refiere el art. 2º de la presente ley, contará con:

a) La cobertura de prestaciones que tienen que dar a sus beneficiarios las obras sociales, a las que se destinarán como mínimo el ochenta por ciento (80 %) de sus recursos brutos en los términos del art. 5º de la ley de obras sociales, que a tal fin serán administrados y dispuestos por aquéllos;

b) Los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación, discriminados por jurisdicción adherida, y los de ésta, con destino a la incorporación de la población sin cobertura y carente de recursos. A tal efecto, y a partir de la fecha de promulgación de la presente ley, se creará en el ámbito de la Secretaría de Salud, una cuenta especial, a través de la cual se recepcionarán las contribuciones del Tesoro nacional con destino al Fondo Solidario de Redistribución, como contrapartida de lo que las jurisdicciones adheridas

dándose apertura a las partidas necesarias en el presupuesto de gastos de dicha Secretaría.

La base de cálculo que deberá tenerse en cuenta en la elaboración del Presupuesto General de la Nación para dotar los recursos a la cuenta antes indicada, será el equivalente al cincuenta por ciento (50 %) del valor promedio del ingreso por aportes y contribuciones que, por cada beneficiario obligado, recibirán las obras sociales de las jurisdicciones adheridas durante sus respectivos ejercicios presupuestarios del año inmediato anterior, a valores constantes, multiplicado por la población sin cobertura y carente de recursos que se estime cubrir en sus respectivos ámbitos por período presupuestario. El cincuenta por ciento (50 %) que corresponde aportar a las jurisdicciones adheridas se considerará cumplido con lo invertido en sus presupuestos de salud para la atención de carenciados de sus respectivos ámbitos. En dicho presupuesto deberán individualizarse la partida originaria para atender a carenciados.

El convenio de adhesión previsto en el art. 48, siguientes y concordantes establecerá, a su vez, la responsabilidad de las partes y los mecanismos de transferencia;

c) El aporte del Tesoro nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el Presupuesto General de la Nación;

d) Con las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución.

Art. 22. — En el ámbito de la ANSSAL funcionará, bajo su administración y como cuenta especial, un Fondo Solidario de Redistribución que se integrará con los siguientes recursos:

a) El diez por ciento (10 %) de la suma de las contribuciones y aportes que prevén los incs. a) y b) del art. 16 de la ley de obras sociales. Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del quince por ciento (15 %) de dicha suma de contribuciones y aportes;

b) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del art. 16 de la ley de obras sociales;

c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el art. 24 de la presente ley;

d) Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revocan con más su actualización e intereses;

e) El producto de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley;

f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo.

g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución;

h) Los aportes que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación, según lo indicado en los incs. b) y c) del art. 21 de la presente ley.

i) Con el cinco por ciento (5 %) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados;

j) Los aportes que se convengan con las obras sociales de las jurisdicciones, con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al sistema;

k) Los saldos del Fondo de Redistribución creado por el art. 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adeudados al mismo.

Art. 23. — La recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza destinados al Fondo Solidario de Redistribución lo hará la ANSSAL directamente o a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, conforme a lo que determine la reglamentación, sin perjuicio de la intervención de organismos provinciales o municipales, que correspondieren.

En caso de que la recaudación se hiciere por la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la ANSSAL podrá controlar y fiscalizar directamente a los obligados al cumplimiento del pago con el Fondo Solidario de Redistribución.

Art. 24. — Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados por la ANSSAL:

a) Los establecidos en el inc. b) del art. 21 de la presente ley, para brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos, de conformidad con lo establecido en el art. 49, inc. b) de la presente ley;

b) Los demás recursos:

1. Para atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL con un límite de hasta el cinco por ciento (5 %) que podrá ser elevado hasta el seis por ciento (6 %) por decreto del Poder Ejecutivo, en cada período presupuestario, a propuesta fundada del directorio de la ANSSAL;

2. Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70 %), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la ANSSAL.

3. Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto.

4. Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.

5. Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte la ANSSAL y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud.

CAPITULO VI — De las prestaciones del seguro

Art. 25. — Las prestaciones del seguro serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud, las que asegurarán la plena utilización de los servicios y capacidad instalada existente y estarán basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud y la descentralización operativa, promoviendo la libre elección de los prestadores por parte de los beneficiarios, donde ello fuere posible.

Art. 26. — Los agentes del seguro mantendrán y podrán desarrollar los servicios propios existentes en la actualidad. Para desarrollar mayor capacidad instalada deberán adecuarse a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación establezcan.

Asimismo articularán sus programas de prestaciones médico-asistenciales con otras entidades del seguro, procurando su efectiva integración en las acciones de salud con las autoridades sanitarias que correspondan. En tal sentido, los servicios propios de los agentes del seguro estarán disponibles para los demás beneficiarios del sistema, de acuerdo con las normas generales que al respecto establezca la Secretaría de Salud de la Nación o el directorio de la ANSSAL y las particularidades de los respectivos convenios.

Art. 27. — Las prestaciones de salud serán otorgadas por los agentes del seguro según las modalidades operativas de contratación y pago que normalice la ANSSAL de conformidad a los establecido en los arts. 13, inc. f) y 35 de esta ley, las que deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.

Art. 28. — Los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquéllas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran.

CAPITULO III — De la administración del seguro

Art. 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 generar 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 será elevados mensualmente al Tribunal de Cuentas de la Nación.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 10. — La ANSSAL estará a cargo de un directorio integrado por un (1) presidente y catorce (14) directores. El presidente tendrá rango de subsecretario y será designado por el Poder Ejecutivo nacional, a propuesta del Ministerio de Salud y Acción Social. Los directores serán siete (7) en representación del Estado nacional, cuatro (4) en representación de los trabajadores organizados en la Confederación General del Trabajo, uno (1) en representación de los jubilados y pensionados, uno (1) en representación de los empleadores y uno (1) en representación del Consejo Federal de Salud. Este último tendrá como obligación presentar, como mínimo dos (2) veces al año, un informe sobre la gestión del Seguro, y la administración del Fondo Solidario de Redistribución.

Los directores serán designados por la Secretaría de Salud de la Nación, en forma directa para los representantes del Estado, a propuesta de la Confederación General del Trabajo los representantes de los trabajadores organizados, el del Consejo Federal de Salud a propuesta del mismo, y a propuesta de las organizaciones que nucleen a los demás sectores, de acuerdo con el procedimiento que determine la reglamentación.

Art. 11. — Los directores durarán dos (2) años en sus funciones, podrán ser nuevamente designados por otros períodos de ley y gozarán de la retribución que fije el Poder Ejecutivo nacional.

Deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades ni incompatibilidades civiles o penales, serán personal y solidariamente responsables por sus actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de sus funciones.

En caso de ausencia o impedimento del presidente, será reemplazado por uno de los directores estatales, según el orden de prelación de su designación.

Art. 12. — Corresponde al presidente:

- Representar a la ANSSAL en todos sus actos;
- Ejercer las funciones, facultades y atribuciones y cumplir con los deberes y obligaciones establecidos en la presente ley, su reglamentación y disposiciones que la complementen;
- Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto el que prevalecerá en caso de empate;
- Invitar a participar, con voz pero sin voto, a un representante de sectores interesados, no representados en el directorio, cuando se traten temas específicos de su área de acción;
- Convocar y presidir las reuniones del consejo asesor y de la comisión, permanente de concertación, que crea la presente ley;
- Aplicar apercibimientos y multas de hasta cuatro (4) veces el monto mínimo, según lo establecido en el art. 43 de la presente ley;
- Intervenir en lo atinente a la estructura orgánica funcional y dotación de personal del organismo;
- Adoptar todas las medidas que, siendo competencia del directorio, no admitan dilación, sometiendo a la consideración en la sesión inmediata;
- Delegar funciones en otros miembros del directorio o empleados superiores del organismo.

Art. 13. — Corresponde al directorio:

- Dictar su reglamento interno;
- Intervenir en la elaboración del presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuenta de inversiones y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio;
- Designar a los síndicos y fijarles su remuneración;
- Asignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;

e) Intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de efectos y prestadores;

f) Dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los prestadores;

g) Autorizar inscripciones y cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro;

h) Aplicar las sanciones previstas en el art. 43 de la presente ley;

i) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;

j) Aprobar la estructura orgánica funcional, dictar el estatuto, escalafón y fijar la retribución de los agentes de la ANSSAL;

k) Designar, promover, remover y suspender al personal de la institución.

Art. 14. — En el ámbito de la ANSSAL, funcionará un Consejo Asesor que tendrá por cometido asesorarlo sobre los temas vinculados con la organización y funcionamiento del seguro y proponer iniciativas encuadradas en sus objetivos fundamentales.

Estará integrado por los representantes de los agentes del seguro, de las entidades adherentes inscriptas como tales, de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores y representantes de las jurisdicciones que hayan celebrado los convenios que establece el art. 48.

Podrán integrarlo además representantes de sectores interesados, no representados en el directorio de la ANSSAL, a propuesta del propio Consejo Asesor, con el carácter y en las condiciones que determine la reglamentación.

El Consejo Asesor elaborará su reglamento del funcionamiento el que será aprobado por el directorio de la ANSSAL.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por parte de la ANSSAL.

CAPITULO IV — De los agentes del seguro

Art. 15. — Las obras sociales comprendidas en la ley de obras sociales serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley.

Art. 16. — Las entidades mutuales podrán integrarse al seguro, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso, las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro. Tendrán las

mismas obligaciones, responsabilidades y deberes que los demás agentes del seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.

Art. 17. — La ANSSAL llevará un Registro Nacional de Agentes del Seguro, en el que se inscribirá:

- A las obras sociales comprendidas en la ley de obras sociales;
- A las asociaciones de obras sociales;
- A otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley;
- A las entidades mutuales inscriptas en las condiciones del artículo anterior.

Formalizada la inscripción expedirá un certificado que acredite la calidad de agente del seguro.

La inscripción, habilitará al agente para aplicar los recursos destinados a las prestaciones de salud, previstos en la ley de obras sociales.

Art. 18. — Los agentes del seguro, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración, deberán presentar anualmente a la ANSSAL, para su aprobación, en el tiempo y forma que establezca la reglamentación:

- El programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- El presupuesto de gastos y recursos para la ejecución del mencionado programa.

La ANSSAL resolverá dentro de los treinta (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de las proposiciones referidas en los incisos precedentes. Transcurrido el plazo antes señalado sin resolución expresa, se considerarán aprobadas las propuestas.

Asimismo deberán enviar para conocimiento y registro de la ANSSAL:

- La memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior.
- Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones que celebre durante el mismo período.

Art. 19. — La ANSSAL designará síndicos, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los agentes del seguro vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Estas sindicaturas serán colegiadas y cada una de ellas podrá abarcar más de un agente del seguro.

general de Empleados de Comercio de la República Argentina y dos directores en representación del Estado. El Ministerio de Salud y Acción Social deberá designar a los integrantes del directorio conforme al párrafo anterior, dentro del término de treinta (30) días de recibida la propuesta.

Art. 38. — Sustitúyese el art. 4º de la ley 18.299, el que queda así redactado:

Art. 4º — La administración del Instituto estará a cargo de un consejo de administración el que será integrado por un presidente propuesto por el consejo de administración, seis (6) vocales en representación del personal de la industria del vidrio y sus actividades afines, cinco (5) de los cuales provendrán del sindicato obrero y uno (1) por el sindicato de empleados, dos (2) vocales en representación de los empleadores, que serán propuestos por entidades suficientemente representativas de la industria del vidrio y afines y dos (2) vocales en representación del Estado, propuestos por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación.

Todos ellos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Los vocales podrán ser reemplazados por sus representados, en cuyo caso el nuevo vocal ejercerá su mandato hasta la finalización del periodo que le correspondiere al sustituido.

Art. 39. — Sustitúyese el art. 5º de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465; 21.545; 22.245 y 22.954, el que queda así redactado:

Art. 5º — El gobierno y administración del Instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un presidente en representación del Estado y doce (12) directores, cuatro (4) en representación de los beneficiarios, dos (2) en representación de los trabajadores activos y seis (6) en representación del Estado, designados todos ellos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de las entidades representativas y deberán ser jubilados o pensionados del Régimen Nacional de Previsión.

La designación de los directores en representación de los trabajadores activos, se hará a propuesta de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

El presidente y los directores durarán cuatro (4) años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos y gozarán de la remuneración que establezca el presupuesto.

Art. 40. — Sustitúyese los arts. 5º y 7º de la ley 19.518, los que quedan así redactados:

Art. 5º — El Instituto será dirigido y administrado por un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente, doce (12) directores y un (1) síndico.

Art. 7º — Los directores del Instituto serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las siguientes entidades: Uno (1) por la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, uno (1) por la Asociación de Cooperativas y Mutualidades de Seguro, uno (1) por la Asociación Argentina de Sociedades de Capitalización, uno (1) por la Asociación de Aseguradores Extranjeros en la Argentina, seis (6) por la asociación profesional de trabajadores con personería gremial representativa de las actividades comprendidas y dos (2) en representación del Estado, a propuesta de la Secretaría de Salud de la Nación.

El síndico será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de la ANSSAL.

Art. 41. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el art. 1º, inc. f), existentes en la actualidad, continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo dentro del plazo de noventa (90) días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Art. 42. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Dirección Nacional de Obras Sociales serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente esta ley y comience a funcionar el nuevo organismo.

El personal del Instituto Nacional de Obras Sociales tendrá garantizada su continuidad laboral en el ámbito de la Administración pública nacional.

Art. 43. — Los integrantes de los directorios de las obras sociales comprendidas en el inc. b) del art. 1º de la presente ley podrán o no ser confirmados en sus cargos por las autoridades constitucionales que asuman en el año 1989. Tanto los confirmados como los reemplazantes completarán los periodos legales que en cada caso corresponda.

Art. 44. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 45. — Comuníquese, etc.

LEY 23.661

Sistema Nacional del Seguro de Salud — Creación.

Sanción: 29 de diciembre de 1989.

Promulgación: 5 enero de 1989.

Publicación: B. O. 20/1/89.

Citas legales: ley 23.660 (ley obras sociales); v. p. 50; D. ley 23.354/56 (ley de contabilidad); XVII-A, 155; ley 22.269; XL-C, 2541; ley 17.454 (Cód. de Procedimiento Civil y Comercial de la Nación, L. O. 1981); XLI-C, 2975.

CAPITULO I — Del ámbito de aplicación

Art. 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.

Art. 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.

Art. 3º — El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Ley 23.661. — Proyecto del Poder Ejecutivo considerado y aprobado con modificaciones por el Senado en la sesión del 29 de diciembre de 1988 (D. ses. Sen. 1988, p. 6780) y por la Cámara de Diputados en la sesión del 29 de diciembre de 1989 (D. ses. Dip. 1989, p. 6747 a 6759).

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.

Art. 4º — La Secretaría de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del seguro en las jurisdicciones provinciales, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

A ese efecto, las funciones, atribuciones y facultades que la presente ley otorga a la Secretaría de Salud de la Nación y a la Administración Nacional del Seguro de Salud podrán ser delegadas en las aludidas jurisdicciones mediante la celebración de los convenios correspondientes.

CAPITULO II — De los beneficiarios

Art. 5º — Quedan excluidos en el seguro:

a) Todos los beneficiarios comprendidos en la ley de obras sociales.

b) Todos los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fije 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.

Art. 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.

DECRETO 2828

Instituto Nacional de Acción Mutual — Estructura organizativa — Aprobación — Derogación de los decs. 1608/88 y 1023/89.

Fecha: 29 diciembre 1992.
Publicación: B. O. 2/3/93.

DECRETO 2831

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas — Modificación del escalafón aprobado por dec. 1572/76, del presupuesto general de la Administración nacional para el ejercicio 1993 y de la planilla anexa al art. 11 del dec. 2730/92.

Fecha: 29 diciembre 1992.
Publicación: B. O. 10/3/93.

DECRETO 2885

Administración General de Puertos Sociedad del Estado — Presupuesto para el ejercicio 1993 — Aprobación.

Fecha: 29 diciembre 1992.
Publicación: B. O. 2/2/93.

Año 1993

DECRETO 9

Beneficiarios comprendidos en los arts. 8º y 9º de la ley 23.660 — Elección de obra social — Requisitos.

Fecha: 7 enero 1993.
Publicación: B. O. 18/1/93.

Citas legales: ley 23.660; XLIX-A, 50.

Art. 1º — Los beneficiarios comprendidos en los arts. 8º y 9º de la ley 23.660, tendrán libre elección de su obra social dentro de las comprendidas en los incs. a), b), c), d) y f) del art. 1º de la mencionada ley.

Art. 2º — La elección prevista en el artículo anterior podrá recaer solamente en una obra social y será ejercida sólo en una oportunidad por año.

Art. 3º — Las modalidades que deberán cumplirse para que los aportes y contribuciones sean depositadas en la obra social elegida, serán determinadas por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social y de Trabajo y Seguridad Social.

Art. 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.

Art. 5º — Las obras sociales no podrán suscribir contratos prestacionales con entidades que tengan competencia directa o indirecta en el control de la matrícula profesional o limiten a sus miembros el derecho de contratar directamente.

Art. 6º — Déjase sin efecto todas las restricciones que limiten la libertad de contratación entre prestadores y obras sociales, así como aquellas que regulen aranceles prestacionales de cualquier tipo.

Art. 7º — Queda prohibido toda forma 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.

Art. 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.

Art. 9º — Los agentes del Sistema Nacional de Seguro de 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.

Art. 10. — Las obras sociales podrán fusionarse, federarse o utilizar otros mecanismos de unificación, total o parcial, para el cumplimiento de sus objetivos y los perseguidos por el presente decreto.

Art. 11. — Comuníquese, etc. — Menem. — Aráoz. — Rodríguez.

DECRETO 12

Relaciones exteriores — República Eslovaca — Reconocimiento como Estado soberano e independiente.

Fecha: 7 enero 1993.
Publicación: B. O. 12/1/93.

general de Empleados de Comercio de la República Argentina y dos directores en representación del Estado. El Ministerio de Salud y Acción Social deberá designar a los integrantes del directorio conforme al párrafo anterior, dentro del término de treinta (30) días de recibida la propuesta.

Art. 38. — Sustitúyese el art. 4º de la ley 18.299, el que queda así redactado:

Art. 4º — La administración del Instituto estará a cargo de un consejo de administración el que será integrado por un presidente propuesto por el consejo de administración, seis (6) vocales en representación del personal de la industria del vidrio y sus actividades afines, cinco (5) de los cuales provendrán del sindicato obrero y uno (1) por el sindicato de empleados, dos (2) vocales en representación de los empleadores, que serán propuestos por entidades suficientemente representativas de la industria del vidrio y afines y dos (2) vocales en representación del Estado, propuestos por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación.

Todos ellos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Los vocales podrán ser reemplazados por sus representados, en cuyo caso el nuevo vocal ejercerá su mandato hasta la finalización del período que le correspondiere al sustituido.

Art. 39. — Sustitúyese el art. 5º de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465; 21.545; 22.245 y 22.954, el que queda así redactado:

Art. 5º — El gobierno y administración del Instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un presidente en representación del Estado y doce (12) directores, cuatro (4) en representación de los beneficiarios, dos (2) en representación de los trabajadores activos y seis (6) en representación del Estado, designados todos ellos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de las entidades representativas y deberán ser jubilados o pensionados del Régimen Nacional de Previsión.

La designación de los directores en representación de los trabajadores activos, se hará a propuesta de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

El presidente y los directores durarán cuatro (4) años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos y gozarán de la remuneración que establezca el presupuesto.

Art. 40. — Sustitúyese los arts. 5º y 7º de la ley 19.518, los que quedan así redactados:

Art. 5º — El Instituto será dirigido y administrado por un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente, doce (12) directores y un (1) síndico.

Art. 7º — Los directores del Instituto serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las siguientes entidades: Uno (1) por la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, uno (1) por la Asociación de Cooperativas y Mutualidades de Seguro, uno (1) por la Asociación Argentina de Sociedades de Capitalización, uno (1) por la Asociación de Aseguradores Extranjeros en la Argentina, seis (6) por la asociación profesional de trabajadores con personería gremial representativa de las actividades comprendidas y dos (2) en representación del Estado, a propuesta de la Secretaría de Salud de la Nación.

El síndico será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de la ANSSAL.

Art. 41. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el art. 1º, inc. f), existentes en la actualidad, continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo dentro del plazo de noventa (90) días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Art. 42. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Dirección Nacional de Obras Sociales serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente esta ley y comience a funcionar el nuevo organismo.

El personal del Instituto Nacional de Obras Sociales tendrá garantizada su continuidad laboral en el ámbito de la Administración pública nacional.

Art. 43. — Los integrantes de los directorios de las obras sociales comprendidas en el inc. b) del art. 1º de la presente ley podrán o no ser confirmados en sus cargos por las autoridades constitucionales que asuman en el año 1989. Tanto los confirmados como los reemplazantes completarán los períodos legales que en cada caso corresponda.

Art. 44. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 45. — Comuníquese, etc.

Sistema Nacional de

ción.

Sanción: 29 de diciemb.
Promulgación: 5 enero
Publicación: B. O. 20/1.

Citas legales: ley 23.660 (l
23.354/56 (ley de contabili
2541; ley 17.454 (Cód. de P
Nación, l. o. 1981): XLI-C.

CAPITULO I —

Art. 1º — Créase el S
Salud, con los alcances
de procurar el pleno go
todos los habitantes de
económica, cultural o g
zará dentro del marco
del sector salud donde
papel de conducción ge
des intermedias consoli
ción directa de las acci
dictados de una democ

Art. 2º — El seguro
tal proveer el otorgam
igualitarias, integrales
promoción, protección
de la salud, que respo
disponible y garanticen
del mismo tipo y nivel
forma de discriminació
distributiva.

Se consideran agenci
les nacionales, cualquier
nación, las obras soc
demás entidades que
tituye, las que deberá
salud a las normas qu
establecido en la pres
ley de obras sociales.

Art. 3º — El seguri
políticas que se dicte
Ministerio de Salud y /

Ley 23.661. — Proyi
rado y aprobado con r
la sesión del 29 de d
1988, p. 6780) y por
sesión del 29 de dici
ps. 6747 a 6759).

a) **Apercibimiento:**

b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien (100) veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación, vigente al momento de hacerse efectiva la multa;

c) **Intervención.**

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incs. a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inc. c) será dispuesta por el Poder Ejecutivo nacional.

La intervención de la obra social implicará la facultad del interventor de disponer de todos los fondos que le correspondan en virtud de esta ley y se limitará al ámbito de la misma.

Art. 29. — Solamente serán recurribles las sanciones previstas en los incs. b) y c) del art. 28 de esta ley dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas por el órgano de aplicación o desde la publicación del acto pertinente por el Poder Ejecutivo nacional, en su caso, ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal y Contencioso Administrativo o la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal a opción del recurrente. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del término aludido ante el órgano de aplicación, el que remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

En las jurisdicciones provinciales, será competente la Cámara Federal con jurisdicción en el domicilio del sancionado.

La sanción prevista en el artículo anterior, inc. c), será recurrible al solo efecto devolutivo.

Art. 30. — Los bienes pertenecientes a la Administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, para estatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médico-asistenciales del seguro nacional de salud, serán transferidos a la obra social correspondiente.

Art. 31. — Dispónese la condonación de la deuda que las obras sociales y las asociaciones de obras sociales mantienen con el Instituto Nacional de Obras Sociales (Fondo de Redistribución) por los conceptos enumerados en el art. 21, inc. c) de la ley 18.610 y art. 13, incs. a) y b) de la ley 22.269, contraída hasta el último día del mes inmediato anterior al de la fecha de promulgación de la presente.

Art. 32. — Los bienes afectados al funcionamiento de las obras sociales cuyo dominio pertenezca a una asociación sindical de trabajadores continuarán en el patrimonio de la asociación, pero las respectivas obras

sociales no reconocerán usufructos a título oneroso por la utilización de dichas instalaciones, quedando a cargo de la obra social los gastos de mantenimiento, administración y funcionamiento.

Art. 33. — Las obras sociales del régimen de la ley 22.269 actualmente existente, cualquiera sea su naturaleza jurídica, continuarán en su desenvolvimiento durante el período de la adecuación a las disposiciones de la presente ley.

Art. 34. — Las obras sociales deberán adecuarse al régimen de la presente ley dentro del plazo de un (1) año a contar de la fecha de su vigencia. Este plazo podrá ser prorrogado por el Poder Ejecutivo nacional si las circunstancias lo hicieran necesario.

Art. 35. — Durante el período comprendido entre la entrada en vigencia de esta ley y la normalización de las obras sociales, la administración de las mismas será:

a) En las obras sociales sindicales correspondientes a sindicatos que estén normalizados, dichos sindicatos designarán un administrador que será reconocido por la Dirección Nacional de Obras Sociales como representante legal de la obra social.

Del mismo modo se procederá a medida que las demás asociaciones sindicales completen su normalización institucional;

b) Las obras sociales constituidas por leyes especiales se normalizarán conforme a lo dispuesto por esta ley, dentro de los cien (100) días corridos contados a partir del siguiente al de su promulgación;

c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial serán conducidas por una comisión normalizadora conformada de acuerdo con lo establecido en el inc. c) del art. 12 de esta ley y presidida por un representante del Estado;

d) En las obras sociales del personal de dirección, las actuales autoridades serán las encargadas de continuar con la administración debiendo cumplimentar los recaudos de esta ley.

Art. 36. — Las autoridades provisionales a que hace referencia el artículo anterior procederán a elaborar los estatutos de la obra social, que elevarán para su registro a la Dirección Nacional de Obras Sociales, de acuerdo con las normas que ésta dicte.

Art. 37. — Sustitúyese el art. 5º de la ley 19.772, el que queda así redactado:

Art. 5º — La dirección y administración de la obra social estará a cargo de un directorio, designado por el Ministerio de Salud y Acción Social, con observancia de los recaudos previstos en el art. 7º de la presente ley, integrado por un presidente, un vicepresidente y cuatro directores, todos ellos a propuesta de la Confederación.

Art. 20. — Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incs. b) y c) del art. 8º serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que les corresponda percibir, por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse a la orden de la respectiva obra social en la forma y plazo que establezca la reglamentación.

Art. 21. — Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la Dirección Nacional de Obras Sociales y de las obras sociales tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.

Art. 22. — Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicio, hasta un ocho por ciento (8 %) de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado por la ley del sistema nacional del seguro de salud. La reglamentación establecerá el plazo dentro del cual las obras sociales deberán ajustarse a esa proporción de gastos administrativos.

Art. 23. — Los fondos previstos por la presente ley como también los que por cualquier motivo correspondan a las obras sociales deberán depositarse en instituciones bancarias oficiales nacionales, provinciales o municipales y serán destinados exclusivamente a la atención de las prestaciones y demás obligaciones de las mismas y de los gastos administrativos que demanden su funcionamiento.

Las reservas y disponibilidades de las obras sociales sólo podrán ser invertidas en operaciones con las instituciones bancarias mencionadas en el párrafo anterior y/o en títulos públicos, con garantía del Estado, que aseguren una adecuada liquidez conforme a lo que determine la reglamentación.

Art. 24. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones adeudados a las obras sociales, y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieran delegado esa facultad.

Serán competentes los juzgados federales de primera instancia en lo civil y comercial. En la Capital Federal será competente la Justicia Nacional del Trabajo.

Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior prescribirán a los diez (10) años.

Art. 25. — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social —Secretaría de Coordinación de Salud y Acción Social— la Dirección Nacional de Obras Sociales que actuará como autoridad de aplicación de la presente ley, con jurisdicción sobre las obras sociales del art. 1º.

Art. 26. — La Dirección Nacional de Obras Sociales tendrá como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales en todo aquello que no se encuentren obligadas por la ley del sistema nacional del seguro de salud. Actuará también como organismos de control para los aspectos administrativos y contables de las obras sociales.

Art. 27. — Para el cumplimiento de estos fines tendrá las siguientes atribuciones:

1. Requerirá y aprobará la memoria anual y balances de las obras sociales.

2. Requerirá y suministrará información adecuada para el mejor control de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y a la ANSSAL.

3. Propondrá al Poder Ejecutivo nacional la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento.

En este caso, cuando la denuncia provenga de la ANSSAL, por incumplimiento de sus obligaciones como agentes del seguro, se instrumentarán mecanismos sumarios para asegurar las prestaciones de salud garantizadas por la ley del sistema nacional del seguro de salud.

4. Llevará un Registro de Obras Sociales en el que deberán inscribirse todas las obras sociales comprendidas en la presente ley, con los recaudos que establezca la autoridad de aplicación.

5. A los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley y demás normas complementarias, la Dirección Nacional de Obras Sociales podrá solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones. Sin perjuicio de ello podrá requerir a la ANSSAL la colaboración de su sindicatura para que, constituida en la entidad, constata y/u obtenga la información que expresamente le recabe la Dirección Nacional de Obras Sociales.

6. Resolver los conflictos sobre encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales determinando el destino de los aportes y contribuciones.

Art. 28. — Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otras leyes:

a) Apercibimiento.

b) Multa desde mínimo de jubilación jubilaciones y pensión de dependencia, hasta haber mínimo de diez de hacerse efectiva.

c) Intervención.

El órgano de aplicación establecida en los incs. a) y b) ante la gravedad y naturaleza prevista en el inciso c) Ejecutivo nacional.

La intervención de la obra social del interventor de la correspondan en el ámbito de la misma.

Art. 29. — Son amonestaciones previstas en los incs. dentro de los diez (10) días de aplicación pertinente por el Poder ante la Cámara Nacional y Contencioso Administrativo Apelaciones del Trabajo del recurrente. El recurso se dentro del término de cinco días, el que remitirá al Poder sin más trámite.

En la jurisdicción de la Cámara Federal de Apelaciones sancionada.

La sanción prevista será recurrible al solo efecto de interponer recurso.

Art. 30. — Los bienes de las obras sociales, empresas y sociedades de administración mixta, servicios médico-asistenciales, serán transferidos a la obra social.

Art. 31. — Disponer que las obras sociales mantengan en el Fondo de Recaudación Previsional los recursos enumerados en el art. 13, incs. a) y b) de la última ley del mes de la promulgación de la presente ley.

Art. 32. — Los bienes de las obras sociales, asociación sindical de patrimonio de la asociación.

Judicial y de las universidades y administradas por la Secretaría de Estado (4) vocales en representación por el respectivo o descentralizado que les en representación de propuestos por la asociación pertinente. Todos el Ministerio de Salud y Acción

las empresas y sociedades y administradas por las normas del inc. c). En las vocales estatales serán respectiva empresa. El el Ministerio de Salud y

personal de dirección y legales de empresarios autoridad colegiada de representación de los firme a lo establecido en

luidas por convenio con a la fecha de la presente conformidad con los acuerdos o disposiciones

ras sociales serán cuerpos colegiados que no miembros elegidos por de la asociación;

adherían a la presente ión de administración y

le los cuerpos colegiados sociales deberán ser iabilidades e incompatibilidad no podrá supe- s. y podrán ser reelegi-

ante responsables por e pudieran incurrir con o de funciones de dichas entidades.

ales podrán constituir is que abarquen los ibito de funcionamiento sus recursos a fin de ico-asistenciales que gentes del seguro de

la misma capacidad as obras sociales en

cuanto actúan en calidad de agentes del seguro de salud.

Art. 15. — Cuando la Administración Nacional del Seguro de Salud realice tareas de control y fiscalización en las obras sociales, en ejercicio y dentro de las facultades comprendidas por los arts. 7º, 8º, 9º 21 y concordantes de la ley del seguro nacional de salud, aquéllas facilitarán el personal y elementos necesarios para el cumplimiento de la aludida misión.

Art. 16. — Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;

b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3 %) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el art. 9º último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1,5 %) de su remuneración;

c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante, al promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

Mantienen su vigencia los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidos en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones, cuando fueren mayores que los dispuestos en la presente ley, como así también los recursos de distinta naturaleza a cargo de las mismas partes o de terceros, destinados al sostenimiento de las obras sociales.

Art. 17. — Las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza que se mencionan en el artículo anterior no podrán ser aumentados sino por ley.

Art. 18. — A los fines del art. 16 de la presente ley, se entiende por remuneración la delinida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia.

A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidos (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Art. 19. — Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener —al personal a su cargo—, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración, conforme se establece a continuación:

a) El noventa por ciento (90 %) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incs. a) y b) del art. 16 de esta ley, a la orden de la obra social que corresponda. Dicho porcentaje será del ochenta y cinco por ciento (85 %) cuando se trate de obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;

b) El diez por ciento (10 %) de la suma de las contribuciones y los aportes que prevén los incs. a) y b) del art. 16 de esta ley, y cuando se trate de las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios la suma a depositarse será del quince por ciento (15 %) de las contribuciones y aportes que se efectúen. Todo ello a la orden de las cuentas recaudadoras que la ANSSAL habilitará de acuerdo con lo determinado en la ley del sistema nacional del seguro de salud y su decreto reglamentario;

c) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su art. 16, a la orden de la obra social correspondiente;

d) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su art. 16 a la orden de la ANSSAL, en los mismos términos que los indicados en el inc. b) precedente;

e) Cuando las modalidades de la actividad laboral lo hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción, que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de responsabilidad suscritos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales.

mismo acto, la Secretaría de Salud de la Nación, contestar los agravios del recurrente.

Art. 46. — La ANSSAL podrá delegar en las jurisdicciones que hayan adherido al seguro la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas en el art. 42 de la presente ley y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique.

Art. 47. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualización adeudados al Fondo Solidario de Redistribución y de las multas establecidas por la presente ley, se hará por la vía de ejecución fiscal prevista en el Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por el presidente de la ANSSAL. Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior, prescribirán a los diez (10) años.

CAPITULO VIII — De la participación de las provincias

Art. 48. — las jurisdicciones que adhieran al Sistema administrarán el seguro dentro de su ámbito, a cuyo efecto celebrarán los respectivos convenios con la Secretaría de Salud de la Nación.

La adhesión de las distintas jurisdicciones implicará la articulación de sus planes y programas con lo que la autoridad de aplicación establezca, y el cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del seguro, sin perjuicio de la adecuación que se requiera para su utilización local.

Art. 49. — La adhesión al Sistema Nacional de Seguro de Salud implicará para las distintas jurisdicciones:

a) Incorporar en su ámbito, en las condiciones que se hayan determinado según lo previsto en el inc. b) del art. 5º de la presente ley, a los trabajadores autónomos del régimen nacional con residencia permanente en la jurisdicción que no sean beneficiarios de otros agentes del seguro, y a los pertenecientes a los regímenes de su respectivo ámbito, si los hubiere;

b) Incorporar en su ámbito a las personas indicadas en el inc. c) del art. 5º de la presente ley, a cuyo efecto recibirán apoyo financiero del Tesoro Nacional a través del Fondo Solidario de Redistribución por un monto igual al que la provincia aporte a esta finalidad.

Este apoyo financiero se hará efectivo con los recursos de la cuenta especial a que hace referencia el inc. b) del art. 21 de la presente ley, en forma mensual, en función de la población que se estime cubrir y con sujeción a las demás condiciones que se establezcan en los respectivos convenios;

c) Administrar sobre la base de las normas generales del sistema, el Registro de Prestadores para la provincia, a cuyo fin establecerá las normas particulares y complementarias que resulten menester;

d) Aplicar en su ámbito las normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos de salud que serán requisito para la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores;

e) Participar en el Fondo Solidario de Redistribución a través del organismo que se determine, efectuando las contribuciones previstas en el inc. j) del art. 22 de la presente ley y recibiendo los apoyos financieros referidos en el art. 24 de esta ley;

f) Establecer y coordinar dentro de su ámbito una subcomisión de la Comisión Permanente de Concertación sujeta a la aprobación de ésta, con representantes de los agentes del seguro y de los prestadores propuestos por sus organizaciones representativas mayoritarias;

g) Suministrar la información que le sea requerida por la ANSSAL en relación con la administración y desarrollo en su ámbito del Sistema Nacional del Seguro de Salud;

h) Ejercer las demás facultades, atribuciones o funciones que se le deleguen según el convenio de adhesión y cumplir con las obligaciones que le imponga el mismo.

Art. 50. — Las jurisdicciones que asuman la administración del Sistema Nacional del Seguro de Salud en su respectivo ámbito determinarán el organismo a cuyo cargo estarán dichas funciones.

CAPITULO IX — Disposiciones transitorias

Art. 51. — Las autoridades de la ANSSAL asumirán sus funciones en un plazo máximo e improrrogable de noventa (90) días corridos a partir de la promulgación de la presente ley, lapso dentro del cual el Poder Ejecutivo reglamentará el art. 10. Mientras tanto, las funciones y atribuciones previstas para la ANSSAL serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

Art. 52. — Los directores que a partir de la sanción de esta ley sean designados para integrar el directorio de la ANSSAL cesarán automáticamente el día 10 de diciembre de 1989. Podrán ser designados nuevamente por el plazo y en las demás condiciones establecidas en los arts. 10 y 11 de la presente.

Art. 53. — Comuníquese, etc.

DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO

Año 1988

DECRETO 1314

Transporte — Modificación del reglamento de la ley 12.346 aprobado por el dec. 27.911/39 — Derogación de los decs. 11.083/44, 11.084/44, 19.014/44 y 6339/69.

Fecha: 23 diciembre 1988.

Publicación: B. O. 29/12/88.

Citas legales: ley 12.346; 1920-1940, 776; D. 27.911/39; 1920-1940, 1169; D. 6339/69; XXIX-C, 2928; D. 11.083/44; IV, 276; D. 11.084/44; IV, 276; D. 19.014/44; XXI-A, 688; D. 698/79; XXXIX-B, 1395; ley 22.520 (t. o. 1983); XLIV-A, 108; D. 455/84; XLIV-A, 202; Constitución Nacional 1852-1880, 68 y XVII-A, 1.

Visto: El expte. 1308/87 del registro del Ministerio de Obras y Servicios Públicos, y

Considerando: Que el transporte de pasajeros por automotor constituye un servicio público, tendiente a satisfacer necesidades de carácter general.

Que dichas prestaciones se realizan a través de particulares que operan en virtud del permiso que otorga la autoridad administrativa, conforme a la atribución que el legislador le otorgara con carácter específico.

Que el referido permiso implica un vínculo jurídico de carácter contractual entre el Estado y cada uno de los prestatarios, que se rige por las normas propias que regulan la materia, las que integran el marco del derecho público, administrativo en la especie.

Que el Poder Público en ocasión de proceder a la adjudicación de cada permiso desarrolla una doble actividad de naturaleza reglada y discrecional, por cuanto a la vez que sustancia un procedimiento a tal efecto, de acuerdo a lo que prescribe la norma reglamentaria pertinente, evalúa la conveniencia del otorgamiento en función de las pautas específicas fijadas en el texto legal respectivo.

Que en el mismo orden de ideas, tratándose de la transferencia del aludido permiso, debe regir igual criterio rector, en el sentido de que además de implementarse una tramitación administrativa tendiente a dar cumplimiento a los requisitos establecidos, la autoridad administrativa valore la conveniencia de autorizar la cesión de que se trate, de acuerdo a la evaluación cualitativa que respecto del cesionario pudiese realizar.

Que en tal sentido, se entiende oportuno que en ocasión de analizarse una solicitud de transferencia o cesión de permiso, se proceda a evaluar si la misma está orientada hacia la reducción de la competencia o eventualmente la monopolización de la oferta en el corredor de que se trate, con el objeto de asegurar el mantenimiento de la diversificación de operadores.

Que, en función de ello, se impone una adecuación de la actual normativa en materia de transferencia de permisos conforme a las pautas anteriormente señaladas, en la inteligencia que de ese modo se dotará al poder público del medio idóneo para preservar la continuidad de un servicio eficiente y, además, evitar que el acto de la cesión persiga un exclusivo fin de lucro en detrimento de la prestación de dicho servicio.

Que, por otra parte, resulta conveniente introducir entre los requisitos para la admisión de una transferencia de permiso, la exigencia de que el cesionario registre igual radicación en determinada provincia o región que el titular del permiso original, cuando dicho requisito fuera establecido como condición indispensable para el otorgamiento de la autorización, a fin de preservar la explotación económica para la provincia o región en la cual se encuentra la cabecera de origen de la prestación de que se trate.

Que, asimismo, se advierte la conveniencia de no hacer extensivo dicho régimen de transferencias a los permisos relativos a los servicios de transporte por automotor para el turismo, su comercialización, habida cuenta la particular naturaleza que los mismos revisten.

Que en la actualidad, el tema relativo a la transferencia de permisos, encuentra sustento legal en lo deter-

LEY 23.660

Nueva ley de obras sociales

Sanción: 29 diciembre 1988.

Promulgación: 5 enero 1989.

Publicación: B. O. 20/1/89.

Citas legales: ley 21.476: XXXVII-A, 4; ley 17.454 (Cód. Procesal Civil y Comercial de la Nación - l. o. 1981): XLI-C, 2975; ley 18.610 (l. o. 1971): XXXI-B, 1590; ley 22.269: XL-C, 2541; ley 19.772: XXXII-C, 3406; ley 18.299: XXIX-B, 1468; ley 19.032: XXXI-B, 1242; ley 18.465: XXXII-A, 102; ley 21.545: XXXVII-A, 157; ley 22.245: XL-C, 2415; ley 22.954: XLIII-D, 3917; ley 19.518: XXXII-A, 153.

Art. 1° — 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, sus organismos autárquicos y descentralizados; la del Poder Judicial y las de las universidades nacionales;

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 art. 2° inc. 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;

Ley 23.660. — Proyecto del Poder Ejecutivo considerado y aprobado con modificaciones por el Senado en la sesión del 29 de diciembre de 1988 (D. ses. Sen. 1988, p. 6780) y por la Cámara de diputados en la sesión del 29 de diciembre de 1988 (D. ses. Dip. 1988, ps. 6747 a 6759).

h) Toda obra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley.

Art. 2° — Las obras sociales comprendidas en los incs. c), d) y h) del art. 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 incs. 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 inc. 2 del segundo apart. del art. 33.

Las obras sociales señaladas en el inc. b) del art. 1°, creadas 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 arts. 37, 38, 39 y 40 de la presente ley.

Art. 3° — 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 — con calidad de agentes naturales del mismo — sujetos a las disposiciones y normativas que le regulan.

Art. 4° — Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANS-SAL):

a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;

b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa;

c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;

d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.

Art. 5° — Las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento (80 %) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios.

Las obras sociales que recauden centralizadamente deberán remitir mensualmente el setenta por ciento

(70 %) de lo recaudado para atender las necesidades de los residentes en la misma región, en sus estatutos regional solidaria que a beneficiarios a los servicios de ningún tipo.

Art. 6° — Las obras sociales de la presente ley, deberán inscribirse en el ámbito de la ANSSAL, establezca la ley del S. Salud y su decreto reglamentario.

El cumplimiento de las normas necesarias para aplicar la presente ley no a las prestaciones de salud.

Art. 7° — Las resoluciones de la Nación, en materia de funciones, atribuciones, legislación, serán de carácter obligatorio para las obras sociales, excepto en la condición de agentes naturales.

Art. 8° — Quedan comprendidos en la calidad de beneficiario:

a) Los trabajadores de dependencia, en el sector público de los p. Nación, en las universidades, organismos autárquicos y sociedades del E. Ciudad de Buenos Aires, la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;

b) Los jubilados y pensionados de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;

c) Los beneficiarios de las obras sociales nacionales.

Art. 9° — Quedan comprendidos en la calidad de beneficiarios:

a) Los grupos familiares indicados en el art. 1° del decreto reglamentario, los hijos no emancipados por la actividad profesional, mayores de veintidós años inclusive, que es titular que cursen estudios reconocidos por la autoridad competente y a cargo del afiliado; los hijos del cónyuge y tutela haya sido administrada, que recae en este inciso;

(70 %) de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de sus beneficiarios residentes en la misma jurisdicción. Asimismo asegurarán en sus estatutos mecanismos de redistribución regional solidaria que asegure el acceso de sus beneficiarios a los servicios de salud sin discriminaciones de ningún tipo.

Art. 6º — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del seguro de salud, deberán inscribirse en el registro que funcionará en el ámbito de la ANSSAL y en las condiciones que establezca la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.

El cumplimiento de este requisito será condición necesaria para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud.

Art. 7º — 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 legislación, serán de cumplimiento obligatorio para las obras sociales, exclusivamente en lo que atañe a su condición de agentes del seguro de salud.

Art. 8º — Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:

a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo y Judicial de la Nación, en las universidades nacionales, o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;

b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;

c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Art. 9º — Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años; no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 10. — El carácter de beneficiario otorgado en el inc. a) del art. 8º y en los incs. a) y b) del art. 9º de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de tres (3) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de tres (3) meses, contados de su distracto, sin obligación de efectuar aportes;

b) En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;

c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongare más allá de dicho plazo, podrá optar por continuar manteniendo ese carácter, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador;

d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste podrá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;

e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el art. 8º inc. a) de la presente ley;

f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular, sin obligación de efectuar aportes;

ción de memorias y balances, órganos para su revisión y fiscalización.

6. Régimen electoral.

7. Régimen de convocatoria y funcionamiento de asambleas.

8. Normas sobre modificación de estatutos y disolución.

Art. 12. — Sin reglamentar.

Art. 13. — Reglamentación. — Las personas que de acuerdo con lo establecido en el art. 12 de la ley 23.660 vayan a ser designados para dirigir y/o administrar obras sociales, previamente deberán suministrar a la Dirección Nacional de Obras Sociales la siguiente documentación.

a) Acreditación del domicilio real.

b) Certificado negativo de inhibición general de bienes expedido por el Registro de la Propiedad con jurisdicción en el domicilio del interesado.

c) Certificado negativo del Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal.

d) Declaración jurada detallando los bienes que componen su patrimonio a la fecha de presentación, en sobre cerrado y firmado.

Art. 14. — Reglamentación. — Las asociaciones de obras sociales autorizadas e inscriptas bajo el régimen de la ley 22.269 continuarán funcionando adecuando su accionar a las prescripciones de las leyes 23.660 y 23.661.

La Dirección Nacional de Obras Sociales y la ANSSAL facilitarán la constitución de asociaciones de obras sociales. A tal fin intercambiará criterios con las conducciones de las distintas obras sociales involucradas, a los efectos de demostrar las razones de carácter territorial, operativo y financiero que justifican el nacimiento de la asociación.

Art. 15. — Reglamentación. — Las facultades otorgadas a la ANSSAL por el art. 15 de la ley 23.660 podrán ser ejercidas por la Dirección Nacional de Obras Sociales, en cumplimiento de las atribuciones que le fija el art. 27 de la misma ley.

Art. 16. — Reglamentación. — Se interpreta que la remisión que se hace en el art. 16, inc. b) de la ley 23.660 comprende la situación descripta en el inc. b) del art. 9º de la citada ley en su totalidad.

Se entiende por contribuciones y aportes las cotizaciones a cargo de los empleadores y de los trabajadores, respectivamente, consistentes en montos o porcentajes determinados en función de la efectiva remuneración que les corresponda a los trabajadores; y por recursos de distinta naturaleza, los establecidos por disposiciones legales o convencionales con exclusión de los provenientes de aranceles, multas, intereses, rentas, donaciones, legados, realización de bienes, prestación de servicios y otros conceptos de análogas características.

La Dirección Nacional de Obras Sociales queda facultada para resolver los casos de duda que se planteen.

Son aportes y contribuciones ordinarias todo importe que tenga como referencia la remuneración o haber del beneficiario.

Art. 17. — Sin reglamentar.

Art. 18 de la ley, alcanzan exclusivamente a los casos de jornadas reducidas de trabajo.

Art. 19. — Reglamentación. — El depósito de los aportes y contribuciones se ajustará a las siguientes disposiciones: Si el día del vencimiento de la obligación fuera inhábil el depósito podrá materializarse el día hábil inmediato siguiente.

La obligación de depositar los aportes y contribuciones debe cumplirse con prescindencia que se hayan abonado o no las remuneraciones correspondientes.

Sin perjuicio de las sanciones que establece la ley 23.660 la falta de depósito dentro de los plazos fijados, producirá la mora automática por el solo vencimiento del término, siendo de aplicación las disposiciones establecidas en la ley 21.864 y sus modificatorias.

En los convenios de corresponsabilidad a que hace referencia el inc. e) del art. 19 de la ley 23.660, las obras sociales deben garantizar que las entidades que actúan como agente de retención de contribuciones y aportes depositen el diez por ciento (10 %) del monto retenido en la cuenta recaudadora de la Administración Nacional del Seguro de Salud, asegurándose en el respectivo convenio la forma por la cual las entidades cumplan dicha obligación.

Lo establecido en el presente también se aplica al cumplimiento de las obligaciones derivadas de la liquidación de los recursos de distinta naturaleza.

Art. 20. — Reglamentación. — Los entes liquidadores de los haberes previsionales deberán transferir a nombre del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, los aportes a cargo de los jubilados y pensionados nacionales y de los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales, dentro de los quince (15) días corridos posteriores a cada mes vencido. La Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Instituto Municipal de Obra Social acordarán con la Dirección Nacional de Recaudación Previsional o el ente que resulte recaudador en el futuro, los procedimientos y oportunidades en que se efectuarán los aportes a cargo de los jubilados y pensionados del referido municipio.

Art. 21. — Reglamentación. — La Dirección Nacional de Obras Sociales establecerá las normas de procedimientos conducentes a la determinación de deudas y a la determinación de oficio de éstas en caso de negativa de los obligados a facilitar los elementos de juicio pertinentes.

Determinada una deuda, mediante la confección del acta labrada por el Inspector interviniente el deudor tendrá derecho a expresar su disconformidad e impugnarla total o parcialmente dentro de los quince (15) días hábiles inmediatos siguientes al libramiento del acta. La impugnación deberá ser deducida por escrito y presentada en el lugar indicado en el acta de Inspección. El cuestionamiento deberá ser preciso especificando lo que objeta del acta, fundará la pretensión en las circunstancias de hecho y de derecho que expresamente indicará.

El impugnante podrá ofrecer prueba en ese acto y acompañará con la presentación, la documental que obre en su poder.

La impugnación que no reúna los requisitos formales antes descriptos, como aquella que se presente fuera del plazo establecido, podrá ser desestimada sin sustanciación alguna. De la presentación que efectúe el impugnante, la obra social expedirá constancia fehaciente de su recepción.

Previo a la apertura a prueba, si hubiera sido ofrecida, la que deberá producirse en un plazo no mayor de treinta (30) días estando a cargo del interesado la producción de la misma. Siendo inconducente la prueba ofrecida se la recibirá y simultáneamente o después de producida la que resulte pertinente, se resolverá la impugnación fundando el decisorio con las citas legales que la respalden, lo cual se notificará al impugnante al domicilio constituido juntamente con la intimación de pago de lo adeudado, bajo apercibimiento de promover la ejecución que establece el art. 24 de la ley 23.660.

Cuando no medie impugnación del acta y vencido el plazo otorgado para el pago de la deuda, la obra social emitirá el certificado en base al cual podrá iniciar la ejecución forzada.

Queda establecido que en ningún caso la interposición de la impugnación suspenderá el curso de los recargos, intereses y actualización monetaria impuestos por la ley 21.864 y sus modificatorias.

Art. 22. — Reglamentación. — A los efectos indicados en el art. 22 de la ley 23.660 las obras sociales deberán adecuar los gastos administrativos al porcentaje establecido en el artículo antes mencionado dentro de los ciento ochenta (180) días de vigencia del presente decreto.

El plazo indicado podrá ser ampliado por la Dirección Nacional de Obras Sociales en casos debidamente justificados. La falta de cumplimiento a la adecuación antes consignada constituirá una falta grave susceptible de la aplicación de las sanciones previstas en el art. 28, incs. b) y c) de la ley 23.660.

Art. 23. — Reglamentación. — Las reservas y disponibilidades de las obras sociales deberán invertirse íntegramente según lo indicado en el segundo párrafo del art. 23, debiendo referirse a las inversiones que supongan mayor liquidez, suficiente rentabilidad y garantía. La autoridad de aplicación establecerá los porcentajes de inversión y podrá impugnar aquellas que no reúnan los presupuestos antes señalados.

Para proceder a la apertura de la cuenta bancaria, las entidades financieras aludidas en el artículo citado, deberán exigir a las destinatarias de los recursos un certificado expedido por la Administración Nacional de Seguro de Salud del cual surja la autorización para hacer uso de los fondos en los términos del art. 17 de la ley 23.661.

Para su otorgamiento las obras sociales deberán acreditar el cumplimiento de las previsiones del art. 35 de la ley. Las obras sociales podrán conservar las cuentas abiertas en entidades oficiales, cumpliendo con lo establecido en este artículo.

Otorgase un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día siguiente de la publicación en el Boletín Oficial del presente decreto para el cumplimiento de lo establecido en este artículo.

Art. 24. — Reglamentación. — El certificado de la deuda constituya el título ejecutivo en cuya virtud se promueve el proceso de cobro por el procedimiento de ejecución fiscal.

Se emitirá sobre la base de lo contenido en el acta de inspección que le da origen o sobre la resolución definitiva recaída con motivo del procedimiento indicado en el art. 16 de este decreto. El certificado deberá estar firmado por el representante legal de la entidad acreedora. Facúltase a la Dirección Nacional de Obras Sociales para establecer los requisitos que deberán cumplir los certificados de deuda.

Arts. 25 y 26. — Sin reglamentar.

Art. 27. — Reglamentación. — La apertura de la cuenta bancaria de las obras sociales cerrará en la fecha prevista en los estatutos; si no estuviera especificado, el cierre será el 30 de noviembre de cada año. Dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha antes consignada, las obras sociales deberán presentar la memoria anual y balance del ejercicio terminado ante la Dirección Nacional de Obras Sociales, la que en igual plazo deberá evaluar rechazando la memoria y balance. La autoridad de aplicación podrá ordenar la publicación en el Boletín Oficial de la memoria y balance aprobados.

La Dirección Nacional de Obras Sociales requerirá de las obras sociales la información que considere necesaria a los fines expresados en el inc. 2), por el procedimiento que la misma determine.

Arts. 28, 29 y 30. — Sin reglamentar.

Art. 31. — Reglamentación. — De las sumas que a partir del 1 de enero de 1989, perciban de los empleadores las obras sociales y asociaciones de las obras sociales, correspondientes a créditos originados por los conceptos que contemplan el art. 21 inc. c) en la ley 18.610 y art. 13 incs. a) y b) de la ley 22.269, deberá transferirse al Fondo Solidario de Redistribución (art. 22 inc. k de la ley 23.661) el porcentaje aludido en las referidas normas, con más las actualizaciones, intereses y recargos que correspondan.

Arts. 32 y 33. — Sin reglamentar.

Art. 34. — Reglamentación. — El plazo establecido en este artículo queda prorrogado un año desde la fecha de vigencia del presente decreto.

Art. 35. — Sin reglamentar.

Art. 36. — Reglamentación. — La Dirección Nacional de Obras Sociales, podrá redactar un modelo de estatuto tipo como guía para las obras sociales, a fin de que dentro de las posibilidades y características de cada ente haya homogeneidad y coherencia en el sistema.

DECRETO 359

Sistema Nacional del Seguro de Salud — Reglamentación de la ley 23.661.

Fecha: 22 febrero 1990.

Publicación: B. O. 28/2/90.

Citas legales: ley 23.661: XLIX-A, 57; ley 23.660: XLIX-A, 50.

Art. 1º — Apruébase la reglamentación del Sistema Nacional del Seguro de Salud creado por ley 23.661, que forma parte integrante del presente decreto como anexo I.

Art. 2º — Comuníquese, etc. — Menem. — Bauzá.

Anexo I

REGLAMANTACION DE LA LEY 23.661

Arts. 1º, 2º, 3º y 4º. — Sin reglamentar.

Inc. b). — Reglamentación. — Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones y sus respectivos grupos familiares primarios, podrán incorporarse como beneficiarios a cualquiera de los agentes del seguro inscritos en el Registro Nacional de Agentes del Seguro previsto en el art. 17 de la ley 23.661, acreditando a tales fines:

a) No encontrarse amparado por otro beneficio similar proveniente de la seguridad social, lo que deberá manifestarse mediante declaración jurada.

b) La respectiva inscripción como afiliado a la Caja Nacional de Previsión para Trabajadores Autónomos.

c) Encontrarse al día con el pago de sus obligaciones previsionales, al momento de su inscripción al agente del seguro.

Los agentes del seguro deberán categorizar a la población a incorporar, según niveles de ingresos, tomando como parámetros referenciales los correspondientes a los diferentes niveles de aportes establecidos por el sistema previsional. El aporte promedio integral por beneficiario incorporado en estas condiciones no podrá, en ningún caso, ser menor al ingreso promedio por beneficiario (aporte del trabajador más la contribución patronal) al agente del seguro de que se trate.

El financiamiento deberá garantizar condiciones de equidad, debiendo en todos los casos operar como un sistema financiero equilibrado.

Las prestaciones ofrecidas deberán ser igualitarias y no estar relacionadas con las categorías de aportes.

El agente del seguro en cuyo ámbito haya solicitado ser incorporado el trabajador autónomo, establecerá las condiciones de modo, tiempo y lugar a las que el beneficiario deberá ajustarse a los efectos de realizar el aporte correspondiente. El beneficiario ingresará mensualmente el aporte al Fondo Solidario de redistribución previsto en el art. 22 de la ley 23.661 (el 10 % o el 15 % según corresponda) en las fechas previstas.

Constituirá una obligación, para los beneficiarios incorporados en las condiciones previstas en el presente artículo la acreditación trimestral ante el agente del seguro del estricto cumplimiento de sus obligaciones con el organismo previsional.

Los beneficiarios incorporados bajo este régimen estarán obligados a permanecer, como mínimo, un año en el agente del seguro de que se trate; a tal efecto podrán garantizar sus contribuciones.

Inciso c). — Reglamentación. — Las personas comprendidas en el art. 5º, inc. c) de la ley, se incorporarán en el Seguro Nacional de Salud según las condiciones y modalidades que fije la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en oportunidad de instrumentarse el Programa Nacional de Asistencia a Carenciados, con los fondos que, a dichos fines, aporte el Tesoro nacional, conforme con la previsión que se efectúe en el presupuesto general de la Nación. Todo ello según lo estatuido por el art. 21, inc. b) de la ley 23.661.

Arts. 6º, 7º, 8º y 9º. — Sin reglamentar.

Art. 10. — Reglamentación. — A fin de integrar el Directorio, la Secretaría de Salud de la Nación procederá a notificar en forma fehaciente a las organizaciones mencionadas en el artículo que se reglamenta, para que propongan sus representantes dentro del plazo perentorio de diez (10) días hábiles, con-

clus a partir de la fecha de la notificación. Esta comunicación también se publicará por un día en el Boletín Oficial y en un diario de mayor circulación en todo el territorio de la República. En caso de no elevarse la propuesta respectiva dentro del plazo establecido, la Secretaría de Salud podrá designar directamente a los representantes respectivos, hasta que sea cubierta la vacante mediante la correspondiente proposición.

En todos los casos, los representantes propuestos deberán cumplir con los requisitos previstos en el art. 11, segundo párrafo de la ley 23.661.

El representante de los jubilados y pensionados será designado a propuesta de las entidades representativas que, en el orden nacional, se encuentren registradas en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. La propuesta unificada deberá ser comunicada por escrito y suscripta por los responsables de las organizaciones. En caso de no existir acuerdo para la elevación de una propuesta unificada, cada organización podrá proponer un representante, quedando a cargo de la autoridad de aplicación la respectiva designación.

El representante de los empleadores será designado a propuesta de las organizaciones que, a nivel nacional, nucleen las actividades de la industria, comercio, servicios y de la producción agropecuaria.

Los mecanismos establecidos a los fines de la propuesta y designación del representante de los jubilados y pensionados serán también de aplicación en cuanto se refiere al representante de los empleadores y en situaciones similares que se presenten respecto de otras organizaciones.

Facúltase a la autoridad de aplicación para dictar las normas complementarias al procedimiento previsto en este artículo.

Arts. 11 y 12. — Sin reglamentar.

Art. 13. — Inc. a). — Reglamentación. — El Directorio dictará su reglamento interno dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días contados a partir de su constitución.

Inc. b) y c). — Sin reglamentar.

Inc. d). — Reglamentación. — La asignación de recursos del Fondo Solidario de Redistribución podrá efectuarse mediante el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones. Se entiende por:

a) Subsidio: Aporte o ayuda financiera no reembolsable con carácter extraordinario para compensar desequilibrios que impidan cumplir con los objetivos del Seguro;

b) Préstamo: Aporte crediticio destinado preferentemente para el financiamiento de prestaciones obligatorias de primero y segundo nivel y programas determinados priorizados por la conducción del Sistema, reembolsable dentro del ejercicio económico financiero del ANSSAL;

c) Subvención: Aporte financiero extraordinario, no reembolsable, que permita paliar emergencias sociales determinadas por la conducción del Sistema.

El Directorio de la ANSSAL dispondrá de los recursos conforme con las disposiciones legales sin intervención de otros organismos; ello sin perjuicio del debido control sobre las erogaciones efectuadas.

Inc. e), f), g), h), i), j) y k). — Sin reglamentar.

Art. 14. — Reglamentación. — El Consejo Asesor será presidido por el Presidente del ANSSAL de conformidad con lo establecido por el art. 12, inc. e) de la ley 23.661. Estará integrado por un número de consejeros cuya cantidad no excederá los veintidós (22) miembros. Estos serán designados por el Directorio de la ANSSAL a propuesta de las entidades respectivas.

La representación por parte de los agentes del seguro se compondrá en los términos del art. 17 de la ley 23.661 de acuerdo al siguiente detalle:

a) Un representante por cada agrupamiento de los agentes del seguro comprendidos en los incs. a), b), c), d), e) y f) del art. 1º de la ley 23.660.

b) Un representante por las asociaciones de obras sociales.

c) Un miembro en representación de los agentes adheridos contemplados en el art. 1º, inc. g) de la ley 23.660.

d) Un representante por las demás entidades que adhieran al Sistema.

e) Un miembro en representación de las mutuales.

f) Un miembro en representación de las jurisdicciones que adhieran.

A los efectos de la primera integración del Consejo Asesor, las entidades representativas mayoritarias de los prestadores, deberán designar un representante por cada una de las que a continuación se detalla: Confederación Médica de la República Argentina, Confederación Unificada de Bioquímicos de la República Argentina, Confederación Argentina de Clínicas Sanatorias y Hospitales Privados, Confederación Odontológica de la República Argentina, Federación de Psicólogos de la República Argentina, Confederación Farmacéutica Argentina, Confederación de Kinesiólogos de la República Argentina. La enunciación precedente no es taxativa, por lo que otras entidades pueden estar representadas siempre que reúnan las condiciones de las mencionadas.

Las entidades de prestadores mantendrán su representación en el Consejo Asesor, en tanto y en cuanto otra, con igual ámbito de representación territorial y personal, no demuestre ser mayoritariamente más representativa. En tal supuesto, se considerará que tiene mayor representatividad, aquella que acredite superar en afiliados a la que anteriormente se encontraba representada en el Consejo Asesor.

El reglamento de funcionamiento del Consejo Asesor deberá prever la participación de sectores interesados, no representados en el mismo, cuando se traten temas específicos de su incumbencia.

La participación de los representantes de dichos sectores estará limitada al tratamiento de los asuntos que hubieren motivado la convocatoria y no serán considerados miembros permanentes del Consejo Asesor. Sin perjuicio de ello, los miembros que se incorporen transitoriamente a propuesta del Consejo Asesor tendrán los mismos derechos y obligaciones que los demás integrantes.

Art. 15. — Sin reglamentar.

Art. 16. — Reglamentación. — Las entidades mutuales podrán integrarse al Seguro Nacional de Salud siempre que sus estatutos, reglamentos e inscripciones hayan sido debidamente aprobados por la autoridad competente en los términos de la ley

orgánica de mutuales, sean compatibles con la ley 23.661 y cuenten con ingresos y una cantidad de beneficiarios que garanticen un nivel de prestaciones obligatorias iguales a las brindadas por los demás agentes del seguro.

Del total de las cotizaciones que sus beneficiarios deban pagar con destino al rubro Salud, las entidades mutuales adheridas depositarán en el Fondo Solidario de Redistribución el porcentaje acordado en los convenios de adhesión, en los plazos previstos en los mismos convenios y en los términos del art. 19 de la ley 23.660. La base de cálculo para el aporte del Fondo Solidario de Redistribución por cada beneficiario cotizante, será determinada trimestralmente por la ANSSAL.

Para incorporarse al Sistema Nacional del Seguro de Salud, deberán firmarse los convenios de adhesión según las pautas que fije la autoridad de aplicación.

Art. 17. — Reglamentación. — A los fines de obtener la inscripción en el Registro Nacional de Agentes del Seguro, aquellas entidades que obligatoriamente deban inscribirse en el Registro de Obras Sociales previsto en el art. 27, inc. 4) de la ley 23.660, deberán presentar la constancia de dicha inscripción y suministrarán la siguiente información:

1. Padrón actualizado de beneficiarios discriminando titulares, cargo familiar primario, personas a cargo, adherentes y personas comprendidas en el art. 5º, incs. b) y c) de la ley 23.661; con indicación de sexo, fecha de nacimiento, nacionalidad y documento de identidad.

2. Distribución territorial, por jurisdicción, de los beneficiarios de la cobertura prestacional brindada por el agente del seguro.

3. Padrón de empleadores, con domicilios y números de inscripción en la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

4. Composición del patrimonio e inventario de los bienes.

5. Cobertura prestacional: Médico-asistenciales, planes de extensión de cobertura y programas, y otras prestaciones.

6. Estatuto, convenio de adhesión, estructura orgánico-funcional y estructura de gastos administrativos.

La ANSSAL fijará un plazo de hasta ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada agente del seguro deberá completar la información antes detallada. Durante ese lapso la inscripción revestirá el carácter de provisoria.

La información suministrada por los agentes del seguro deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la ANSSAL.

Las obras sociales y las asociaciones de obras sociales actualmente inscritas en el Registro Nacional de Obras Sociales del INOS, deberán reinscribirse en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de la ANSSAL en los plazos y condiciones previstos en la presente reglamentación.

El Directorio de la ANSSAL establecerá la información a requerir para la inscripción en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de las asociaciones de obras sociales, así como también a las obras sociales no comprendidas en la ley 23.660 que adhieran al Sistema Nacional del Seguro de Salud.

El Directorio de la ANSSAL podrá disponer las cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de aquellos

agentes que no se ajusten a las disposiciones de la ley 23.660 en lo concerniente a la aplicación de sus recursos brutos, conforme a lo dispuesto por los arts. 5º y 22 del citado cuerpo legal.

El Directorio de la ANSSAL podrá disponer las cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro a pedido de los mismos, previa comprobación de los presupuestos que fundamenten dicha solicitud, siempre que las razones invocadas no contradigan los objetivos de la ley. Asimismo podrá disponer cancelaciones cuando se den los presupuestos previstos en los respectivos convenios de adhesión.

Art. 18. — Reglamentación. — La documentación aludida en los incs. a) y b) del art. 18 de la ley 23.661 deberá ser presentada por los agentes del seguro ante la ANSSAL, con una anticipación de noventa (90) días corridos al inicio del ejercicio económico-financiero correspondiente.

La documentación referida en el punto 1) del art. 18 de la ley 23.661 comprensiva del estado de situación patrimonial; estados de resultados; estado de evolución del patrimonio neto y cuadros anexos, deberán contar con informe de contador público, legalizado por el correspondiente Consejo Profesional, con dictamen emitido por la sindicatura prevista en el art. 19 de la ley 23.661, con sustento en las auditorías contables y médicas.

Dicha documentación deberá ser presentada ante la ANSSAL dentro de los treinta (30) días de su aprobación.

En lo concerniente a los instrumentos mencionados en el punto 2 del art. 18 de la ley 23.661, los mismos deberán ser enviados dentro de los treinta (30) días de su firma.

Arts. 19, 20, 21 y 22. — Sin reglamentar.

Art. 23. — Reglamentación. — La ANSSAL queda facultada para dictar las normas relativas a la recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza destinados al Fondo Solidario de Redistribución, pudiendo, a tales efectos, celebrar convenios con la Dirección Nacional de Recaudación Previsional o con entidades bancarias oficiales, provinciales o municipales.

Arts. 24 y 25. — Sin reglamentar.

Art. 26. — Reglamentación. — El supuesto de colisión de normas reglamentarias del mantenimiento, creación o desarrollo de servicios propios, o de capacidad instalada, como también de las relativas a la disponibilidad de los servicios propios, dictadas por la Secretaría de Salud y la ANSSAL, será dirimido por el señor ministro de Salud y Acción Social de la Nación.

Arts. 27 y 28. — Sin reglamentar.

Art. 29. — Reglamentación. — La ANSSAL queda facultada para dictar las normas que establezcan los requisitos a cumplir por los prestadores para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, conforme a las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales que disponga la Secretaría de Salud de la Nación, de conformidad con el art. 31 de la ley 23.661.

Art. 30. — Reglamentación. — La Secretaría de Salud de la Nación queda facultada para dictar las normas que establezcan las condiciones de incorporación al Seguro Nacional de Salud, en calidad de prestadores de los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Art. 31. — Sin reglamentar.

Art. 32. — Reglamentación. — Todos los inscriptos en el Registro de Prestadores existentes en el INOS, serán prestadores provisorios del Sistema Nacional de Seguro de Salud hasta tanto la ANSSAL ponga en vigencia las normas a las cuales deberán ajustarse los mismos.

Las nuevas inscripciones o reinscripciones, deberán observar las resoluciones vigentes del INOS, hasta que la ANSSAL dicte el nuevo régimen.

Arts. 33 y 34. — Sin reglamentar.

Art. 35. — Reglamentación. — El Directorio de la ANSSAL designará al director que habrá de presidir la Comisión Permanente de Concertación.

A los fines de determinar el carácter de entidad representativa mayoritaria de los prestadores, se aplicarán las pautas previstas al reglamentarse el art. 14.

Los miembros de la Comisión Permanente de Concertación, serán propuestos por las respectivas entidades al presidente de dicha Comisión, quienes los integrarán en el número y proporción que fije el Directorio de la ANSSAL.

Los integrantes de la Comisión, en su calidad de tales, no percibirán remuneración por parte de la ANSSAL.

El Reglamento de funcionamiento de la Comisión, deberá prever las modalidades de participación de las distintas ramas profesionales y actividades de atención de la salud, contemplada en el art. 35 de la ley 23.661.

La instancia de conciliación se sustanciará ante el presidente de la ANSSAL, debiendo ponerse en su conocimiento dentro de los dos (2) días de promovida dicha instancia cuáles son las posiciones sustentadas por los sectores en divergencia.

Entre la apertura y cierre de esta instancia, no deberá transcurrir un lapso mayor de cinco (5) días, prorrogable por otros cinco (5) días mediante decisión del directorio de la ANSSAL.

De no obtenerse acuerdo, se elevarán las actuaciones al señor ministro de Salud y Acción Social, previa vista de la Secretaría de Salud, quien laudará dentro de los diez (10) días subsiguientes a su recepción.

Arts. 36 al 52, inclusive. — Sin reglamentar.

DECRETO 361

Fuerzas de Seguridad — Personal del Servicio Penitenciario Nacional — Bonificación por título universitario.

Fecha: 22 febrero 1990.

Publicación: B. O. 2/3/90.

Art. 1º. — El personal de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal que posea título universitario, cuyo plan de estudio prevea una duración no inferior a cinco (5) años, percibirá una bonificación por título del veinticinco por ciento (25 %) del sueldo correspondiente al grado de revista.

Art. 2º. — La bonificación por título queda sujeta a aporte previsional.

Art. 3º. — Los gastos emergentes de la aplicación del decreto serán imputados a los créditos asignados a las partidas específicas del presupuesto general de la Administración nacional vigentes.

Art. 4º. — Comuníquese, etc. — Menem. — Salonia.

DECRETO 362

Empleados públicos — Modificación del anexo II del dec. 239/90.

Fecha: 22 febrero 1990.

Publicación: B. O. 1/3/90.

Citas legales: ley 22.328: XL-D, 4033; D. 2192/86: XLVI-D, 4169; D. ley 23.354/56: XVII-A, 155; D. 239/90: v. p. 99.

Art. 1º. — Sustitúyese, a partir del 1º de marzo de 1990 en el anexo II del dec. 239 del 31 de enero de 1990 el importe que se determina como el adicional art. 4º. dec. 2192/86 correspondiente a las jurisdicciones presupuestarias 50 —Ministerio de Economía y 52— Secretaría de Hacienda, con exclusión del organismo descentralizado 042 - Superintendencia de Seguros de la Nación, por el importe máximo devengado para cada categoría, en tal concepto durante el mes de octubre de 1986, actualizado conforme la política salarial instrumentada respecto del referido adicional.

Art. 2º. — Como consecuencia de lo establecido en el artículo anterior, dispónese el pago de las sumas resultantes de las diferencias, para lo cual facúltase al señor Ministro de Economía a dictar la pertinente resolución que determine los importes correspondientes de las distintas categorías.

Art. 3º. — Reconócese de legítimo abono el pago de las sumas a percibir por los agentes y ex agentes de las jurisdicciones 50 —Ministerio de Economía y 52— Secretaría de Hacienda, correspondientes a las diferencias existentes entre los montos devengados y los efectivamente recibidos en concepto de adicional art. 4º dec. 2192/86 desde el 1º de diciembre de 1986 hasta el 28 de febrero de 1990.

Art. 4º. — Disponer el pago de las sumas que deban percibir los agentes, correspondientes a las diferencias entre lo percibido y lo devengado a partir del mes de diciembre de 1986 y hasta el 28 de febrero de 1990 a efectivizarse de la siguiente forma: Un anticipo a abonarse antes del 28 de febrero del corriente año, por la suma de australes un millón (A 1.000.000.-) a cada agente, excepto de aquél que no fuera acreedor de tal monto en razón de su antigüedad, en cuyo caso, percibirá una cantidad proporcional a la misma. Los saldos de deuda acumulada se pagarán dentro del ejercicio presupuestario 1990 en no menos de ocho (8)

cuotas mensuales y consecutivas actualizadas según el régimen de la ley 22.328.

Art. 5º. — El cobro del anticipo o cualquiera de las cuotas por parte de los agentes que hubieran iniciado o no acciones judiciales contra el Estado, reclamando las diferencias que por la presente se dispone abonar, implicará la automática suspensión del proceso judicial iniciado y la aceptación de soportar las costas en el orden causado, hasta el total cumplimiento de lo previsto en este decreto, momento en el cual se operará el automático desistimiento de los mismos, en la estación procesal en que se encuentre, en iguales condiciones que la suspensión.

Art. 6º. — Determinase, como requisito previo al cobro del anticipo a que se refiere el art. 4º del presente decreto, la obligatoriedad por parte de los agentes involucrados de suscribir el compromiso de conocer y aceptar los términos de las disposiciones emergentes del presente decreto.

Art. 7º. — Modifícase el presupuesto general de la Administración nacional vigente (prórroga del correspondiente a 1989 en virtud de lo dispuesto por el art. 13 de la ley de contabilidad) de acuerdo con el detalle obrante en planillas anexas al presente artículo que forman parte integrante del mismo.

Art. 8º. — Los créditos destinados a atender gastos de ejercicios vencidos no incluidos en residuos pasivos, que se prevén en las partidas específicas por el presente decreto, sólo podrán utilizarse para los conceptos detallados en planillas anexas a este artículo.

Art. 9º. — Derógase la res. M.E. 73 del 22 de enero de 1987 y el dec. 454 del 25 de marzo de 1987.

Art. 10. — Comuníquese, etc. — Menem. — González.

Nota: Las planillas anexas no se publicaron en el Boletín Oficial.

DECRETO 370

Salarios y sueldos — Trabajadores del sector privado comprendidos en convenciones colectivas de trabajo — Otorgamiento de una suma fija.

Fecha: 26 febrero 1990.

Publicación: B. O. 1/3/90.

Art. 1º. — Los trabajadores del sector privado comprendidos en convenciones colectivas de trabajo percibirán una suma fija de australes ciento cincuenta mil (A 150.000) a cuenta de lo que pacten las partes signatarias de esas convenciones, la que se abonará conjuntamente con las remuneraciones correspondientes al mes de febrero de 1990.

Decreto 9/93

D. 578 / Hospitales

9

artículo, con excepción de los correspondientes a matrícula, cuotas sociales o conceptos análogos.

IV— Los contratos que se celebren entre obras sociales y prestadores deberán cumplir las normas del programa nacional de garantía de calidad e incluir criterios de acreditación.

Art. 28. — Corresponderá a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social actualizar las prestaciones obligatorias previstas en el artículo tercero del dec. 9/93. Los agentes podrán pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias. El Ministerio de Salud y Acción Social podrá establecer modalidades de contratación.

Art. 29. — La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social dictará las normas que establezcan los requisitos a cumplir por los prestadores para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, conforme a las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales que disponga la misma Secretaría, de conformidad con el art. 31 de la ley 23.661.

Art. 30. — La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social queda facultada para dictar las normas que establezcan las condiciones para incorporar al seguro nacional de salud, en calidad de prestadores, a los hospitales y demás centros asistenciales a que hace referencia este artículo. Asimismo coordinará con las Provincias la inserción de los hospitales provinciales al sistema de salud.

Art. 31. — Sin reglamentar.

Art. 32. — Sin reglamentar.

Art. 33. — Sin reglamentar.

Art. 34. — Las modalidades, nomencladores y valores retributivos establecidos por el art. 34 de la ley 23.661, no serán de carácter obligatorio, teniendo una finalidad exclusivamente indicativa para los agentes y prestadores del seguro, salvo aquellos que la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social determine de carácter obligatorio.

Art. 35. — Sin reglamentar.

Art. 36. — Sin reglamentar.

Art. 37. — Sin reglamentar.

Art. 38. — Sin reglamentar.

Art. 39. — Sin reglamentar.

Art. 40. — Sin reglamentar.

Art. 41. — Sin reglamentar.

Art. 42. — Se considerarán de máxima gravedad aquellas infracciones cometidas por los agentes del seguro referidas a la prestación de los servicios. El incumplimiento de la cobertura asistencial mínima para el conjunto de los beneficiarios, al igual que la existencia de un déficit financiero que pueda comprometer tal cobertura, serán sancionadas con la cancelación de la inscripción en el Registro de Agentes del Seguro. Los prestadores que cometen fraude en los requisitos para la categorización y acreditación serán excluidos del Registro de Prestadores, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales a que dieran lugar.

Arts. 43 a 52. — Sin reglamentar.

DECRETO 578

Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) — Creación.

Fecha: 1 abril 1993.

Publicación: B. O. 7/4/93.

Citas legales: D. 9/93: Bol. 3/93, p. 8.

Art. 1º — Los agentes del sistema nacional del seguro de salud, a que hace referencia el art. 1º del dec. 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en este decreto, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos que cumplan con lo prescripto en la presente normativa y estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Art. 2º — Créase dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Art. 3º — Las jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa.

Art. 4º — El hospital público de autogestión (HPA) actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas, con capacidad para:

a) Realizar convenios con entidades de la seguridad social comprendidas en las normas vigentes y las que se dicten en relación con las prestaciones que los mismos estén obligados a brindar a sus beneficiarios.

b) Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales.

c) Cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otros similares que estén obligados por normas vigentes dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario.

d) Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional.

e) Toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de descentralización.

Art. 5º — El accionar de dichos establecimientos deberá reunir los siguientes requisitos:

Dol. 11/93

a) Contribuir a la extensión de cobertura de la atención médica.

b) Brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad.

c) Contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional.

d) Desarrollar además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y en la red de servicios que pueda integrar.

e) Implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de atención primaria de la salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica.

f) Promover y desarrollar la capacitación de personal, la educación continua y la capacitación en servicio.

g) Disponer de un área de servicio social que posibilite, entre sus funciones, establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios.

h) Cumplir con los requisitos básicos que establezca el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica elaborado por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

i) Estar habilitados y categorizados por autoridad competente en el marco de dicho programa.

j) Alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que el programa establezca para cada categoría.

k) Aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad que defina la autoridad competente.

Art. 6º — El Hospital Público de Autogestión (HPA), en el marco normativo de su jurisdicción, estará sujeto a las siguientes atribuciones y obligaciones:

a) Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos.

b) Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.

c) Diseñar y proponer a la autoridad jurisdiccional la constitución o implementación de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de cobertura.

d) Designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y categorías, conforme a las normas vigentes en la jurisdicción, como asimismo aceptar las bajas por cualquier concepto.

e) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.

f) Elaborar su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.

g) Extender los horarios de atención de sus servicios brindando asistencia entre las 8.00 y las 20.00 horas, a excepción del servicio de emergencias.

Art. 7º — El Hospital Público de Autogestión (HPA) brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios.

Art. 8º — La Dirección del Establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria. La composición, funciones y atribuciones de la misma serán definidas en la estructura orgánica funcional que establezca el acto formal de descentralización del hospital por parte de la autoridad jurisdiccional.

Art. 9º — En los establecimientos de mediana y alta complejidad, la Dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con participación social cuyas constituciones, atribuciones, obligaciones e integraciones serán definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Art. 10 — El Hospital Público de Autogestión (HPA) continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".

Art. 11. — Los ingresos que perciba el Hospital Público de Autogestión (HPA) por el cobro de prestaciones serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

a) El fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias.

b) El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento.

c) El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y

funciones, de acuerdo a los criterios que la autoridad competente establezca para la implementación.

Art. 12. — La autoridad competente elaborará modelos de apoyo y cooperación para la implementación del modelo de Autogestión y la gestión del recurso humano.

Art. 13. — Los beneficiarios del Seguro de Salud gozarán de la libertad de elección de prestador de servicios de salud.

Art. 14. — Cuando el Hospital Público de Autogestión (HPA) sea el agente del sistema de atención de salud correspondiente, el acuerdo con los servicios de la Secretaría de Salud deberá arancelar los servicios.

Art. 15. — Los seguros de salud que no estén facturados por el Hospital Público de Autogestión (HPA) dentro de los treinta días de la prestación de servicios, serán liquidados mensualmente.

Art. 16. — Veniendo a un acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Autogestión (HPA) podrá ser quien proceda a autorizar la cuenta de los servicios del Seguro de Salud dentro de la misma dentro de los treinta días de efectuada dicha prestación, en los montos de la Ley del Hospital Público de Autogestión (HPA) nacional del seguro de salud, en opinión a la Secretaría de Salud definitiva.

Art. 17. — La Secretaría de Salud, de común acuerdo con el Hospital Público de Autogestión (HPA), incluirá en el Registro de Autogestión (HPA) los servicios de Autogestión (HPA) que por su complejidad y características totalmente los requiera.

Art. 18. — (Transitorio) En marcha del Registro de Autogestión (HPA) inscribir, por única vez, la dependencia que a la presentación de una solicitud de inscripción a la normalización de

y rubricar dentro de la
ción al personal en todos
norma a normas vigentes
ismo aceptar las bajas por

ecución del presupuesto y
os por el propio hospital.

glamento interno y consti-
técnicos asesores.

de atención de sus servi-
ntre las 8.00 y las 20.00
cio de emergencias.

lico de Autogestión (HPA)
a forma igualitaria e indife-
estando obligado a prestar
carentes de recursos, en
servicios.

El Establecimiento deberá
acitación y experiencia en
composición, funciones y
rán unidas en la estruc-
ta el acto formal de
il por parte de la autoridad

mientos de mediana y alta
berá estar secundada por
por un Consejo de Admi-
social cuyas constitucio-
es e integraciones serán
or la autoridad sanitaria

co de Autogestión (HPA)
rios presupuestarios que
el habitual funcionamiento
producción, rendimiento y
endiendo a reemplazar
de "subsidio a la oferta"
nda".

que perciba el Hospital
por el cobro de prestacio-
clamente por el mismo,
dad sanitaria jurisdiccio-
ntro

ción solidaria, asignado
o al desarrollo de accio-
reas prioritarias.

ones, funcionamiento y
ministrado por las auto-

ón mensual entre todo el
ción de categorías y

funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcen-
tajes que la autoridad jurisdiccional determine en base
a criterios de productividad y eficiencia del estableci-
miento.

Art. 12. — La Secretaría de Salud de la Nación
elaborará modelos alternativos de autogestión brindan-
do apoyo y cooperación técnica a las jurisdicciones
para la implementación y desarrollo del Hospital Públi-
co de Autogestión (HPA) y para la formación y capaci-
tación del recurso humano necesario.

Art. 13. — Los agentes del Sistema Nacional del
Seguro de Salud podrán convenir la atención de sus
beneficiarios libremente con dichos hospitales prefe-
rentemente en base a contratos de riesgo con la moda-
lidad de capilación o cartera fija.

Art. 14. — Cuando no exista convenio previo, el
Hospital Público de Autogestión (HPA), podrá facturar
al agente del sistema nacional del seguro de salud
correspondiente, las prestaciones que brinde, de
acuerdo con los valores vigentes que establezca la
Secretaría de Salud de la Nación en base a la modali-
dad de arancel globalizado.

Art. 15. — Los agentes del sistema nacional del
seguro de salud están obligados a saldar el pago de lo
facturado por el Hospital Público de Autogestión (HPA)
dentro de los treinta (30) días corridos de presentada la
liquidación mensual, del 1 al 5 del mes siguiente a la
prestación.

Art. 16. — Vencido dicho plazo y de no mediar
acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Auto-
gestión (HPA) podrá reclamar el pago al ANSSAL,
quien procederá automáticamente al débito de lo fac-
turado de la cuenta del agente del Sistema Nacional
del Seguro de Salud correspondiente y al pago de
la misma dentro de los quince (15) días hábiles de
efectuada dicha retención. En caso de discrepancias
en los montos de la facturación entre el Hospital Públi-
co de Autogestión (HPA) y el agente del sistema
nacional del seguro de salud, el ANSSAL elevará su
opinión a la Secretaría de Salud cuya decisión será
definitoria.

Art. 17. — La Secretaría de Salud de la Nación de
común acuerdo con la jurisdicción respectiva podrá
incluir en el Registro Nacional de Hospitales Públicos
de Autogestión (HPA) a los establecimientos asistenc-
ciales que por su localización geográfica, nivel de
complejidad y características locales no cumplimenten
totalmente los requisitos de la presente normativa.

Art. 18. — (Transitorio) — A los efectos de la puesta
en marcha del Registro Nacional de Hospitales Públi-
cos de Autogestión (HPA), las jurisdicciones podrán
inscribir, por única vez, a todos los hospitales de su
dependencia que adhieran al sistema, con la sola
presentación de una carta intención donde se compro-
metan a adecuar a dichos establecimientos asistencia-
les a la normativa del presente Decreto en los plazos

que convengan la Secretaría de Salud de la Nación con
la autoridad sanitaria de la respectiva jurisdicción.

Art. 19. — El Ministerio de Salud y Acción Social, a
través de la Secretaría de Salud, será el organismo de
aplicación del presente Decreto y como tal queda
facultada para dictar todas las normas complementa-
rias que hagan al cumplimiento del mismo.

Art. 20. — Comuníquese, etc. — Menem. — Aráoz.

DECRETO 581

Convocatoria a elección de diputados naciona-
les para el 3 de octubre de 1993.

Fecha: 1 abril 1993.

Publicación: B. O. 7/4/93.

Art. 1º — Fijase el domingo 3 de octubre de 1993
como fecha para elegir los diputados nacionales que
reemplazarán a aquellos cuyos mandatos finalizan
el 10 de diciembre de 1993.

Art. 2º — El Ministerio del Interior adoptará todas las
providencias que sean necesarias para la normal orga-
nización y realización del acto electoral.

Art. 3º — Comuníquese, etc. — Menem. — Báliz.

DECRETO 582

Policía Federal Argentina — Modificación del
dec. 1866/83.

Fecha: 1 abril 1993.

Publicación: B. O. 7/4/93.

Citas legales: D. 1866/83; XLIII-C, 2692.

Art. 1º — Sustitúyese el texto del art. 841 del
dec. 1866 del 11/8/83, por el siguiente:

Art. 841. Para el cumplimiento de su misión, la
Superintendencia de Bienestar contará con los recur-
sos provistos en el Título VI, capítulo III, de esta regla-
mentación y con los establecidos por otras leyes o
decretos aplicables.

Asimismo el Consejo de Administración, junta-
mente con los jefes de todas las direcciones generales
del área convocados al efecto, podrán propiciar la
aprobación, por parte del jefe de la Policía Federal
Argentina, de aranceles y/o cuotas extraordinarias de
refuerzo que deban fijarse para asegurar su equilibrio
económico-financiero.

ANEXO II

LEYES PROVINCIALES

La Rioja

Ley 5.128 Autoriza a celebrar convenios de prestaciones médico asistenciales

Ley 4.587 Fondo Provincial de Salud

Ley 3.963 Régimen arancelario para prestaciones médicas, paramédicas y servicios específicos

Ley 4.512 Vademécum de medicamentos básicos

Convenio de prestaciones médico asistenciales

Chaco

Ley 3.517 Establecimientos asistenciales. Gratuidad de servicios.

Decreto 1.005/93 Programa de Comunidades Sanitarias Locales (Pro.Co.Sa.L.)

Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Municipalidad de Colonia Elisa

La Pampa

Ley 1.420 Sistema financiero integral de medicina social

LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA, SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

ARTICULO 1º.- Autorizar a la Secretaría de Estado de Salud Pública, a celebrar convenios de prestaciones médico-asistenciales, con Obras Sociales, Compañías de Seguros y cualquier otro organismo público o privado que tenga bajo su dependencia, cobertura asistencial de sus afiliados.-

ARTICULO 2º.- Los Convenios de Prestaciones Asistenciales y su modalidad arancelaria debe responder en un todo a las formulaciones que establece el Nomenclador Nacional de Prestaciones médicas y gastos sanatoriales (Decreto 2935/7 y 35/7) y las modificaciones que introdujere la autoridad competente.-

ARTICULO 3º.- Los recursos que se generen por intermedio de los Convenios mencionados, ingresarán en la cuenta corriente autorizada a la Secretaría de Estado de Salud Pública según lo expresa el Decreto Nº 2346/86.-

ARTICULO 4º.- La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará de inmediato el envío de los fondos provenientes de los Convenios, hacia los hospitales generadores de las prestaciones, según la modalidad operativa del sistema.-

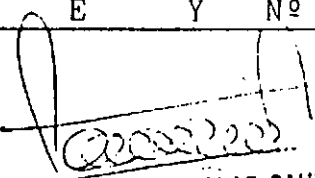
ARTICULO 5º.- La Secretaría de Estado de Salud Pública, deberá informar a la Dirección de Contaduría General de la Provincia, toda vez que se depositen fondos en la "Cuenta de Convenios" para el libramiento del cargo respectivo.-

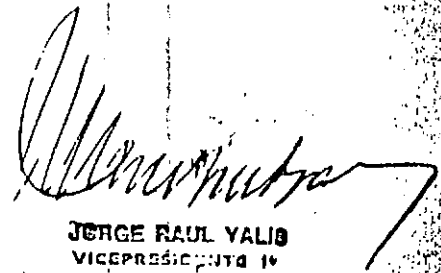
ARTICULO 6º.- Derógase la Ley Nº 3963 y toda otra disposición que se oponga a los términos de la presente Ley.-

ARTICULO 7º.- Comuníquese, publíquese, insértese en el Registro Oficial y archívese.-

Dada en la Sala de Sesiones de la Legislatura de la Provincia, en La Rioja, a catorce días del mes de Diciembre del año mil novecientos ochenta y ocho; Proyecto presentado por los Señores Diputados BUSTOS FIERRO, JUAN B. Y JUAREZ, JULIAN CESAR.-

L E Y Nº 5128.-


DR. CLAUDIO NICOLAS SAUL
PRO-SECRETARIO LEGISLATIVO
A/C. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA
LA RIOJA


JERGE RAUL VALIS
VICEPRESIDENTE IV
CAMARA DE DIPUTADOS - LA RIOJA



PODER LEGISLATIVO
CAMARA DE DIPUTADOS

LA RIOJA

LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA, SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

ARTICULO 1º.- Créase "El Fondo provincial de Salud", el que será destinado a la cobertura de aquellas necesidades que surjan exclusivamente de los establecimientos asistenciales en todo el ámbito de la provincia, cualquiera sea su complejidad y que no puedan ser atendidos por partidas presupuestarias, ya sea por falta de crédito o cuando por esta vía no se asegure la urgencia y oportunidad en la adquisición de los elementos necesarios.-

ARTICULO 2º.- Las necesidades a que se refiere el artículo anterior serán las que demande el funcionamiento de los servicios asistenciales de acción directa sobre los pacientes que concurran al sector público en procura de atención médica. Con excepción de los gastos de personal, cualquiera sea su concepto y de las erogaciones de capital.-

ARTICULO 3º.- El Fondo Provincial de Salud, se integra con los siguientes recursos:

- a) El 25% de los importes recaudados por la Dirección General de Rentas, en concepto de ingresos brutos.-
- b) Todo otro ingreso que por Ley especial se disponga para éste Fondo.-

ARTICULO 4º.- La Administración del Fondo Provincial de Salud, estará a cargo de un Consejo de Administración "Ad-Honorem", que se integrará por tres (3) representantes del sector público y dos (2) representante del sector privado, cuya designación y funcionamiento se efectuará en los plazos y condiciones que determine el Poder Ejecutivo en la Reglamentación respectiva.-

La Dirección de Administración de la Secretaría de Salud Pública, será la encargada de la ejecución operativa, en las condiciones establecidas en la reglamentación.-

ARTICULO 5º.- Los importes pertenecientes al "Fondo Provincial de Salud", ingresarán a una cuenta especial del Banco Provincia de La Rioja, que a tal efecto dispondrá el Poder Ejecutivo.-

ARTICULO 6º.- La distribución del Fondo Provincial de Salud, se efectuará de acuerdo a las necesidades de las distintas zonas sanitarias.-



PODER LEGISLATIVO
CAMARA DE DIPUTADOS
LA RIOJA

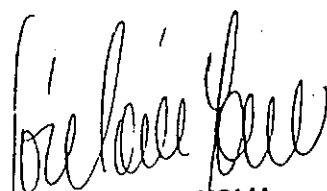
ARTICULO 7º.- El Director y Administrador de las distintas zonas, serán los responsables de la distribución de las partidas que se les asigne.-

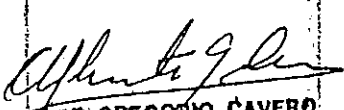
ARTICULO 8º.- Las adquisiciones se efectuarán mediante el procedimiento de contratación directa o concurso de precios. Al efecto fácultase a la Secretaría de Estado de Salud Pública a fijar los montos para la procedencia en ambos casos.-

ARTICULO 9º.- Comuníquese, etc.-

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia, en La Rioja, a diez días del mes de Septiembre del año mil novecientos ochenta y cinco.-

L E Y Nº 4.587


Dr. JOSE TOMAS YOMA
SECRETARIO LEGISLATIVO
H. CAMARA DE DIPUTADOS
LA RIOJA


Prof. ALBERTO GREGORIO CAVERIO
Vicegobernador
Presidente H. Cámara de Diputados
La Rioja

PODER EJECUTIVO
PROVINCIAL

LA RIOJA,

02 OCT. 1985

VISTO: el Expediente N°01075/0- Código 06A- Año 1985, que contiene el texto de la Ley N°4.587, sancionada por la H.Cámara de Diputados de la Provincia. con fecha 10 de Septiembre/85, y la facultad conferida por el Artículo 82° -Inciso 2°-, de la Constitución Provincial,-

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA


D E C R E T A :

ARTICULO 1°.-PROMULGASE como LEY DE LA PROVINCIA, la sanción de la Ley N°4.587, de fecha 10 de Septiembre/85, mediante la cual se crea el "Fondo Provincial de Salud".-

ARTICULO 2°.-El presente Decreto será refrendado por S.Sa. el Señor Ministro de Gobierno e Instrucción Pública.


ARTICULO 3°.-Comuníquese, publíquese, insértese en el Registro Oficial y archívese.-

DECRETO N° 2865


Dr. NICOLAS ANTONIO CARBEL
Ministro de Gobierno e I. Pública


Dr. CARLOS PAUL MENEM
GOBERNADOR

ES FOTOCOPIA FIEL DE ORIGINAL


AMERICO ORLANDO MARTINEZ
Director General de Despacho
Subsecretaría de Gobierno y
Derechos Humanos

La Rioja, 30 de Mayo de 1980.-

VISTO: las facultades legislativas conferidas por la Junta Militar mediante Instrucción N° 1/77 - Art. 5º.-

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA
SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE

L E Y :

- ART.1º.- Apruébase el Régimen Arancelario para Prestaciones Médicas, Paramédicas y Servicios específicos vigente para los establecimientos asistenciales y organismos técnicos, dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en todo el ámbito de la Provincia, como así también para los certificados otorgados a profesionales de la salud y autorizaciones habilitantes de instituciones bajo su fiscalización.-
- ART.2º.- El Poder Ejecutivo procederá a celebrar convenios con entidades dedicadas a la cobertura de los gastos de enfermedad de sus afiliados.-
- ART.3º.- El Arancelamiento Hospitalario será de aplicación según los casos que se mencionan a continuación:
- a) Instituciones públicas o privadas, tal es el caso de obras sociales, asociaciones, federaciones, sindicatos, uniones, etc.
 - b) Compañías aseguradoras.
 - c) Pacientes sin cobertura social, con capacidad económica.-
- ART.4º.- El Arancel para las Prestaciones Médicas, será el fijado por el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales vigentes en todo el país, fluctuará conforme las modificaciones según resolución del Instituto Nacional de Obras Sociales.-
- ART.5º.- El Arancel de aquellas prestaciones que escapen a lo puramente médico, será fijado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, fluctuante según el costo de los mismos.-
- ART.6º.- Los recursos que se generen como consecuencia de la aplicación del Régimen Arancelario, deberán ingresar en el erario provincial, conforme lo determina la Ley de Contabilidad de la Provincia y sus decretos reglamentarios, volcándose posteriormente como "refuerzo presupuestario" a la Secretaría de Estado de Salud Pública y cuya ejecución se ajustará a lo dispuesto por los mencionados instrumentos legales.-
- ART.7º.- El Poder Ejecutivo procederá a reglamentar la presente Ley.-

ART. 8º.- La presente Ley, se firma ad referendum del Ministerio del Interior.-
ART. 9º.- Comuníquese, publíquese, dese el Registro Oficial y archívese.-

EDC: FRANCISCO FREDERICO LIERENA - Comodoro (R) - Gobernador
" PABLO FREDERICO JAVEGA - Comodoro (R) - Ministro de Gobierno e I. Pública

ES C O P I A :

BOLETIN OFICIAL Nº 7719 - Fecha: 13-6-80.-

La comprobación reiterada de una superposición de cobertura médica asistencial en los establecimientos de salud estatales, en los que se presta atención médica gratuita a un porcentaje importante de pacientes que tienen cobertura tencial por obras sociales, así como el empeño del Poder Ejecutivo Provincial, base al aprovechamiento integral de un recurso que, volcado en los organismos efectores, suponga una mayor holgura en su funcionamiento, sin que el mismo mifique, bajo ningún aspecto, el presupuesto de salud asignado dentro del ámbito provincial, han sido los motivos que han movido a esta Secretaría de Estado a carse al estudio de la aplicación de un arancelamiento en sus establecimientos asistenciales sin espíritu de lucro y sin que el mismo suponga bajo ningún aspecto, un accionar competitivo con la actividad privada, con la que evidentemente debe complementar en un armónico y real principio de subsidiariedad.-

Partiendo de la realidad palpable de que los afiliados a obras sociales que concurren a la atención gratuita de un hospital, lo hacen porque su macro supuesto les impide el pago del coseguro, exigido por la obra social al retirarse la autorización para la prestación médica correspondiente es que se ha resuelto dentro del mecanismo de este arancelamiento a implementar, el no pago de este requisito en la liquidación respectiva de los aranceles que, de acuerdo al nomenclador nacional, serán aplicados en todos los casos para las prestaciones efectuadas en los establecimientos asistenciales pertenecientes al subsector público.-

Como contrapartida a esta franquicia y a los fines de no alterar el ritmo y la mecánica interna de funcionamiento, todo lo que hace a la marcha real de un hospital, los pacientes afiliados a cualquier obra social que concurren para atención médica, tendrán iguales prerrogativas que los que lo hacen sin ninguna cobertura social, es decir que no habrá trato preferencial que marque algún tipo de diferencia, tanto sea en los turnos, como en la atención asistencial propiamente dicha. El Hospital bajo ningún aspecto señalará algún tipo especial de preferencia para quien concorra y posea cobertura de obra social.-

Bajo estas premisas que indudablemente señalan normas fundamentales se implementará este procedimiento que abarcará todos los establecimientos asistenciales del subsector público en la Provincia.-

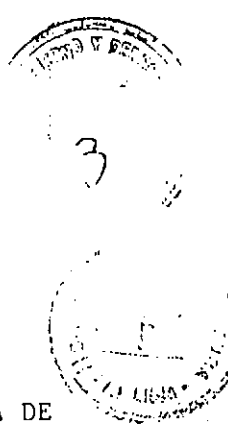
En lo referente a las prestaciones no asistenciales, los aranceles serán fijados en un todo de acuerdo a los reales costos de prestación, los que, lógicamente, fluctuarán acorde al costo de los elementos y materiales a emplear en las mismas.-

Por lo expuesto, se estima conveniente concretar la aplicación del Régimen Arancelario para Prestaciones Médicas, Paramédicas y Servicios específicos vigentes para los establecimientos asistenciales y organismos técnicos, dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en todo el ámbito de la Provincia de La Rioja, como así también para los certificados otorgados a profesionales de la salud y autorizaciones habilitantes de Instituciones bajo su fiscalización de acuerdo al anteproyecto que se acompaña, y en mérito a las facultades legislativas conferidas por la Junta Militar en Instrucción Nº 1/77- Art. 5º.-

FD: PABLO FEDERICO JAVEGA - Comodoro (R) - Ministro de Gobierno e I.P.

ES COPIA: / BOLETIN OFICIAL No 7719 - Fecha: 13-6-80.-

W



LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA, SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

ARTICULO 1º.- Establecese, a partir de la fecha, el Vademécum de Medicamentos Básicos de la Provincia de La Rioja, el que será de uso obligatorio en todos los / establecimientos asistenciales de la Secretaría de Estado de Salud Pública.-

ARTICULO 2º.- La Secretaría de Estado de Salud Pública de La Rioja propondrá al Instituto Provincial de Obras Sociales I.P.O.S. su adhesión al sistema de vademécum establecido en la presente Ley.-

ARTICULO 3º.- Constituyese el Comité Provincial de Medicamentos que entenderá en la confección y periódica actualización del vademécum, y que se integrará por // los siguientes miembros permanentes:

- a) Subsecretario de Salud Pública.-
- b) Director General de Medicina Asistencial.-
- c) Director del Hospital Jurisdiccional "Presidente Plaza".-
- d) Jefe del Departamento de Fiscalización Sanitaria.-
- e) Un representante del Colegio Médico Gremial de La Rioja.-
- f) Un representante del Colegio Médico Gremial de la Ciudad de Chilecito.-
- g) Un representante del Instituto Provincial de Obras Sociales I.P.O.S.-
- h) Un representante de la Confederación general del trabajo-delegación La Rioja, y por los siguientes miembros transitorios: representantes de sociedades científicas, odontólogos, farmacéuticos, u otros especialistas que, a criterio // del Comité Provincial de Medicamentos, fuere necesario incorporar para el análisis de un tema específico.-

ARTICULO 4º.- Serán facultades y responsabilidades del Comité:

- a) Decidir exclusiones o incorporaciones de medicamentos al Vademécum, a propuesta escrita y fundada de los establecimientos y sociedades científicas.-
- b) Supervisar, evaluar y controlar el estricto cumplimiento de la presente Ley,

PODER LEGISLATIVO
CAMARA DE DIPUTADOS

LA RIOJA

//-2-

y de las normas que se establezcan en el tema medicamentos y vademécum Básico /
Provincial.-

ARTICULO 5º.- Los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría /
de Estado de Salud Pública, ajustarán sus trámites de compra a lo indicado en el
vademécum Basico Provincial debiendose asegurar, de cada rubro, una existencia a
propia. Sólo se autorizará la compra de otros medicamentos o material fuera de
este Vademécum, cuando:

- a) El establecimiento disponga de crédito presupuestario.
- b) Haya cumplido el total abastecimiento de los rubros del Vademécum en las can-
tidades establecidas.
- c) Tenga la aprobación del Comité Provincial de Medicamentos.

ARTICULO 6º.- Comuníquese, etc.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legis-
latura de la Provincia, a doce días del mes de junio de mil novecientos ochenta
y cinco.-

L E Y Nº 4.512

Pres. de la Cámara

Sec. de la Cámara

La Rioja

"Año del Esquicontoario de la Provincia de General Juan Facundo Quiroga"

- 1935 - 15 DE FEBRERO 1985 -

PODER EJECUTIVO
PROVINCIAL

LA RIOJA,

18 JUN 1985



VISTO: el Expediente N°00,19-0- Cédulo CDA- Año 1985, que contiene el texto de la Ley N°4.512, sancionada por la H. Cámara de Diputados de la Provincia, con fecha 12 de Junio/85, y la facultad conferida por el Artículo 82° -Inciso 2° de la Constitución Provincial,-

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
D E C R E T A :

ARTICULO 1°.-PRONUNCIAR como Ley de la Provincia, la sanción de la Ley N°4.512, de fecha 12 de Junio/85, mediante la cual se establece el Vademécum de Medicamentos Básicos de la Provincia de la Rioja, el que será de uso obligatorio en todos los establecimientos asistenciales de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

ARTICULO 2°.-El presente Decreto será refrendado por J. Sa. el Señor Ministro de Gobierno e Instrucción Pública.

ARTICULO 3°.-Comuníquese, publíquese, insértese en el Registro Oficial y archívese.

DECRETO N° 1696

RECEBIDO
18 JUN 1985
SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA

DR. DELFOR AUGUSTO
MINISTRO DE GOBIERNO E INSTRUCCION PUBLICA

DR. ADOLFO CARUL MENEM
MINISTRO DE SALUD PUBLICA

ES FOTOCOPIA FIEL DE ORIGINAL

AMERICO ORLANDO MARTINEZ
Director General de Despacho
Subsecretaría de Gobierno y
Derechos Humanos

Hospital Pte. Plaza

CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS

ENTRE la SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA de la Provincia de La Rioja, por una parte, en adelante la Secretaría, representada en este acto por el Doctor - RAUL RODOLFO DE LA FUENTE, Secretario de Estado de Salud Pública, con domicilio en Pelagio B. Luna 336, y el INSTITUTO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL, en adelante - I.P.O.S., representado en éste acto por el señor Presidente don JUAN CARLOS CARRANZA, en virtud de los términos de la Resolución N° con domicilio en calle Pelagio B. Luna 345, ambos de ésta Ciudad, convienen en celebrar el presente contrato, sujeto a la Ley Provincial N° 3456/74 o sus modificaciones que la misma pudiere sufrir, disposiciones legales, administrativas y sus reglamentaciones y a justado a las cláusulas siguientes:-----

PRIMERO: La Secretaría de Estado de Salud Pública de la Provincia de La Rioja por intermedio del Hospital Presidente Plaza de ésta Ciudad, se obliga a la prestación de servicios médicos-asistenciales, conforme al anexo adjunto y que forma parte del presente convenio, a todos los beneficiarios de la Obra Social/ que acrediten debidamente su carácter de beneficiarios. Dichas prestaciones serán de acuerdo a lo establecido en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Gastos Sanatoriales sancionado por intermedio de los Decretos N° 2935/77 y 3115/77 y las modificaciones que introdujere la autoridad competente. La Secretaría de Salud Pública suministrará a la Obra Social el listado de los --// prestadores comprendidos en el presente convenio a la fecha de la firma del presente, así como los responsables de cada servicio (Directores Médicos, etc.), -- las altas y bajas que se produjeran con posterioridad serán comunicadas con anticipación de DIEZ (10) DIAS HABILES.-----

SEGUNDA: Las prestaciones que el Hospital Presidente Plaza realice a afiliados internos y ambulatorios se regulan por el presente convenio y cuyos aranceles serán percibidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública, deberá ser / realizado unicamente en aquel nosocomio, sin perjuicio que con posterioridad se amplíe el ámbito de aplicación del presente convenio a toda la jurisdicción provincial, conforme a las nuevas pautas que se establezcan.-----

TERCERA: La Obra Social se compromete a respetar y difundir a sus afiliados las prestaciones y medios asistenciales y dispondrá además la exhibición permanente del listado pertinente en lugares accesibles a la consulta de aquellos.-----

CUARTA: Ambas partes se comprometen a respetar las normas de trabajo que figuren en el Nomenclador de Prestaciones Médicas y Gastos Sanatoriales y las que figuren en el Anexo I del presente convenio. La Auditoría Médica Compartida tendrá las funciones que establecen los artículos referentes a la misma contenidos en el Anexo I que forma parte del presente convenio.-----

QUINTA: El I.P.O.S., se reserva el derecho de incluir o excluir prestaciones, lo comunicará en forma fehaciente a los respectivos prestadores y será de aplicación obligatoria transcurrido diez (10) días de efectuada la misma.-----

SEXTA: La Obra Social podrá verificar la atención de sus afiliados, así como funciones de asesoramiento, inspección, reconocimiento y control de las prestaciones médicas, toda vez que las mismas sean necesarias.-----

SEPTIMA: La Obra Social abonará a la Secretaría de Salud Pública por los servicios prestados de acuerdo con la nomenclatura y valores arancelarios establecidos en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Gastos Sanatoriales, reducidos en un 25% , a los efectos de solventar las erogaciones que en materia de coseguro deben afrontar los afiliados. La eximición del coseguro será reglamentada por el I.P.O.S.-----

OCTAVA : El I.P.O.S. efectivizará el importe de las facturas dentro del término de treinta (30) días desde la fecha de su presentación. La falta de pago - por parte de la Obra Social dentro del término convenido, no dará derecho alguno a la Secretaría de Salud Pública a percibir intereses, y/o accesorios. La Secretaría de Salud Pública se obliga a codificar todas sus prestaciones de acuerdo al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Gastos Sanatoriales.-----

NOVENA: Las facturas que observaren la Obra Social en razón de contener errores o falta de documentación que imposibiliten su pago deberá ser devueltas a la Secretaría al momento de pago del resto de la facturación correspondiente. El Instituto Provincial de Obra Social se reserva el derecho de efectuar los débitos, créditos u observaciones que correspondieran hasta los sesenta (60) días abonadas las facturaciones las que se practicarán en las liquidaciones subsiguientes.-----

DECIMA: El Instituto Provincial de Obra Social no reconocerá ni abonará las facturas que ingresen con posterioridad mayor a cuarenta y cinco (45) días de realizado el acto médico.-----

DECIMA PRIMERA: Todo hecho que diera lugar a una sanción disciplinaria será juzgada conforme a las normas de la Ley N° 3870 y sus decretos reglamentarios - a la que se sustituyere y por el Régimen Disciplinario, Anexo II del presente convenio.-----

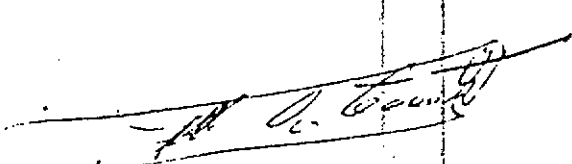
DECIMA SEGUNDA: La duración del presente convenio, se fija por el término de un (1) año a partir de la fecha, pudiendo ser renovado conforme a las nuevas - condiciones que se acuerden. Ambas partes podrán rescindir el presente convenio con treinta (30) días de anticipación, comunicando tal decisión en forma fehaciente a la contra parte. El ejercicio de éste derecho no faculta a la contra parte a reclamación alguna por ningún concepto.-----

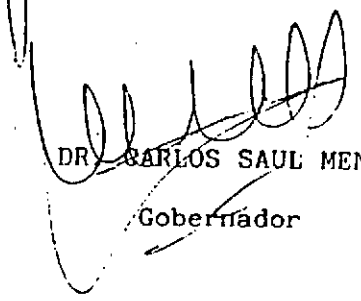
///...-3-

DECIMA TERCERA: Las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la ciudad de La Rioja, haciendo renuncia de cualquier fuero especial que les pudiese corresponder.

DECIMA CUARTA: En prueba de conformidad con las cláusulas que anteceden, con las Normas de Trabajo a convenir que forman parte del presente (que entrará en vigencia dentro de los treinta (30) días de la firma del mismo) y con la Ley N° 3456/74 y demás disposiciones legales, se firman tres ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de La Rioja, a los Tres días del mes de Julio de mil novecientos ochenta y cinco.


JUAN CARLOS CARRANZA
Presidente IPOS


DR RAUL RODOLFO DE LA FUENTE
Secretario E. Salud Pública


DR CARLOS SAUL MENEM
Gobernador


DR. DELFOR AUGUSTO BRIZUELA
MINISTRO DE GOBIERNO E I. PUBLICA

En los establecimientos educacionales de enseñanza pre-primaria y primaria, reemplazará a cualquier otra constancia de salud requerida, a partir del ciclo lectivo 1994.

Art. 4° — El documento sanitario estará a cargo del Ministerio de Salud Pública y Acción Social de la Provincia y deberá contener los siguientes datos:

- Historia clínica perinatal.
- Datos de filiación.
- Estados de nutrición y salud general del niño.
- Maduración neurológica.
- Datos oftalmológicos.
- Datos odontológicos.
- Datos bioquímicos.
- Datos de vacunación.

Cualquier otro dato que sea considerado importante por la autoridad de aplicación del área de salud.

Art. 5° — En caso de extravío deberá solicitarse un duplicado en el centro asistencial público o privado donde frecuente normalmente.

Art. 6° — El Poder Ejecutivo incorporará una partida para atender los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley.

Art. 7° — Comuníquese, etc. — Taibbi. — Torresagasti.

LEY 3516

Salud pública — Normas para la prevención, control y asistencia integral de las enfermedades de transmisión sexual.

Sanción: 8 noviembre 1989.
Promulgación: 27 noviembre 1989.
Publicación: B. O. 8/12/89.

Otras leyes: Ley 15.465: XX-A, 104; Ley 12.317: 1920-1940, 699.

Art. 1° — La siguiente ley está destinada a la prevención, control y asistencia integral de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), en el ámbito de la provincia del Chaco.

Art. 2° — Entiéndase a los efectos de la presente ley, como enfermedad de transmisión sexual a la del grupo de las enfermedades infectocontagiosas donde la trans-

misión sexual es la, o una de las formas de contagio, tales como: Sífilis, secreciones masculinas y femeninas genitales gonocócicas y no gonocócicas, Herpes genital, Papilomatosis venérea, Hepatitis B, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Pitiriasis Pubis, Escabiosis y toda otra existente o que apareciere y cuya transmisión se realice por vía sexual.

Art. 3° — El Ministerio de Salud Pública y Acción Social de la provincia, será el órgano de aplicación de la presente ley y su reglamentación.

Art. 4° — El Ministerio de Salud Pública y Acción Social de la Provincia, implementará un programa permanente de educación sexual sanitaria para prevenir las E.T.S., utilizando todos los medios de difusión que dispusiera para tal fin en coordinación con el Ministerio de Gobierno, Justicia y Educación de la Provincia, y los organismos públicos y privados con competencia en el tema; y la aplicación en su área de las normas de bioseguridad, exigiendo el cumplimiento de las mismas en la seguridad social y la práctica médica privada.

Art. 5° — Coordinará e impulsará con entidades competentes la utilización de métodos preventivos de barrera de calidad comprobada para todas aquellas personas pertenecientes a los grupos de riesgo en especial, y para la población en general.

Art. 6° — Coordinará con las distintas obras sociales la atención de los pacientes afectados según las normas de diagnóstico de tratamiento y de control epidemiológico.

Art. 7° — La denuncia de las E.T.S. es obligatoria para todos los médicos y se ajustará a lo reglamentado por las leyes 12.317 y 15.465.

Art. 8° — Será obligatorio que los establecimientos de salud, laboratorios, bancos de sangre, de órgano, de espermatozoides y similares, tanto públicos o privados de obras sociales, mutuales y otros, detecten serológicamente las E.T.S., en los siguientes casos: donantes de sangre y sus derivados, donantes de órganos y tejidos y espermatozoides, de acuerdo a las normas establecidas para cada uno de estos casos.

Art. 9° — Se estimulará la concurrencia para la detección serológica por medio de acciones de promoción y protección de la salud, a todas aquellas personas que por su profesión, actividad, antecedentes y modo de vida, se encuentren comprendidas en los grupos de riesgo de contraer estas enfermedades, como son: homosexuales, prostitutas, drogadictos heterosexuales, promiscuos, hemofílicos, pacientes sometidos a diálisis y otros.

Art. 10. — Los medios de detección a utilizar, reactivos, aparatos, laboratorios y recursos humanos, serán los científicamente aprobados y el Ministerio de Salud Pública y Acción Social, confeccionará las normas relacionadas con su aprobación y uso. Será también responsable de certificar el control de calidad de los

mismos y ordenará el retiro de aquellos que no respondieran a las normas y calidad requeridas. La reglamentación determinará los plazos y modalidades en que comenzarán a regir las obligaciones a que se refiere el presente artículo.

Art. 11. — El centro de referencia para la detección serológica de HIV y HBS AG y sus estudios complementarios para S. I. D. A., y toda otra virosis que deba ser analizada con igual procedimiento, será el sector de inmunología del hospital de mayor complejidad.

Art. 12. — La autoridad de aplicación implementará los medios necesarios para la protección, tanto física como social de los portadores asintomáticos de HIV.

Art. 13. — La autoridad de aplicación determinará el tratamiento y seguimiento de todas aquellas personas que resultaren afectadas por esta enfermedad, ya con casos comprobados o portadores asintomáticos, de acuerdo a la patología de que se trate y período en que se encuentre. La provincia dispondrá su atención gratuita, si así lo solicitaran en organismos oficiales. En el hospital de mayor complejidad provincial se implementará un sector de internación para pacientes inmunosuprimidos con todos los requerimientos humanos y tecnológicos que posibiliten el tratamiento y recuperación de los pacientes que así lo requieran.

Art. 14. — La autoridad sanitaria agotará los recursos educativos y persuasivos con todas las personas que padecieran una E. T. S., en su período de contagio, y que por su estado patológico pueda constituir un peligro social, para que acepte el tratamiento y control ofrecido en la presente.

En caso de rechazo elevará los antecedentes del caso al juez competente de acuerdo a lo normado en las leyes 12.317 y 15.465 y sus reglamentaciones.

Art. 15. — Comuníquese, etc. — Taibbi. — Muñoz.

LEY 3517

Establecimientos asistenciales. — Gratuidad de sus servicios — Derogación de la ley 2293.

Sanción: 8 noviembre 1989.
Promulgación: 27 noviembre 1989.
Publicación: B. O. 8/12/89.

Otras leyes: Ley 2293: XXXVIII-C, 2828.

Art. 1° — Los servicios de los establecimientos sanitarios oficiales de la provincia serán gratuitos para todas aquellas personas que lo requieran y que no estén protegidas por obras sociales, mutuales para la salud, seguros de igual efecto y no se encuentren comprendidas entre los beneficiarios de leyes laborales que obliguen a sus empleadores a proveerles dicha atención.

Art. 2° — Las obras sociales y entidades similares de cobertura de atención médica, serán responsables del pago de los servicios que reciban sus beneficiarios en la forma que determinen los convenios que con ellas celebre la Subsecretaría de Salud Pública.

Art. 3° — Las compañías de seguro y los empleadores que se constituyan en propios aseguradores abonarán los servicios prestados a sus asegurados y/o dependientes cuando exista una obligación legal o contractual que lo determine. Lo propio lo harán los empleadores y empresas legalmente obligados a la prestación a sus dependientes, realizadas por los servicios enunciados en el art. 1°.

Art. 4° — Los aranceles a que se refiere la presente ley, serán los establecidos por el Poder Ejecutivo nacional para las obras sociales a través de las normas y procedimientos vigentes a la fecha de efectuarse las prestaciones.

Art. 5° — Las recaudaciones obtenidas al amparo de la presente ley ingresarán a una cuenta especial denominada Fondo de Recupero de Gastos en Salud, que será administrada por la Subsecretaría de Salud Pública, en un cincuenta por ciento (50 %), y el otro cincuenta por ciento (50 %), deberá coparticipar al establecimiento asistencial correspondiente, debiendo transferir dichos fondos en el plazo de quince (15) días de haber sido percibidos.

Los montos asignados a cada establecimiento sanitario por aplicación del presente artículo serán utilizados exclusivamente bajo la responsabilidad del director del establecimiento, el que conforme a las leyes vigentes en la materia, procederá a la ejecución de los mismos de acuerdo a las necesidades del servicio.

Art. 6° — También serán gratuitos los servicios derivados de las acciones de promoción y protección de la salud y las destinadas a patologías determinadas por planes especiales del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

Art. 7° — El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los sesenta (60) días de su vigencia.

Art. 8° — Derógase la ley 2293 —de facto—.

Art. 9° — Comuníquese, etc. — Taibbi. — Muñoz.

LEY 3522

Régimen especial de regularización y facilidades de pago para obligaciones tributarias.

Sanción: 22 noviembre 1989.
Promulgación: 30 noviembre 1989.
Publicación: B. O. 15/12/89.

Otras leyes: Cód. Tributario: XXIII-A, 480.

Provincia del Chaco
PODER EJECUTIVO

16 JUL 1993

VISTO:

El Expediente N° 300-250693-5469/E; y

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud Pública y Acción Social propicia la aprobación del PROGRAMA DE COMUNIDADES SANITARIAS LOCALES;

Que dicho Programa constituye una estrategia a corto plazo para que los establecimientos sanitarios oficiales se organicen y funcionen en forma descentralizada;

Que la descentralización administrativa encarada, en esta primera etapa, es parcial y circumscripita a la ejecución presupuestaria y constituye una forma de encauzar las posibilidades de participación de la comunidad a través de sus instituciones, en las acciones sanitarias y, al mismo tiempo, identificar las formas y mecanismos adecuados para ampliar la descentralización a otros aspectos de la organización y gestión de las dependencias sanitarias con miras a un modelo de sistema de salud acorde con las tendencias actuales de la actividad estatal;

Que la aplicación del Programa será gradual y mediante la incorporación al mismo de aquellos hospitales con un mínimo de capacidad de autogestión en localidades en las que las entidades públicas o privadas reúnan condiciones y demuestren interés en participar institucionalmente en las acciones sanitarias;

Que el PROGRAMA, a la vez que posibilita la programación y gestión local de las acciones de salud, asegura la normatización general de las mismas por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social, a fin de mantener la unidad de políticas y la coordinación de criterios y actividades;

Que los Pro.Sa.L. contemplan las características y necesidades sanitarias locales, aplicando los programas y políticas generales, especialmente en lo referido a la atención primaria de la salud, contemplando las áreas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;

Que la descentralización administrativa parcial encarada requiere que las Co.Sa.L. estén habilitadas para realizar contrataciones de bienes y de servicios no personales de acuerdo al presupuesto aprobado, las necesidades a satisfacer y las condiciones de operabilidad frente a mejores ofertas;

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DEL CHACO

D E C R E T A :

ARTICULO 1º: APROBAR el PROGRAMA DE COMUNIDADES SANITARIAS LOCALES del Ministerio

ES COPIA

Dr. ROLANDO JOSE TAUQUINAS
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHACO

Dr. VICTOR HUGO ROUSSEAU
Ministro de Salud Pública y Acción Social

C.P.N PABLO ENRIQUE GRUBER
MINISTRO DE GOBIERNO JUSTICIA Y EDUCACION

Dr. CAMILO RUBEN FRANGIOLI
Ministro de Agricultura y Ganadería

SUSAN YOTOFF
Ministerio de S. Pública y Ac. Social

///2.-

de Salud Pública y Acción Social, que como Anexo I forma parte del presente Decreto.

ARTICULO 2º: FACULTAR al Ministerio de Salud Pública y Acción Social a celebrar los convenios para la instrumentación del Programa aprobado por el Artículo 1º del presente.

ARTICULO 3º: Las Co.Sa.L. creadas por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social regularmente constituidas, a través de las Direcciones de los establecimientos sanitarios respectivos, podrán efectuar contrataciones de bienes o servicios no personales, excepto las imputables a la partida de honorarios y retribuciones a terceros, por concurrencia de precios o contrataciones directas del artículo 26 de la Ley N° 1095 "de fisco" hasta el monto de PESOS CINCO MIL (\$ // 5.000.-), de acuerdo con el Régimen de Contrataciones, siempre que estuvieran / previstas en el presupuesto aprobado por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social y contarán con fondos disponibles para el gasto.

ARTICULO 4º: El Ministerio de Salud Pública y Acción Social aumentará la asignación de fondos a las Co.Sa.L. en proporción al incremento de la cobertura sanitaria por período mensual o a la disminución de gastos de personal por iguales períodos o en casos de medidas sanitarias de emergencia o excepcionales que incrementen las prestaciones.

ARTICULO 5º: El gasto emergente de lo dispuesto en el presente, se imputará a la respectiva partida del presupuesto del MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ACCION SOCIAL, de acuerdo con la naturaleza de la erogación.

ARTICULO 6º: El presente Decreto, será refrendado en Acuerdo General de Ministros.

ARTICULO 7º: COMUNIQUESE, úse al Registro Provincial, publíquese en forma sintetizada en el Boletín Oficial y archívese.

DECRETO N° **1005-**

Dr. ROLANDO JOSE TAUQUINAS
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHACO

Dr. VICTOR HUGO ROUSSEAU
Ministro de Salud Pública y Acción Social

C.P.N. PABLO ENRIQUE GRUBER
MINISTRO DE GOBIERNO JUSTICIA Y EDUCACION

Dr. CAMILO RUBEN FRANGIOLI
Ministro de Agricultura y Ganadería

ES COPIA



SUSANA YOTOFF
Secretaría General
Ministerio de S. Pública y Ac. Social

PROGRAMA DE COMUNIDADES SANITARIAS LOCALES1. PROPOSITO

Establecer mecanismos de descentralización administrativa y presupuestaria de las acciones de salud, en forma gradual y de acuerdo a la capacidad de gestión de los establecimientos sanitarios oficiales y de las entidades de cada localidad.

2. OBJETIVOS

1. Favorecer la planificación, ejecución y evaluación de las acciones sanitarias a nivel local a fin de que mejoren la cantidad de las prestaciones en las áreas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de acuerdo con las necesidades y características de la población.
2. Identificar fuentes y mecanismos de gestión de recursos así como la aplicación y rendimiento de éstos a nivel local.
3. Desarrollar estrategias que favorezcan la participación de la comunidad local, a través de sus instituciones, en el proceso de salud.

3. RESPONSABLES

1. Del proceso de desarrollo del Programa y de las unidades locales: Subsecretaría de Salud Pública Área Metropolitana y Subsecretaría de Salud Pública Área Interior.
2. De conducción general y de asesoramiento: Direcciones de Zonas Sanitarias.
3. De ejecución: Comunidad Sanitaria Local. (Co.Sa.L.)

4. DURACION: 1° de julio a 31 de Diciembre de 1993.

5. FINANCIAMIENTO: + Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

+ Aportes de las entidades participantes.

+ Aportes especiales.

+ Recursos generados en la gestión.

6. BENEFICIARIOS: Población urbana y rural de la localidad.

Dr. *[Firma]*
Ministro de Salud Pública y Acción Social

LUCIA *[Firma]*
Min. de Salud Pública y Acción Social

Dr. ROLANDO JOSE TAUQUINAS
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHACO

Dr. VICTOR HUGO ROUSSEAU
Ministro de Salud Pública y Acción Social

Dr. PABLO ENRIQUE CRUZER
Ministro de Gobierno Interior y Educación
Dr. CAMILO RUBEN FRANGIOLI
Ministro de Agricultura y Ganadería

G.P.M. MILCIADES DUKE
CONTADOR GENERAL DE LA PROVINCIA

Dr. *[Firma]*
Min. de Salud Pública y Acción Social

SUSANA YOTOFF
Secretaria General
Ministerio de S. Pública y Ac. Social

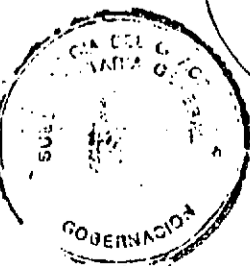
ES COPIA

7. METODOLOGIA

- 7.1. Incorporación: Se incorporarán al Programa aquellos establecimientos sanitarios de localidades en las que las instituciones del medio, públicas o privadas, estén en condiciones técnicas, económicas y financieras de participar, con las autoridades sanitarias, en la gestión administrativa y económica del establecimiento.
- 7.2. Planificación, ejecución y evaluación: Estarán a cargo de la COMUNIDAD SANITARIA LOCAL (Co.Sa.L.), se harán a nivel local. Las Co.Sa.L. estarán integradas por representantes del establecimiento sanitario, de las entidades participantes y/o de la comunidad, de acuerdo a las características de la organización local.
- 7.3. La planificación, ejecución y evaluación de acciones sanitarias locales se ajustarán a las necesidades y características de la localidad y a los programas y lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.
- 7.4. Integración: La integración de las Co.Sa.L. por entidades, públicas o privadas, locales estará condicionada y será proporcional al nivel de recursos que aporten al sistema y de los mecanismos de administración que comprometen.
- 7.5. Aprobación: El Ministerio de Salud Pública y Acción Social aprobará los Programas Sanitarios Locales (Pro.Sa.L.), supervisará la ejecución de los mismos e impartirá las pautas para ajustes al Programa y a los lineamientos generales.
- 7.6. Instrumentación: La incorporación al PROGRAMA se instrumentará por convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Acción Social y la/s entidades locales, en el que se establecerán los aportes, derechos, obligaciones, responsabilidades, procedimientos y condiciones generales, dentro de las pautas generales del PROGRAMA y atendiendo a las características de la localidad.
- 7.7. Lineamientos para la programación local: Los Pro.Sa.L. deberán contemplar como mínimo:
- * Mayor énfasis en la protección y promoción de la salud.
 - * Orientación a la atención programada, con enfoque de riesgo, para grupos vulnerables con mayor necesidad.
 - * Orientación hacia la erradicación y control de enfermedades.
 - * Identificación, aplicación y análisis de lo epidemiológico-social en la situación de salud local.
 - * Medidas de saneamiento básico y protección de la salud a través del medio ambiente (saneamiento y bromatología).

Dra. LUCIA SCHWARTZ DE ROUSSEAU

MINIST. SALUD PUBLICA Y ACCION SOCIAL

LUCIA SCHWARTZ DE ROUSSEAU
Asesora Legal
Min. de Salud Pública y Acción SocialDr. ROLANDO JOSE TAQUINAS
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHACODr. VICTOR HUGO ROUSSEAU
Ministro de Salud Pública y Acción SocialDr. PABLO ENRIQUE GRUBER
Ministro de Gobierno, Justicia y EducaciónDr. CARLO RUBEN FRANZIOLI
Ministro de Agricultura y GanaderíaRODOLFO RUIZ DIAZ
DIRECTOR de
Contador. Norm. Legales y
Ejecución
GobernaciónCPN. MIGUEL DE LA CRUZ
CONTADOR GENERAL DE LA PROVINCIASUSANA YOTOFF
Secretaria General
Ministerio de S. Pública y Acc. Social

- * Medidas para desarrollo social.
- * Medidas para evaluar la cobertura de salud.

Los principios para la programación local serán:

- * Las estrategias de la atención primaria de la salud (A.P.S.) se adoptarán de acuerdo a las necesidades y características de la zona.
- * Las acciones sanitarias comprenderán la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- * Las acciones sanitarias son universales y desarrolladas con equidad, - igualdad y eficiencia.
- * La recuperación de recursos por el sistema garantiza la cobertura a - personas y grupos carentes (gratuidad).
- * La programación y lineamientos generales, de la Nación y la Provincia, se aplicarán, con las adaptaciones propias para la localidad.

7.8. Las Co.Sa.L.

1. Miembros: Estarán integradas por uno (1) a tres (3) representantes - del establecimiento sanitario, uno (1) a tres (3) representantes de - una/o entidad/es que participen; podrá integrarse también un (1) representante de otras entidades públicas o privadas cuyo objeto y/o actividad sea de interés para la comunidad. La cantidad de representantes se establecerá en el convenio y dependerá de la complejidad del establecimiento.

2. Carácter: Las Co.Sa.L. serán unidades de programación, conducción y - evaluación de los Pro.Sa.L. y tendrán las atribuciones, deberes y responsabilidades que surjan del PROGRAMA y que se establezcan en el convenio respectivo.

Los Directores de los establecimientos sanitarios ejecutarán las medidas adoptadas por las Co.Sa.L., salvo en los casos contrarios a la - legislación y reglamentación aplicable al caso.

7.9. Asesoramiento

Serán dependencias de asesoramiento permanente, sin perjuicio de sus facultades como instancia jerárquica, las Direcciones de Zonas Sanitarias competentes.

En cada Co.Sa.L. podrá formarse una Comisión Asesora o Consejo de la Comunidad, formada por representantes de grupos, institucionales o sociales, de la localidad, cuya participación y forma de elección se especificarán en cada convenio.

7.10. Apoyo: Las dependencias del Poder Ejecutivo que, directa o indirectamente, por sus funciones, sean requeridas, brindarán apoyo, colaboración y asesoramiento en forma permanente, oportuna y fluida a las Co.Sa.L.

Dr. JORGE M. ...
Min. de Salud Pública y Acción Social

LUCIA SCHWARTZ DE ROUSSEAU
Min. de Salud Pública y Acción Social

Dr. ROLANDO JOSE TAUQUINAS
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHASCO

Dr. VICTOR HUGO ROUSSEAU
Min. de Salud Pública y Acción Social
C.P.N. PABLO ENRIQUE GRUBER
MINISTRO DE GOBIERNO JUSTICIA Y EDUCACION

Dr. ...
Min. de Salud Pública y Acción Social

R. POLDO RUIZ DIAZ
Director de
Control, Norm. y Asesoría
Subcomisión
de Coordinación

C.P.N. ...
CONTADOR GENERAL DE LA PROVINCIA

SUSANA YOTOFF
Secretaria General
Ministerio de S. Pública y Ac. Social

7.11. Recursos: Los recursos con que contarán las Co.Sa.L. serán:

1. Los aportes en personal, permanente y transitorio, del Ministerio de Salud Pública y Acción Social, de acuerdo a la planta funcional aprobada para el Pro.Sa.L.
2. Los aportes de bienes de capital y de consumo del Ministerio de Salud Pública y Acción Social de acuerdo al presupuesto aprobado y sus disponibilidades.
3. Los fondos asignados por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social para gastos de funcionamiento de acuerdo al presupuesto aprobado para el Pro.Sa.L..
4. Los cobros por recupero de gastos en salud a obras sociales, compañías de seguro y otros obligados al pago de acuerdo a la reglamentación vigente.
5. Fondos especiales asignados por la Provincia, la Nación u otras entidades oficiales.
6. Donaciones, legados y cualquier otro aporte por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas.
7. El producido de la venta de bienes en deuso autorizada por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.
8. Aportes en personal, bienes de capital o de consumo o gastos de funcionamiento que deban realizar las entidades incorporadas de acuerdo al convenio y presupuesto aprobado.
9. Otros recursos asignados o recibidos de acuerdo a la legislación y reglamentación vigente.

7.12. Evaluaciones

Las actividades de todo tipo de las Co.Sa.L. serán evaluadas por las dependencias o comisiones que al efecto establezca el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

En forma periódica o cuando resulte necesario, la evaluación estará a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública competente.

En casos de divergencias, como previo a la suspensión o cancelación del PROGRAMA, el Ministerio de Salud Pública y Acción Social formará un comité evaluador y asesor en el que participarán representantes de las instituciones participantes a fin de establecer medidas de corrección y/o ajuste del sistema, con miras a la prosecución del Pro.Sa.L.

7.13. Capacitación: Los agentes de los establecimientos sanitarios y de las entidades participantes de las Co.Sa.L. recibirán capacitación específica, continua o a demanda a los fines del PROGRAMA.

DR. LUCIA MAYORANA
SECRETARIA LEGAL
MINIST. SALUD PUBLICA Y ACC. SOCIAL

LUCIA SCHWARTZ ROUSSEAU
SECRETARIA LEGAL
MIN. de Salud Pública y Acción Social

DR. ROLANDO J. YAUQUIN
GOBERNADOR
PROVINCIA DEL CHACO

DR. ENRIQUE HUGO ROUSSEAU
Ministro de Salud Pública y Acción Social
C.P.N PABLO ENRIQUE GRUBER
MINISTRO DE GOBIERNO JUSTICIA Y EDUCACION

Dr. CAMILO RUBEN FRANCIOLI
Ministro de Agricultura y Ganadería

ES COPIA

RODOLFO RUIZ DIAZ
Subsecretario de
Omníalor, Norm. Legislativa
Suborgan o
Gobernación

COMISION GENERAL DE ASISTENCIA

SUSANA YOTOFF
Secretaria General
Ministerio de S. Pública y Ac. Social



CONVENIO

- - - - Entre el Ministerio de Salud Pública y Acción Social, representado por el Sr. Ministro Dr. VICTOR HUCCO ROUSSEAU, en adelante "EL MINISTERIO", - por una parte y la Municipalidad de Colonia Elisa representada por el Sr. Intendente Don ANGEL ERNESTO GOUJON, en adelante "LA MUNICIPALIDAD", por la otra parte, acuerdan on celebrar el presente convenio que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Ambas partes acuerdan desarrollar el PROGRAMA DE COMUNIDADES SANITARIAS LOCALES (PRO.CO.SA.L.) aprobado por Decreto N° 1095/93, en el Hospital "Sargento Cabral" de la localidad de Colonia Elisa.

SEGUNDA: "EL MINISTERIO" se compromete a:

1. Efektuar los aportes previstos en el PRO.CO.SA.L., para el desarrollo del mismo y de acuerdo a sus posibilidades.
2. Aportar la suma de PESOS MIL SETECIENTOS OCHENTA (\$ 1.700.-) mensuales para los gastos de funcionamiento del PRO.SA.L. los que se ejecutarán de acuerdo al presupuesto aprobado y a la legislación y reglamentación vigente.
El monto se incrementará, en períodos mensuales, en forma proporcional a la disminución de los gastos en personal, al aumento de la cobertura sanitaria y/o al incremento de prestaciones por programas especiales o por brotes epidémicos, epidemias o emergencias sanitarias.

TERCERA: "LA MUNICIPALIDAD" se compromete a:

1. Aportar recursos físicos, humanos y económicos para la organización y funcionamiento de la CO.SA.L. y para el desarrollo del PRO.CO.SA.L. de acuerdo a sus posibilidades.
2. Desarrollar actividades para la protección del medio ambiente.
3. Desarrollar actividades de promoción social.

CUARTA: La CO.SA.L. (Comunidad Sanitaria Local) estará integrada por:

a) REPRESENTANTES DE "EL MINISTERIO"

1. Dr. JUAN MANUEL BERYSTAIN (D.N.I.N° 13.813.158)
2. Sra. ELDA GAUNA (L.C.N° 5.406.124)
3. Sra. LIDIA CONSTANTE DE MONTENEGRO (D.N.I.N° 13.128.993)

b) REPRESENTANTES DE "LA MUNICIPALIDAD"

1. SR. ANGEL ERNESTO GOJON (D.N.I.N° 8.046.270)
2. SR. CARLOS VICENTE TORRES (D.N.I.N° 10.026.160)
3. DRA. HILDA GRACIELA PEREYRA (D.N.I.N° 12.643.243)

• El reglamento interno de la CO.SA.L. establecerá las causas y procedimientos para remover y reemplazar a los reemplazantes.

QUINTA: Serán funciones de la CO.SA.L. las establecidas en el PROGRAMA y las siguientes:

- 1) Programar, ejecutar y evaluar las acciones sanitarias a desarrollar en el Hospital "Sargento Cabral" de Colonia Elisa.
- 2) Informar mensualmente a la autoridad sanitaria competente la marcha del Programa.
- 3) Determinar prioridades y asesorar al Director del Hospital en materia de administración y ejecución presupuestaria.
- 4) Participar en la ejecución del presupuesto aprobado.
- 5) Elaborar el presupuesto de la CO.SA.L. y elevarlo para la aprobación por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.
- 6) Coordinar con prestadores, directos o indirectos, de acciones de salud, públicos o privados, acciones tendientes a ampliar la cobertura sanitaria.
- 7) Elaborar su reglamento de funcionamiento y elevar para su aprobación por el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.
- 8) Suscribir comodatos a fin de administrar los bienes del Hospital o adquirir su uso.
- 9) Proponer ampliaciones para cobertura de prestaciones de acción social.

SEXTA: Serán obligaciones de la CO.SA.L. las establecidas en el PROGRAMA y las siguientes:

- 1) Cumplir y hacer cumplir los lineamientos, programas y políticas sanitarias generales del Ministerio de Salud Pública y Acción Social

- 2) Rendir cuentas de gastos y recursos en periodos mensuales.
- 3) Desarrollar actividades de docencia, investigación y auditoría de acuerdo a los lineamientos generales y al PRO.SA.L. .
- 4) Asegurar eficiencia en la organización, funcionamiento y servicios del establecimiento.
- 5) Adecuar la relación costo/beneficio.
- 6) Establecer mecanismos para aprovechar los recursos del sistema y de la comunidad.
- 7) Ejecutar el recupero de gastos de salud de acuerdo a la legislación y reglamentación vigente.
- 8) Establecer y desarrollar mecanismos de información a fin de identificar la demanda.

SEPTIMA: La CO.SA.L. se reunirá con la periodicidad que fije su reglamento interno. Las deliberaciones y conclusiones deberán consignarse en actas numeradas. Sesionará válidamente con por lo menos el sesenta (60) por ciento de los representantes designados. Las recomendaciones, decisiones y conclusiones deberán ser adoptadas al menos con la mayoría de los representantes presentes.

El Director del Hospital será el responsable de arbitrar las medidas para que se cumplan las recomendaciones, programas y decisiones de la CO.SA.L. y para canalizar las propuestas y conclusiones de la misma ante las autoridades competentes, salvo los casos en que no encuadren en la legislación y reglamentación aplicable al caso.

OCTAVA: Los bienes de cualquier tipo que sean adquiridos por la CO.SA.L. serán incorporados al patrimonio del Hospital de acuerdo a la reglamentación vigente, salvo aquellos que hayan sido cedidos en comodato.

NOVENA: El presente convenio regirá hasta el 31 de Diciembre de 1.993 y se renovará automáticamente por periodos semestrales consecutivos. Podrá ser rescindido por cualquiera de las partes dando previo aviso por medio fehaciente con no menos de treinta (30) días de antelación.

DECIMA: DOMICILIOS: A todos los efectos las partes fijan sus domicilios en: Marcelo T. de Alvear N° 145, 8° Piso, Resistencia (Chaco) "EL MINIS-

TERIO" y en Colonia Elisa (CHACO) "LA MUNICIPALIDAD", en lo que serán válidas las comunicaciones.

- - - - En prueba de conformidad y a los efectos de su fiel cumplimiento, se firman cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, en Resistencia, Capital de la Provincia del Chaco, a los días del mes de de 1.923.-----

za para programas de salud o investigación, siempre que no afecten el normal desarrollo de los programas financiados con fondos de la Nación;

- c) El pago del arancelamiento de las prestaciones hospitalarias;
- d) Las donaciones y legados al Sistema Financiero Integral de Medicina Social;
- e) Los Organismos Internacionales, nacionales, y municipales públicos o privados en calidad de subsidios y/o préstamos, reintegrables o no;
- f) Prestaciones efectuadas por profesionales ajenos al sistema, que mediante convenios realicen actividades en Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública;
- g) Prestaciones efectuadas por profesionales con dedicación parcial en el sistema, que mediante convenios realicen internaciones y/o prácticas en Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública.

Los excedentes resultantes al cierre de cada ejercicio financiero serán contabilizados como recursos propios para el ejercicio siguiente.

Artículo 3º.— Los fondos provenientes del Sistema Financiero Integral de Medicina Social se incorporarán al Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, como recursos propios de la Subsecretaría de Salud Pública.

Artículo 4º.— Los Fondos a que se refiere el Artículo 2º se distribuirán con el siguiente destino:

- a) Funcionamiento de los Establecimientos Asistenciales;
- b) Programas de atención médica;
- c) Inversiones de bienes de capital;
- d) Retribuciones adicionales de servicios profesionales y/o técnicos del sector público, así como bonificaciones o estímulos especiales para el personal de Salud Pública;
- e) Mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal de Salud Pública;
- f) Perfeccionamiento del recurso humano;
- g) Retribuciones de servicios profesionales y/o técnicos del sector privado; y
- h) Honorarios de los profesionales a que se refieren los incisos f) y g) del Artículo 2º.

Artículo 5º.— El Poder Ejecutivo determinará la distribución de los recursos indicados en el Artículo 2º, pudiendo disponer de parte del importe que se perciba de los incisos a) y c) para destinarlos a bonificaciones o estímulos especiales para el personal profesional, técnico, administrativo y de mantenimiento de los Establecimientos Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública en las formas y proporciones que establezca.

Artículo 6º.— El Poder Ejecutivo podrá disponer la transferencia de los recursos a que se refiere la presente Ley para ser administrados por las autoridades de cada Establecimiento Asistencial de acuerdo con las pau-

las que les fije.

Artículo 7º.— En la reglamentación se establecerán los requisitos a que deberán ajustarse los convenios a que hace referencia el Artículo 2º, así como la competencia para suscribirlos con ajuste a las disposiciones legales vigentes.

Artículo 8º.— Las sumas que se adeuden derivadas de convenios, contratos o arancelamientos vinculados con la aplicación de la presente Ley podrán ser cobradas de las personas o entidades obligadas a sus pagos, mediante la vía del apremio, establecida en el Código Fiscal, a cuyos efectos la reglamentación determinará la competencia para firmar el correspondiente título ejecutivo y establecerá las adecuaciones que resulten necesarias para aplicar el sistema a estos créditos.

Artículo 9º.— El Poder Ejecutivo reglamentará la posibilidad de financiar el pago del arancel a las personas con bajos ingresos, como así también la excepción del pago a los pacientes que fundamenten la imposibilidad de efectivizar el mismo.

Artículo 10º.— Derógase la Ley nº 822 y toda otra disposición que se oponga a lo establecido en la presente Ley.

Artículo 11º.— Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA en la Sala de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa, en Santa Rosa, a los quince días del mes de octubre de mil novecientos noventa y dos.

Ibrahim Fund Lucca, Vice-Presidente 1º H. Cámara de Diputados Provincia de La Pampa.
Dr. Mariano A. Fernández, Secretario Legislativo H. Cámara de Diputados, Provincia de La Pampa.

EXPEDIENTE Nº 5774/92.

SANTA ROSA, 23 de Octubre de 1992

Por Tanto:

Téngase por Ley de la Provincia. Dése al Registro Oficial y al Boletín Oficial, cumplase, comuníquese, publíquese y archívese.

DECRETO Nº 2195/92.

Dr. Rubén Hugo Marín, Gobernador de La Pampa. Silvia E. Gallego de Soto, Ministro de Bienestar Social.

SECRETARÍA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN: 23 de Octubre de 1992.

Registrada la presente Ley, bajo el número MIL CUATROCIENTOS VEINTE (1.420).

Cándido Hipólito Díaz, Secretario General de la Gobernación.

**LEY Nº 1420 — CREANDO EL SISTEMA FINANCIERO INTEGRAL
DE MEDICINA SOCIAL, EN EL MINISTERIO DE
BIENESTAR SOCIAL DE LA PROVINCIA. —**

**LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA
PROVINCIA DE LA PAMPA
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:**

Artículo 1º. — Créase el Sistema Financiero Integral de Medicina Social, en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia.

Artículo 2º. — El Sistema Financiero Integral de Medicina Social incorporará como recursos propios los provenientes de:

- a) Las instituciones de Seguridad Social de jurisdicción nacional, provincial o municipal, públicas o privadas, con las cuales se hayan celebrado o no convenios de prestación de servicios;
- b) Las contribuciones de cualquier naturaleza.

ANEXO III

Algunos datos sobre la estructura de salud

	1970	1985
-FBI/Cápita U\$S	2.450	2.200
-Gasto en salud % PBI	7.75	8.2
U\$S Cápita	190.3	177.8

Obras Sociales

Población	8.200.000	22.300.000
Gasto en salud Mill. de U\$S	1.014	2.129
Benef./año U\$S	123.6	95.4

Cuadro 2. Fuentes: CONCISA-INOS y ACINDES

Utilización de servicios
Egresos según vías de financiamiento

-SECTOR	1967 (A)	1980 (A)	1985 (B)
-Público %	40.0	29.9	
-Obras sociales %	20.3	49.7	
-Directo %	39.7	20.4	
-TOTAL %	100.0	100. 0	

Egresos cada 100 habitantes año

-Público			
-Obras Sociales			8.7

-Directo			
-TOTAL	5.1	6.6	

Cuadro 3. Fuentes: a) Encuesta utilización SS/1982.
b) SESOS-INDS / 1987

Utilización de Servicios
Consultas según vías de financiamiento

	1969 (A)	1988 (A)	1985 (B)
-Público %	27.5	14.4	
-Obras Sociales %	16.1	45.6	
-Directo %	56.4	40.0	
TOTAL %	100.0	100.0	

Nro Consulta / Habitante / Año

-Público			
-Obras Sociales			3.9
-Directo			
TOTAL	7.2	6.2	

Gastos en medicamentos

-Sector	%	En Millones de US\$
Público	6.3	
Obras Sociales	28.1	
Directo	67.2	
País	29.6	1.609

Cuadro 5 Fuente CONCISA / 85

Canas por sector

	1964 %	1969 %	1988 %	1988 Nro	1987(2) Nro
Público	75.9	73.0	63.2	94.383	

-Obras Sociales	3.5	3.7	5.4	8.677	
Privado	28.6	21.4	31.4	47.048	55.000
TOTAL País	100.0	100.0	100.0	150.010	

Cuadro 6 Fuentes SS / DES años 64 - '90 CONFLECLISA

Equipos de Alta Complejidad por

Sector

	Públicos	Privados	Totales
Tomógrafos Computados	3	42	45
Gama Canales	14	74	88
Acelerador lineal	3	7	10
Bomba Cobalt	19	61	80

Obras Sociales Republica Argentina

Tipo	%	Nro Beneficiarios
-Obras Sociales Ley 22.269	57.5	17.306.000
-O.S FF.AA. y Seguridad	3.5	1.046.000
-Población Cubierta	74.3	22.357.000
-Población no cubierta o descubierta	25.7	7.739.000
-Obras Provinciales	13.3	4.005.000
TOTAL	100.0	30.096.000

Cuadro 8. Fuente: INOS / 85

Gasto en Salud por cápita en las Obras

Sociales

TIPO DE OBRA SOCIAL	U\$S/Cápita
---------------------	-------------

-Administración Mixta	114.9
-Sindicales	49.9
-Personal de dirección	160.0
-Estatales	152.3
-Otros	183.3
-Obras Sociales ley 22.249	94.6
-Provinciales	102.7
-Poder legislativo y Judicial	158.5
-FF.AA. y Seguridad	74.3

Cuadro 9. Fuente CONCISA / Dr Arce / 1987

Sistema Estadística en Salud de las Obras Sociales

INOS 2 Semestre 1986

Consultas beneficiario / año	3.5
Egresos c/100 beneficiario Año	8.9
Partos s/ egresos %	16.7 %
Cesareas s/ parto %	32.5 %
Promedios días estada	5.65
Días estada beneficiario/año	8.51
Gasto Médic. asit. Gasto total	70 %
Gasto Méd. asist. benef. / Mes	(A) 6.42
Gasto Méd. / Gasto Asist.	18.2
Gasto medic. / benef. Mes	(A) 1.17
Gasto total beneficiarios mes	(A) 9.17

Cuadro 10. Fuente INOS -SESOS / 87

Gasto de Obras Sociales en la República Argentina

	1985
--	------

-Honorarios Médicos	28.5
-Gastos Sanatoriales	20.4
-Gastos y Honorarios Bioquímicos	8.1
-Gastos y Honorarios Odontológicos	5.0
-Gastos en Farmacia	20.0
-Gastos no Asistenciales	18.0
TOTAL	100.0

Cuadro 11. Fuente INOS / 86

Gasto de Obras Sociales
según actividad

Actividad	%	Del Gasto
Consultas Ambulat. Prácticas	29 71	50.5
Internación		29.0
Resto		20.5
TOTAL		100.0

Cuadro 12. Fuente APS / 86

Médicos en la República Argentina

Numero de Habitantes por Médicos	
Total Rep. Argentina	415 Hab/Med.
En Ciudades	200 Hab/Med.
En otras zonas	2.000 Hab/Med.

Crecimiento anual de graduados	
Total Rep. Argentina	7 %
En Prov. Bs. As.	8.2 %

Especialización	
Sobre el total de Médicos	57 %
Entre 15 y 30 años de egresados	80 %

Cuadro 13. Fuentes Dr Katz, J. CEPAL-OPS /87

BIBLIOGRAFIA

MARTINEZ VIVOT, Julio J.: La iniciativa privada y la salud publica (Con especial referencia a la situación en Argentina), Trabajo y Seguridad Social, 1992, pgs. 753 a 764.

ESPINOZA VERGARA, Mario: Evaluación de proyectos sociales, Humanitas, Buenos Aires 1983

GONZALEZ GARCIA, Ginés: La eficiencia del gasto en salud, Función Pública, 1991, Año IV Nº 43, pgs. 23 a 30.

BIDART CAMPOS, Germán J.: Principios constitucionales de derecho del trabajo (individual y colectivos) y de la seguridad social en el artículo 14 bis, Trabajo y seguridad social, Septiembre 1981.

BELMARTINO, Susana: La crisis de las políticas sociales: Discusión de una alternativa; Cuadernos médicos sociales Nº 49-50 pgs. 5-12, 1989.

BELMARTINO, Susana - BLOCH, Carlos: Economía, sociedad y política de salud en Argentina.

BELTRAN CARRASCOSA, Manuel: La asistencia sanitaria en el nuevo marco legal: aspectos de la medicina preventiva y de la medicina asistencial, Trabajo y Seguridad Social, 1992, pgs. 193 a 197.

GOMEZ PAZ, José Benjamín: La política social (del Estado liberal al minimalista), Trabajo y Seguridad Social, 1992.

CAFFERATA, Agustín: Pobreza y políticas sociales, CFI, Buenos Aires 1987.

KATZ, Jorge - MUÑOZ, Alberto: Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad, CEAL/CEPAL, Buenos Aires, 1988.

FRANCO, Rolando - COHEN, E.: Evaluación de proyectos sociales. GEL 1988, Buenos Aires.

DANANI, Claudia C.: Políticas sociales y construcción de la ciudadanía, Al margen, Nº 2, Marzo 1993, pgs. 42-53.

GOMEZ PAZ, José Benjamín: Introducción al derecho a la salud, Derecho del trabajo, Tº XLIX-B, Octubre 1989, pgs. 1729 al 1745,

BUSTELO, Eduardo: Mucho, poquito o nada: Crisis y alternativas de política social, mimeo, IPSA-FEC, Mendoza.

PAGANINI, Mario: La salud y el derecho, ZEUS, Tº 35, Julio 1984.

OMS: Evaluación de programas de salud, 1981

MAJNONI d'INTIGNANO, Beatrice: Análisis de las novedades y reformas de financiamiento de los sistemas de salud, Revista Internacional de Seguridad Social, Volumen 44, 3/91, Ginebra.

LEDESMA & ASOCIADOS, J.R. - ALVAREZ, Bernarda: Aspectos Económicos de la política social. Trabajo y Seguridad Social, 1992.

BARTUREN VERA, Américo: Nueva dimensión del derecho de la salud. Revista del Foro, Año LXXIV, Nº 1, Enero-Junio 1987, Lima-Perú.

AGUIAR, Maria José - ANDER-EGG, Ezequiel: Evaluación de servicio y programa social. Siglo XXI, España 1992.

MOSLEY, W. Henry - JOLLY, Richard: Política de salud: Medidas compensatorias de los efectos negativos del ajuste económico.

ISUANI, E.: La fragmentación institucional del sector salud: pluralismo o irracionalidad, CEAL Nº 241, 1988.

PEDREIRA ANDRADE, Antonio: El derecho a la salud en España (Rechazo al tratamiento médico, consentimiento y ley general de sanidad), Jurisprudencia Argentina, 1991-1, pgs. 970 a 984.

BUSTELO, Eduardo: Política social en un contexto de crisis. ¿Será que se puede?. Seminario de alto nivel: ¿Cómo recuperar el progreso social en América Latina?, Chile, Junio 1988.

PEREZ IRIGOYEN, Claudio: Política pública y salud, en Isuani, Ernesto y otros. Estado democrático y política social, EUDEBA, 1989, Buenos Aires pg. 173 y ss..

GONZALEZ GARCIA, Ginés y otros: El gasto en salud y en medicamentos, CEDES 1985.

AGUERRE, Felipe y RODRIGUEZ, Enrique: Las obras sociales en Argentina.

BELMARTINO, S., BLOCH, C. y QUINTEROS, Z.T. de: El programa de estabilización económica y las políticas de salud y bienestar social. 1976-1980. Cuadernos médico sociales.

BELMARTINO, S. y BLOCH, C.: Políticas estatales y seguridad social en Argentina. Cuadernos médico sociales., Nº 22, pgs. 5 a 22. 1982.

CORTES, Rosalía: La seguridad en la Argentina. Las obras sociales.

ELENA, Italo V.: Recursos para salud en nuestro país. Ponencia presentada al Seminario "Hacia un sistema integral de salud en la República Argentina", Bs. As., Noviembre 1985.

FERRARA, Floreal: Teoría social y salud. Editorial Catálogos, Bs. As., 1985.

PEREZ GUILHOU, Dardo y otros: Derecho público provincial, Depalma, 1990.

PODETTI, Humberto: Política social en tratado de Derecho del Trabajo, Vazquez Vialard, A., Ed. Astro, Tomo 1, 1982, Buenos Aires pg. 553 y ss..

TESTA, Mario: Planificación estratégica en el sector salud. CENDES - UCU. Venezuela, 1981.

THOMPSON, Andrés A.: Estado, sindicatos y salud. Notas sobre las obras sociales en Argentina. Cuadernos médico sociales Nº , pgs. 109 a 127.