La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
sanciona con fuerza de Ley

LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
LEY N° 153

Sanción: 25/02/99
Promulgación: De Hecho del 22/03/99
Publicación: BOCBA N° 703 del 28/05/99
Reglamentación: Decreto Nº 208/001
Publicación: BOCBA 1149 del 09/03/2001

TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO 1. OBJETO, ALCANCES Y PRINCIPIOS

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

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

Artículo 3º. Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:
a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
e. La cobertura universal de la población;
f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones
h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;
j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;
k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.

Artículo 4º. Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:
a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
k. Internación conjunta madre-niño;
l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

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

Artículo 6°. Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:
a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;
c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

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

CAPITULO 3. AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONSEJO GENERAL DE SALUD

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

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

TITULO II. SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
CAPITULO UNICO

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

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

Artículo 12º. Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:
a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;

b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;
f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
k. La regulación y control de la tecnología sanitaria;
l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos;
m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
o. La prevención y control de las zoonosis;
p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
q. La promoción y prevención de la salud bucal;
r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;
t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

TITULO III. SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD
CAPITULO 1. DEFINICION Y OBJETIVOS

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

Artículo 14º. Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:
a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles;
b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición;

c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria;
d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores;
e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;
f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones;
g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios;
h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel;
i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención;
j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios;
k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores;
l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento;
m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios;
n. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;
o. Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura;
p. Instituir la historia clínica única para todos los efectores;
q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación;
r. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social;
s. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente;
t. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud;
u. Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios;
v. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud;
w. Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.

CAPITULO 2. ORGANIZACIÓN

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

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

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

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

Artículo 19º.- Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:
a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención;
b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;

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

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

Artículo 21º.- Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:
a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquéllas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia;
g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

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

Artículo 23º.- Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:
a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

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

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

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

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

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

Artículo 29º. Regiones sanitarias. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

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

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

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

CAPITULO 3. FINANCIACION

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

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

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

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

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

a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución;
b. La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad;

c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario;
d. La descentralización de la ejecución presupuestaria;
e. La definición de políticas de incorporación tecnológica;
f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

CAPITULO 4. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL

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

Artículo 37º.- Estatuto Sanitario. Lineamientos. El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:
a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento;
b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado;
c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso;
d. Establece la periodcidad de los cargos de conducción;
e. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente;
f. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos;
g. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral;
h. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

CAPITULO 5. DOCENCIA E INVESTIGACION

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

Artículo 39º.- Consejo de investigación de salud. Lineamientos. El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:
a. Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios;
b. Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 33. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos;
c. Favorece el intercambio científico, nacional e internacional;
d. Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos;
e. Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional;
f. Propone la creación de la carrera de investigador en salud;
g. Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación:
h. Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas;
i. Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.
j. Artículo 40º.- Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:
k. La promoción de la capacitación permanente y en servicio;
l. La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud;
m. El enfoque interdisciplinario;
n. La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
o. La articulación mediante convenio con los entes formadores;
p. La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado;
q. El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento;
r. La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

TITULO IV. REGULACION Y FISCALIZACION
CAPITULO UNICO

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

Artículo 42º.- Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.
Artículo 43º.- Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

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

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

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

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

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

a. Consejo General de Salud;
b. Ejercicio profesional;
c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:
   1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;
   2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o macificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;
   3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día;
d. Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios;
e. Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos;
f. Trasplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales;
g. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional;

h. Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud;
i. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos;
j. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales;
k. Salud reproductiva y procreación responsable;
l. Salud escolar;
m. Salud laboral;
n. Telemática en salud;
o. Identificación del recién nacido;

Artículo 49.- Comuníquese, etc.

ANIBAL IBARRA - MIGUEL ORLANDO GRILLO

DECRETO Nº 208/001
BOCBA 1149 Publ. 09/03/2001
Buenos Aires, 2 de marzo de 2001.
Visto el expediente N° 46.417/00, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral a través de su artículo 20, y ordena la sanción de una Ley Básica de Salud (artículo 21);
Que dicho mandato fue cumplido con el dictado de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153; BOCBA N° 703, del 28/5/99);
Que es necesario proceder a la reglamentación de dicha Ley;
Que por Resolución de la Secretaría de Salud N° 583 del 8 de marzo de 2000 se creó una Comisión Técnica para la elaboración de un proyecto de Reglamentación de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires;
Que para la elaboración de su anteproyecto, la Comisión solicitó consultas a autoridades de la Secretaría de Salud, Directores de Hospitales, Organizaciones Gremiales, Organizaciones No Gubernamentales y de la Actividad Privada;
Que todos estos elementos fueron considerados al momento de la elaboración de la presente reglamentación;
Que la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires ha tomado intervención a fs. 242/243;
Por ello, en uso de las facultades legales que le son propias (Artículo 102 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires);

EL JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES DECRETA:

Artículo 1°.- Apruébase el Reglamento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, que como Anexo y a todos sus efectos forma parte del presente Decreto.
Artículo 2°.- El presente decreto será refrendado por los Señores Secretarios de Salud y de Hacienda y Finanzas.
Artículo 3°.- Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos comuníquese a la Secretaría de Salud. Cumplido, archívese.

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 153
LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Artículo 1.- Sin reglamentar.
Artículo 2.- Sin reglamentar.
Artículo 3.- Sin reglamentar.
Artículo 4.- Incis. a) y b) Sin reglamentar.
Inc. c) Los profesionales de la salud, integrantes de equipos médicos, colaboradores, auxiliares, y empleados de los centros asistenciales, deberán abstenerse de divulgar cualquier tipo de información que confiare o revelare un paciente. También queda incluida dentro de esta prohibición la información que surja de la documentación producida con motivo de la atención de un paciente. Ello, sin perjuicio de las disposiciones legales vigentes en la materia.

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

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

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

Al egreso de un establecimiento asistencial se entregará al paciente el resumen de su historia clínica, donde conste:

nombre y apellido;

datos de filiación;

diagnóstico;

procedimientos aplicados;

tratamiento y motivo o causa de la derivación si la hubiere;

firma del profesional interviniente, certificada por la máxima autoridad del establecimiento.

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

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

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

Inc. e) Sin reglamentar
Inc. f) A los fines de este inciso se exceptúan los casos de urgencia.
Inc. g) Cuando intervenga un equipo de salud, tanto en casos de atención ambulatoria o de internación, se informará al paciente el nombre y apellido de todos sus integrantes, así como el del principal comunicador. En caso de ausencia de este último, deberá designarse un profesional en su reemplazo.
Inc. h)
1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.

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

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

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

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

cada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

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

7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando:

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

(Conforme texto Art. 1º del Decreto Nº 2.316/003, BOCBA 1826)

Inc. i) Sin reglamentar.
Inc. j) Cualquier práctica docente o de investigación deberá ser precedida de información adecuada a cada paciente, con detalle de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que la experiencia puede acarrear.

En todos los supuestos, deberán agotarse las precauciones para resguardar la intimidad del paciente, y reducir al mínimo los efectos disvaliosos de dichas prácticas.

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

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

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

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

Inc. l) Sin reglamentar.
Inc. m) Cada centro asistencial habilitará un registro en donde quedarán asentados en orden cronológico, los reclamos, quejas, sugerencias y propuestas de los usuarios.
La manifestación o presentación que el usuario formule, en toda circunstancia deberá ser firmada por el mismo, con aclaración de su nombre y apellido, registro de su documento de identidad y domicilio.
A dichas peticiones se les deberá dar respuesta en el plazo de diez (10) días hábiles, pudiendo por razones debidamente fundadas prorrogarse por igual término, dando noticia de ello al presentante.
Los establecimientos de salud remitirán a la Secretaría de Salud de la Ciudad, por la modalidad y con la frecuencia que ésta establezca, un listado de la cantidad y tipo de requerimientos efectuados por los usuarios y su resultado.
Inc. n) Sin reglamentar.
Inc. o) Sin reglamentar.
Artículo 5.- Sin reglamentar.
Artículo 6.-
Inc. a) Sin reglamentar.
Inc. b) Se observará el procedimiento previsto en la reglamentación del inciso h) del artículo 4 de la ley.
Inc. c) Sin reglamentar.

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

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

Artículo 9.- Sin reglamentar.
Artículo 10.- Sin reglamentar.
Artículo 11.- Sin reglamentar.
Artículo 12.- Sin reglamentar.
Artículo 13.- La estructura del subsector estatal de salud de la Ciudad se halla conformado por las siguientes instancias de decisión:

a. Instancia Central, de conducción político administrativa.
b. Instancia Regional, de carácter intermedio, de conducción operativa y coordinación.
c. Instancia Local, de operación, de las Áreas de Salud y de los distintos niveles de atención de los Efectores y de los Servicios.

Artículo 14.- Sin reglamentar.
Artículo 15.- Sin reglamentar.
Artículo 16.-Sin reglamentar.
Artículo 17.- La organización del subsector por niveles se realizará sobre la base de las disponibilidades de los hospitales generales de agudos y de niños, los centros de salud polivalentes y los médicos de cabecera, a la que se incorporarán diferenciadamente los hospitales especializados, los centros monovalentes y toda otra sede del subsector estatal en la que se realicen acciones de salud.
Artículo 18.- Sin reglamentar.
Artículo 19.- Sin reglamentar.
Artículo 20.- Sin reglamentar.
Artículo 21.- Sin reglamentar
Artículo 22.- Sin reglamentar.
Artículo 23.- Sin reglamentar.
Artículo 24.- Sin reglamentar.
Artículo 25.- La adecuación de la capacidad de resolución de los servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales, se operará en función de lo establecido en la reglamentación del artículo 17 de la ley.
Artículo 26.- Sin reglamentar.
Artículo 27.- Sin reglamentar.
Artículo 28.- Regiones sanitarias. Número y delimitación
El establecimiento de las Regiones Sanitarias se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles posteriores a la sanción de la Ley de Descentralización y de su correspondiente reglamentación
Artículo 29.- Regiones sanitarias. Objetivos. Sin reglamentar.
Artículo 30.- Conducción y Consejos Regionales. Sin reglamentar.
Artículo 31.- Áreas de Salud. Lineamientos
El establecimiento de las Áreas de Salud se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles posteriores a la sanción de la Ley de Descentralización y de su correspondiente reglamentación.

Cláusula transitoria: Implementación progresiva – Objetivos
Hasta tanto se sancione la reglamentación mencionada en el párrafo anterior, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires instrumentará la creación de áreas de salud en la Ciudad, en relación con los actuales CGP, en las que promoverá la organización del primer nivel de atención
Dichas áreas de salud tendrán como objetivos:

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

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

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

Dependencias y personal afectado

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

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

Artículo 32.- Sin reglamentar.
Artículo 33.- Sin reglamentar.
Artículo 34.- Los fondos recaudados por los conceptos señalados en los incisos b) y c) del artículo 33 corresponderán al efector que realiza la prestación en un porcentual del 90 %, y constituyen recursos adicionales que en ningún caso serán motivo de reducción del crédito presupuestario aprobado por la instancia central para el efector; dicha instancia seguirá siendo garante de la provisión de recursos para sueldos, inversiones y funcionamiento acorde a la producción y no a la recaudación.

El 10 % restante de los ingresos señalados integrará el Fondo de Redistribución Presupuestaria, cuya recaudación, fiscalización y destino estará a cargo de la instancia central, quien dictará las normas que implementen los mecanismos que corresponda aplicar.
Artículo 35.- Sin reglamentar.
Artículo 36.- Sin reglamentar.
Artículo 37.- Sin reglamentar.
Artículo 38.- Sin reglamentar.
Artículo 39.- Sin reglamentar.
Artículo 40.- Sin reglamentar.
Artículo 41.- Sin reglamentar.
Artículo 42.- Sin reglamentar.
Artículo 43.- Para la relación con el subsector privado se promoverá la realización de convenios en los cuales se establecerán taxativamente los mecanismos, los plazos y los valores a los que se sujetará el cobro de las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal.

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

Artículo 44.- Sin reglamentar.
Artículo 45.- Para la relación con el subsector de la seguridad social se promoverá la realización de convenios, en los cuales se establecerán taxativamente los mecanismos, los plazos y los valores a los que se sujetará el cobro de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal.

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

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

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

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

Artículo 46.- Vencido el plazo indicado en el artículo 45 y de no existir objeciones por parte de la Obra Social, el efector reclamará el pago de la facturación, individualizando el código y denominación de la Obra Social, así como el importe adeudado, ante la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, la que hará efectivo el pago conforme a la normativa vigente.
Artículo 47.- Sin reglamentar.
Artículo 48.- Sin reglamentar.