

CURSO DE AUDITORIA MÉDICA - HOSPITAL ALEMAN

Director: Dr. Agustín Orlando

Monografía:

“La Auditoría Médica aplicada a las Toxicomanías en un Ente Financiador”

Autores: Faggiano, Sandra; Martinez, Dardo
y Rivas, Marina.

Noviembre de 2009



INTRODUCCIÓN:

El objetivo de nuestro trabajo es aplicar las herramientas brindadas por la auditoría médica a la clínica de las toxicomanías y para intentar alcanzar este objetivo comenzaremos por desarrollar algunos conceptos.

La auditoría médica se define como el “conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento. Es el examen de la gestión de una entidad con el propósito de evaluar la eficiencia de los resultados, con referencia a las metas fijadas en relación con los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización y utilización de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión”, según la Escuela de Salud pública de la Universidad de Buenos Aires, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica. La auditoría médica en nuestro país nace con el sistema de obras sociales, como parte del sistema de control.

El sistema de salud argentino es mixto sin excluidos, es decir que todos los habitantes disponen de una cobertura médica, ya sea mediante la seguridad social, una empresa de medicina prepaga o la cobertura estatal.

Cuando hablamos de salud compartimos la definición de la OMS que se refiere a la misma como el “estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad” considerando al sujeto como un “ente bio-psico-social”, dejar por fuera alguno de estos componentes conformaría una visión reduccionista.

La salud en general integra a la salud mental. **La Ley N° 448/00 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, plantea en el artículo 2 inciso b): *“El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”*.

En el marco del capitalismo y la compulsión al consumo de la sociedad actual, surgen nuevos síntomas psíquicos conocidos como un grupo de patologías actuales tales como: las anorexias, bulimias, toxicomanías y alcoholismo.

En el desarrollo de este trabajo nos ocuparemos puntualmente de las toxicomanías, intentando aplicar las herramientas de la auditoría médica en el campo psi, considerando que no existe actualmente una auditoría específica para la salud mental.

DESARROLLO:

❖ Marco Legal:

La toxicomanía plantea desde el principio una situación de cierta singularidad en tanto aparece en el campo de lo penal a diferencia de las otras patologías actuales, es una figura que ha producido una ley especial, de manera que al declararla de semejante entidad del orden público le otorga una gran nota de particularidad.

La ley Nacional de la que hablamos es la 23.737/ 89 y los artículos que conciernen a los profesionales de la salud son del 14 al 21, es una Ley con modificatorias y ampliatorias (Ley 26.052). Dentro de los artículos mencionados se determina que es la figura de un Juez quien ordena el tratamiento, después de que los peritos acreditan la condición de toxicómano y fue condenado. Dicha Ley también contempla que el tratamiento sirva para mutar la pena y tiene en cuenta la posibilidad de que el sujeto se niegue a realizar el mismo (porque tiene que prestar consentimiento), esto implicaría su ingreso a una institución carcelaria. Notamos en la clínica que esta intervención judicial genera diferencias relacionadas a la implicación en el tratamiento con respecto a los sujetos que inician el mismo por demanda espontánea, teniendo en cuenta que en un caso es la orden de un Juez que le dice a alguien ¡cúrese! A un imperativo sin ninguna pregunta, y en el otro consideramos la clínica que prioriza la pregunta de un sujeto ante lo que le sucede.

Para comprender mejor el marco de la Ley, tenemos que considerar que el momento en el que surge coincide con el surgimiento de las comunidades terapéuticas, que tenían como objetivo principal de tratamiento, reeducar a la gente que consume para adaptarla a las costumbres sociales.

La Ley también presupone dos cuestiones: la institucionalización por un lado y la internación por el otro. Si bien el Juez puede determinar un tratamiento ambulatorio, en cualquiera de sus modalidades, el concepto que subyace es el de la internación y el tratamiento institucionalizado.

Contribuyendo a la formación de representaciones sociales tales como: el toxicómano es siempre para la internación, siempre para tratamiento institucionalizados, aunque existe un grupo de pacientes con capacidad de sostener tratamientos ambulatorios.

En el año 1990 se crea a nivel Nacional la SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) que entre todas sus funciones específicas brinda subsidios de tratamiento en instituciones privadas a aquellas personas que no tienen pre pagas ó no están dentro del sistema de seguridad social.

El Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) es un organismo descentralizado que viene operando desde su creación como un efector de prestaciones de salud de carácter público, articulando sus acciones sustantivas en tres ejes: brindar asistencia integral al paciente drogadicto y a su grupo familiar; desarrollar acciones preventivas en la comunidad, alertando acerca del riesgo del uso indebido de drogas; y capacitar técnica y profesionalmente a los recursos humanos especializados en la temática.

También se brinda atención a pacientes con problemas de abuso y uso de sustancias en, ONG, Grupos de Autoayuda, dispositivos municipales (CGP – CPA), Hospitales Generales o Centros de Salud Mental.

En el año 1995 se sanciona la Ley 24.455 que en su artículo 1° dice: *“Todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias: a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes; b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes; c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción”*. Sumándose en esta obligación a las empresas de medicina prepaga.

Con esta legislación se logró que en la actualidad gran parte de los tratamientos se concreten en comunidades terapéuticas, fundaciones o asociaciones, a través de la cobertura de obras sociales y medicina prepagas, quedando un bajo porcentaje de individuos que lo solventan por medios privados.

Los tratamientos cubiertos por la Seguridad Social cuentan con la posibilidad de presentar subsidios para recuperar por medio del Estado Nacional parte del gasto producido. El organismo encargado de esta función es la Administración de Programas Especiales (APE) que mediante la

Resolución 500/04 reglamenta el modo de presentación de todas las patologías subsidiadas, además de determinar los valores tope a reintegrar. En lo que respecta a las adicciones establece:

Tratamiento para drogadependientes, tanto en ambulatorio como en internación según Programa Aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

a.-) Consulta y orientación hasta pesos trece (\$ 13.-) por sesión; máximo seis (6) sesiones.

b.-) Hospital de Día «Módulo de 4 hs.» hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.

c.-) Hospital de Día «Módulo de 8 hs.» hasta pesos seiscientos cincuenta (\$ 650.-) por mes.

d.-) Hospital de Noche hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.

e.-) Internación psiquiátrica para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica. «Modulo» de hasta pesos cincuenta (\$ 50.-) por día; máximo un (1) mes.

f.-) Internación de «Comunidades Terapéuticas debidamente autorizadas. «Módulo» hasta pesos novecientos (\$ 900.-) por mes.

El tiempo total de tratamiento subsidiado, sumando las modalidades de los apartados b), c), d) y f), no podrá superar los treinta y seis (36) meses.

Esta resolución es modificada por la N° 9800/05 que establece en el Artículo 1:

Modifícase el Punto 16 del Anexo VI de la Resolución N° 500/04 – APE, el que quedará redactado de la siguiente manera: “Tratamiento para drogadependientes, tanto el ambulatorio como en internación según Programa aprobado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

a) Módulo 1: Consulta y Orientación: Refiere a consultas de orientación y evaluación diagnóstica según DSM IV (debiendo considerarse los Ejes I para el diagnóstico en Adicciones) y posterior derivación. El módulo está integrado por cuatro consultas como mínimo y seis como máximo, a saber; Psiquiátrica, Psicológica, Psicosocial y Clínica.

1. Valor de Referencia: \$ 15 por consulta.

b) Módulo 2: Hospital de Medio Día (4 Horas): Comprende actividades terapéuticas de tipo ambulatorio.

1. Criterios de admisión del paciente: conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso.

2. Valores de Referencia: hasta \$ 510 por mes.

3. Máximo 180 días.

c) Módulo 3: Hospital de Día (8 horas): Comprende actividades de tipo ambulatorio.

1. Criterios de admisión del paciente: conciencia de situación y enfermedad, escasa red de contención familiar y sin actividades laborales y/o escolares.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 690 por mes.

3. Máximo 180 días.

d) Módulo 4: Internación Psiquiátrica para Desintoxicación:

1. Criterios de admisión: intoxicación severa, descompensación, clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 70 por día.

3. Máximo 30 días.

e) Módulo 5: Internación en Comunidad Terapéutica Residencial:

1. Criterios de admisión: intoxicación crónica severa, falta de contención familiar, no sostiene actividades laborales ni educativas.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 1.100 por mes

3. Máximo 12 meses con evaluaciones cada 60 días por la auditoría del Agente del Seguro de Salud. Estas evaluaciones deben formar parte de los respectivos expedientes de solicitud de cobertura ante esta Administración.

f) Módulo 6: Modalidad Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas:

1. Criterios de admisión: finalización de cualquiera de los módulos de tratamiento definidos en los puntos b), c), d) y e) hasta el alta definitiva.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 350 por mes.

3. Máximo 180 días.

El tiempo máximo de cobertura que financiará esta Administración en concepto de tratamientos de drogadependencia será de hasta 24 meses sumando todas las modalidades aquí descriptas.”.

De la legislación vigente y como trabajadores de la salud nos surge el interrogante sobre los fundamentos utilizados para determinar el tiempo máximo de duración de un tratamiento, considerando que ninguna de las dos resoluciones desarrollan nada al respecto y teniendo en cuenta que cada individuo tiene un tiempo subjetivo para desarrollar y elaborar las razones que lo llevaron al consumo.

Otro factor a tener en cuenta es la modalidad de trabajo de los centros de recuperación, nos referimos con esto al marco teórico utilizado para abordar la problemática y al diseño del tratamiento.



❖ **Sobre las toxicomanías:**

La Organización Mundial de la Salud define la adicción como: un *“estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo excesivo de una droga, natural o sintética, caracterizada por:*

1. *Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.*
2. *Una tendencia al aumento de la dosis.*
3. *Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.*
4. *Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad”.*

Según el DSM IV *“Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En este manual el término sustancia puede referirse a una droga de abuso a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas en esta sección se agrupan en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; Cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos”.*

Considerando que concebimos al ser humano como un ente “bio-psico-social” no podemos dejar de lado la influencia cultural en la definición de lo que es una toxicomanía. Sabemos que muchas culturas y religiones utilizaron a lo largo de la historia drogas en la ejecución de los rituales, como por ejemplo el budismo. Otro ejemplo es el de China y su relación con el opio, siendo el opio una sustancia que existía en ese país desde hacía mucho tiempo antes de que los ingleses comenzaran a vendérsela. Cuando éstos se la empiezan a vender, se prohíbe el opio en el país y lo interesante de esto es que una sustancia que por miles de años fue utilizada por los chinos, cuando se prohíbe, pasa a ser un problema para ellos, se transforma en el “opio de los pueblos”. Es decir que, las cantidades y las sustancias no hacen al toxicómano sino su relación y posición subjetiva y social ante la misma, teniendo en cuenta que la relación de los individuos con las drogas es milenaria y la toxicomanía no tiene más de 150 años. Actualmente los psicofármacos se consumen en cantidades importantes y estarían dentro de las “drogas legales” y culturalmente aceptadas, motivo por el cual muchos de los sujetos que las consumen no se cuestionan la posibilidad de dejar de consumirlas para no angustiarse.

❖ **Tratamientos:**

En la Resolución conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social y la SEDRONAR (362/97 y 154/97) se determinan los diferentes dispositivos de tratamientos:

- 1) Tratamiento Ambulatorio: esta prestación está dirigida a pacientes con contención familiar y/o social en su presentación espontánea o por derivación judicial, con capacidad de responsabilizarse en el sostenimiento de un tratamiento o bien para personas con conciencia de enfermedad.
- 2) Tratamiento en Centro de Día: la prestación en modalidad ambulatoria intensiva es un espacio dedicado a sostener a los pacientes con problemas psicosociales y ambientales que requieran contención diurna. El Centro de medio día o el de día es entendido como un proyecto o programa terapéutico en sí mismo o como lugar de pasaje.
- 3) Programa Residencial o Internación: Prestación destinada a quienes en situación de crisis socio-ambiental o personal-familiar no puedan acceder a las modalidades ambulatorias. Así como a aquellas personas cuyo deterioro por su consumo de sustancias psicoactivas esté complicado con comportamientos que pongan en peligro al propio sujeto o a su grupo conviviente.
- 4) Centro de Admisión y diagnóstico: Como “proceso” está incluido en las modalidades anteriores. Puede funcionar como eslabón en la red o cadena terapéutica siendo un ámbito orientador y/o derivador una vez establecido el plan terapéutico más conveniente de acuerdo al diagnóstico.
- 5) Centros de Desintoxicación: Serán especializados en la emergencia de la drogadependencia, y se diferencian de los servicios de toxicología existentes que atienden las urgencias toxicológicas en general.
- 6) Centro de Noche / Hospital de Noche: Brindar un espacio terapéutico a aquellos pacientes que habiendo logrado una recuperación satisfactoria, consiguieron una salida laboral o educacional, pero aún no lograron la plena reinserción social-familiar.

En el campo de la psicología como disciplina, existen diferentes posiciones teóricas sobre los diversos puntos de vista para abordar clínicamente al paciente. La orientación teórica en la que

se posiciona el terapeuta diferenciará el modo de abordar al paciente y el tipo de terapia que se utilice.

Dentro de los diferentes marcos teóricos, los más utilizados en el tratamiento de las adicciones son:

- a. El psicoanálisis utiliza como herramienta el lenguaje y pone el acento en la singularidad del sujeto. Su método se basa en la relación de transferencia y en los actos y producciones imaginarias de cada individuo. En el tratamiento de las adicciones se pone el acento en la relación del sujeto con la sustancia, más que en la sustancia misma.
- b. El conductismo parte de la noción de que la conducta es aprendida, y se centra en el cambio de la misma. La eficacia del tratamiento depende de las técnicas que se utilizan y no de la relación terapéutica. Al terapeuta se lo considera un reforzador social y un modelo que instruye al paciente en la conducta apropiada para resolver el problema. Se caracterizan por ser tratamientos breves.
- c. La terapia cognitiva se basa en procedimientos activos, directivos, estructurados y de corta duración. Surge como una reacción ante el conductismo. Supone que la persona es algo más que una respuesta, ya que entre el estímulo y ésta hay un proceso mental. Define la psicología como ciencia que se apoya sobre las estructuras mentales que posibilitan modificar la capacidad de respuesta, sugiriendo estrategias específicas para la resolución de los problemas. El objetivo de estos tratamientos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto.
- d. La teoría sistémica se basa en el concepto de sistema como conjunto de elementos dinámicamente estructurados, la totalidad de estos generan propiedades que son independientes y superadoras de cada elemento por separado. Para entender el comportamiento de un sistema, es necesario entender las interacciones entre los elementos y las propiedades que resultan de su totalidad. Es un modelo utilizado en la terapia familiar, entendiendo la familia como un sistema, y el miembro de la familia que presenta un problema se considera como una expresión de la disfunción familiar, la resolución del mismo supone el cambio de la estructura familiar. El objetivo terapéutico es la modificación de patrones de interacción interpersonal.



❖ **Desde un Ente Financiador:**

El “*nacimiento oficial*” de las Obras Sociales se da el 1° de Marzo de 1970, según lo establecido por la llamada ley N° 18610, que en realidad no las crea, sino que reconoce las existentes y propicia su creación en aquellas organizaciones sindicales con personería gremial que aun no las tenían hasta aquel momento. Se establece, entonces, un sistema de financiamiento con aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, que permitiera su crecimiento y el mejoramiento en la calidad del servicio prestado. Se van produciendo algunas modificaciones hasta que por Resolución del Consejo Directivo n° 364 del 11/03/2004, toma su actual denominación de Obra Social del Personal del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina (**OSUTHGRA**) registrada por Resolución N° 815/2004 del 22/10/2004 de la Superintendencia de Servicios de Salud en el Registro Nacional de Obras Sociales bajo el N° I.N.O.S 1-0880-3.

Bajo la nueva normativa legal establecida por la llamada ley N° 18.610, modificada posteriormente por la llamada ley N° 22.269 y la ley N° 23.660, la Obra Social fue creciendo y desarrollándose, estableciendo delegaciones regionales en todo el país, garantizando las prestaciones médicas y asistenciales a todos los trabajadores hoteleros y gastronómicos.

Para seguir superándose, toda la Organización se abocó a lograr la Certificación de su Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001-2000.

Las políticas de calidad tomadas para conseguir esta certificación son:

- **Promover** la satisfacción del beneficiario, otorgando un servicio médico-asistencial según sus expectativas.
- **Obtener y administrar** eficientemente los recursos proyectados por el Consejo Directivo que posibiliten otorgar al beneficiario un Servicio de excelencia.
- **Formar y Capacitar** a toda la Organización en la búsqueda de la mejora continua.
- **Diseñar** el Sistema de Gestión de Calidad de la OSUTHGRA enfocado en la interacción de los procesos.
- **Garantizar** la transparencia de la organización a través de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad certificado.

El alcance incluye: “*Gestionar y Administrar los recursos económicos y planificar, contratar y controlar las Prestaciones de Servicios Médico / Asistenciales otorgadas a los beneficiarios de la OSUTHGRA.*”



Interacción de los Procesos en OSUTHGRA

En el Sistema de Gestión de Calidad los Procesos interactúan entre sí. El circuito de procesos de la Obra Social está formado de la siguiente manera:

Para ser beneficiario y recibir los servicios médico / asistenciales brindados por la Obra Social, debe constar un aporte mensual de su salario a través de la DDJJ presentada por su empleador.

Para la obtención de la credencial, el beneficiario deberá realizar el trámite en la Seccional correspondiente. Esta enviará las solicitudes a Sede Central para ser procesadas en la Gerencia de Recaudación y Afiliaciones. El Proceso termina cuando la credencial vuelve a la Seccional a la espera de ser retirada por el beneficiario.

La Gerencia de Planeamiento, Programas y Desarrollo es la responsable de presentar anualmente a la Superintendencia de Servicios de Salud el Plan Médico Asistencial y los Programas de Prevención, sujetos a su aprobación.

La Gerencia de Prestaciones interactúa permanentemente con la Gerencia de Administración y Finanzas, ya que esta última realiza el pago de todas las prestaciones otorgadas por la primera a nuestros beneficiarios.

A su vez, el Depto. Técnico y el COA interactúan en forma constante con todos los Sectores, tanto de la UTHGRA como los de OSUTHGRA. El primero, porque realiza el mantenimiento del edificio, de los equipos electrónicos (incluso la Central Telefónica), todo lo referente al soporte técnico (de hardware y software) y a los back-up (tanto el total como el incremental). El COA interactúa en forma constante con todos los Sectores de ambas Organizaciones, debido a que recibe información que debe dar a los afiliados y beneficiarios que se comunican a Sede Central, además de remitir los distintos llamados entrantes a todos los Sectores.

La Asesoría Letrada interactúa con todas las Gerencias y Sectores permanentemente a requerimiento, además de asesorar al Consejo Directivo.

La Auditoria Médica

Sabemos que uno de los aspectos más importantes de la Auditoria Médica es la Auditoria de Calidad, esta es la que tiene que ver con la gestión de calidad en salud.

Este punto lo consideramos muy importante debido a que nos ubicamos del lado del financiador. Ya mencionamos cómo la Obra Social incluye la gestión de calidad en sus políticas de Salud, ahora intentaremos referirnos al problema puntual de las toxicomanías.

Primero debemos tener en cuenta que el término calidad implica que los beneficiarios que utilicen los servicios de salud reciben asistencia oportuna, eficaz y segura en condiciones materiales y éticas adecuadas.

Para poder llegar a esto, la Obra Social debe tener un análisis demográfico y epidemiológico, que le permitan caracterizar sintéticamente el estado de salud poblacional para poder aplicar las políticas de salud.

La utilidad de dicho análisis dependerá de la disponibilidad y calidad de los datos. Si mencionamos esto, es porque en materia de adicciones son pocos los datos estadísticos con los que se cuenta. De hecho recién estamos empezando a construirlos, considerando que contamos con un sistema de informática hecho a medida y valiéndonos de la convicción de que la toxicomanía se encuentra dentro de los problemas sociales más actuales que muestra una deuda en el sistema de salud.

La Obra social dispone de una oficina encargada de presentar los expedientes ante la Administración de Programas Especiales (APE) para poder recuperar parte del gasto realizado. Al proceder al armado de los expedientes correspondientes a drogadependencia se descubre el faltante de documentación en la oficina y una diferencia importante entre los expedientes y la cantidad de beneficiarios en tratamiento. Es así como a fines del año 2006 se busca abordar esta problemática comenzando por relevar la documentación existente de los pacientes (solicitándola a otras áreas) y confeccionando un listado de toda la población en tratamiento, con el fin de llevar un control. Finalizada esta tarea se analiza el modo de derivación de los beneficiarios a las diferentes instituciones, tomando conocimiento de que la metodología utilizada consistía en entregarle al afiliado y/o familiar un listado donde figuraban distintos Centros. Debemos aclarar que la política de la Obra Social es no realizar convenios con ningún centro, quedando de esta manera la elección del lado del beneficiario y además que las autorizaciones de los tratamientos por adicciones, se realizaban en otra oficina.

A partir de los datos obtenidos, como trabajadores y financiadores de la salud comenzamos a preguntarnos si para mejorar la calidad de la prestación no deberíamos implementar un contacto personalizado con el beneficiario que padece de esta patología ó su familia y con los diferentes centros de tratamiento. De esta manera en el año 2007 con el aval del jefe del sector APE, se designaron dos psicólogas para realizar las visitas a las instituciones y la derivación de los pacientes. El trabajo de campo permite conocer el perfil de las instituciones: el marco teórico de trabajo, las modalidades de tratamiento, el perfil de la población aceptada (sexo, edad), características del paciente, estas pueden tener que ver con su contexto socio-vincular, su

capacidad de adaptación a la modalidad de tratamiento, o su distancia geográfica del centro y la no correspondencia del diagnóstico con la modalidad de tratamiento ofrecida (pacientes duales), permitiendo también un mejor acercamiento con los directivos, profesionales tratantes y administrativos. El contacto directo con el beneficiario y su familia posibilita que estos cuenten con un referente visible en la Obra Social a quien dirigirse y del lado del financiador permite confeccionar el perfil o diagnóstico presuntivo del beneficiario para realizar una mejor derivación, intentando evitar así el abandono y la reincidencia de los tratamientos.

Además de priorizar la calidad de la prestación tenemos en cuenta la relación costo-efectividad, tanto el conocimiento de las instituciones que prestan servicios a la obra social como el perfil de los pacientes nos permite una mejor administración de los recursos. Por ejemplo: en el caso de una beneficiaria, menor de edad, su madre la internó en una Institución de características cerrada, cuyo valor mensual era de \$6.500, al realizar la visita y entrevistar a la paciente, evaluamos que su perfil era para otro tipo de institución, motivo por el cual se la citó a la madre y se le realizó una devolución de la evaluación psicológica efectuada a su hija, sugiriéndole el cambio de institución, la madre agradeció el asesoramiento, expresando su disconformidad con la misma y accediendo a la derivación sugerida. Esta modificación implicó principalmente un tratamiento más adecuado al perfil de la paciente y para la obra social una baja en el gasto de 4.000 pesos mensuales. En el transcurso de estos dos años de trabajo se realizaron seguimientos de los tratamientos de los beneficiarios permitiendo, además de recabar datos, efectuar varias derivaciones similares a las del ejemplo anterior. También nos permitió identificar aquellas instituciones en las que los pacientes se van con alta mejorada y en proporción son pocos los que recaen, de aquellas que no dan altas o en las que los beneficiarios abandonan el tratamiento o se fugan. La auditoría en terreno también nos permitió evitar algunos costos, considerando que se detectó un caso en el que una institución facturaba mensualmente un tratamiento de internación, cuando el paciente no realizaba el mismo.

Al realizar estas visitas, a modo de auditoría, nos vimos en la necesidad de adquirir herramientas para realizar esta tarea. Cabe destacar que al comenzar la búsqueda de capacitación en el campo, hemos descubierto la poca existencia de cursos de auditoría en salud mental (solo uno en la ciudad de Paraná). En lo que respecta a la salud mental, y basándonos en nuestra experiencia, descubrimos que son pocos los profesionales médicos capacitados o con conocimientos específicos en el tema. Entre los auditores con los que trabajamos no hay ningún psicólogo o psiquiatra.

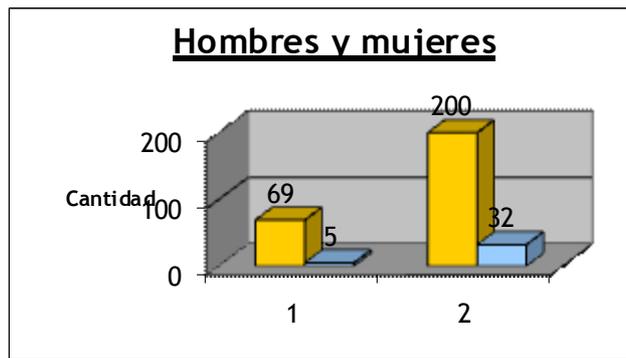
Por este motivo el objetivo de este trabajo es tomar las herramientas de este curso en auditoría médica y traspolarlas a un campo donde hasta ahora nada se ha hecho.

Datos Poblacionales:

Como no contamos aún con una base de datos sistematizada, en un comienzo lo que hicimos fue volcar los datos que íbamos obteniendo en planillas de Excel. Con estos datos intentamos realizar una primera aproximación a la composición de la población en tratamiento con la que contamos:

Por género

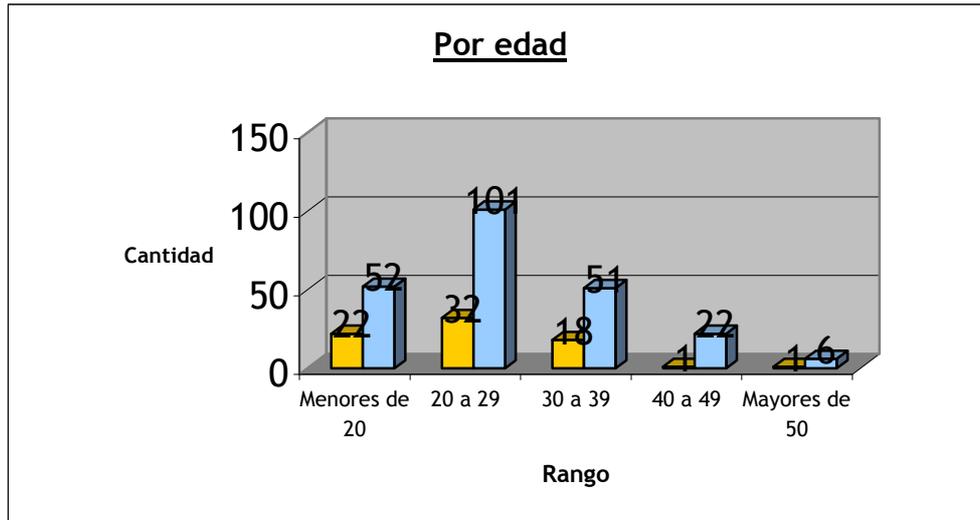
Por género	2006	2009
Hombres	69	200
Mujeres	5	32
	74	232



Se duplica en porcentaje la cantidad de mujeres (7% en el año 2006 contra 14% en el año 2009).

Por edad

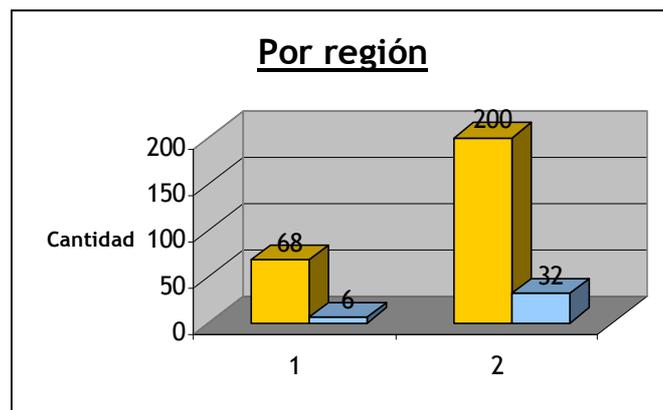
Por edades	2006	2009
Menores de 20	22	52
20 a 29	32	101
30 a 39	18	51
40 a 49	1	22
Mayores de 50	1	6
	74	232



Podemos observar según el gráfico, que se produce una baja del 7,32% en los casos de menores de 20 años, y nos interesa resaltar que en el año 2006 la edad de los más jóvenes era de 16 años y en el año 2009 es de 14. También se desprende del gráfico que sube un 8,13% el rango de 40 a 49 años.

Por región

Por región	2006	2009
Capital y GBA	68	200
Interior	6	32
	74	232



Se ve un crecimiento de casi un 6% en los casos del interior del país.

CONCLUSIONES:

La realización del curso nos permitió reconocer la necesidad de sistematizar el trabajo que venimos realizando, la construcción de indicadores es indispensable para conocer las características de la población beneficiaria en tratamiento, para saber si el trabajo de seguimiento es efectivo en el tiempo y para conocer el gasto que los tratamientos implican para la obra social, logrando una mejor administración de los recursos y aplicando mejores políticas de salud a esta problemática. Si bien se cuenta con algunas estadísticas a nivel nacional, la falta de datos actualizados hace que se dificulte la construcción de estos indicadores.

El trabajo de estos últimos tres años nos muestra el crecimiento abrupto de la población que solicita tratamiento, además del cambio en la composición de la misma, considerando la mayor demanda de tratamiento en mujeres. Dificultándose la derivación porque en la actualidad son muy pocas las instituciones que están preparadas para el tratamiento de las mismas, contando con muy pocas camas para la internación. A raíz de este fenómeno comienzan a surgir nuevos centros especializados en el tratamiento de mujeres.

Tomando la problemática del consumo de sustancia psicoactivas como una problemática social actual de importante relevancia, la Obra Social está trabajando en la creación de un centro de tratamiento propio.

Durante el año en curso notamos una creciente demanda de tratamiento en todo el interior del país, debido a que antes se limitaban a la Capital Federal, Conurbano Bonaerense, Rosario y Córdoba. Consideramos que en este crecimiento influye no solo la realidad social en la que vivimos, si no la relación creada desde la Sede Central con las Delegaciones del interior del país para canalizar las dudas y la derivación de esta patología.

Uno de los aspectos que tomamos en el trabajo es el recupero del gasto ante la APE y una de las cuestiones a destacar es la diferencia significativa entre los valores actuales cobrados por los prestadores y los montos topes subsidiados por el Estado. Teniendo en cuenta que el valor promedio de una internación es de \$2.500 y el valor subsidiado es de \$1.100. Por esta razón se intenta realizar la mejor derivación posible y los seguimientos de tratamiento, a fin de intentar evitar el abandono del tratamiento, en este objetivo se ve la importancia de conocer el perfil tanto de las instituciones como el de los pacientes. Otro factor que influye es que el Estado solo subsidia, según la resolución, dos años de tratamiento incluyendo todas las modalidades.

Pensamos que la salud es el pilar del bienestar de una comunidad y la base para el desarrollo pleno de las personas. Desde hace mucho tiempo dejó de ser considerada un privilegio individual, para convertirse en uno de los derechos fundamentales de las personas.

Nuestro sistema de salud presenta evidentes signos de segmentación, fragmentación y de incoordinación intersectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras subsisten grandes carencias. En numerosos sitios, la calidad y la seguridad de la atención son aún asignaturas pendientes.

Es indispensable un cambio de organización, que haga eficiente y modernice al sistema nacional de salud. Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo-efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren tratamientos más costosos y prolongados.

De esta manera, la salud mental no puede quedar por fuera de estas decisiones en políticas de salud.

Como un ente financiador deberíamos buscar un equilibrio entre la temática de costos – gastos y la salud de los beneficiarios, como profesionales de la salud ¿podemos ponerle un precio a la misma?, a partir de este curso pensamos que la función del auditor (entre todos los agentes que componen el sistema de salud) consiste en intentar encontrar este equilibrio, aportando con su trabajo un granito de arena a la mejora del sistema.

“Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha de la felicidad y en la prevención de la miseria.....No solo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese `quitapenas` siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y su nocividad”.

Freud, Sigmund. El malestar en la cultura.



Bibliografía:

- Informe final censo de centros de tratamiento 2008 [en línea]. [Consulta: 02 de noviembre de 2009]. Disponible en:
<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe%20final%20Censo%20de%20Centros%20de%20tratamiento%202008.pdf>

- Página Sedronar [en línea]. [Consulta: 01 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.sedronar.gov.ar>

- Naparstek y colaboradores. Capítulos: I, II y XIV en Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo. Grama Ediciones. 2005. Pág.: 9-28 y 173-189.

- Manual de Gestión de Calidad de OSUTHGRA, 2006.

- Freud, Sigmund. “El Malestar en la cultura” en Obras Completas, Tomo III. Biblioteca Nueva, Madrid, Traducción directa del alemán, Luis López Ballesteros. 1989.

- Escohotado, A. Historia general de las drogas 1, 2 y 3. Alianza Editorial. Madrid, 1998.

- Proyecto Programa Nacional de Tratamientos de adicciones OSUTHGRA.

- DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Apartado: Trastorno relacionado con sustancias.



ANEXO



LEY 448

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

TÍTULO I

LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Capítulo I

Disposiciones generales

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

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

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

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

- Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4°;
- A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;
- El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención;
- A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico;
- A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;
- A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;
- La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;
- El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;
- La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;
- La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
- A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

Capítulo II

Autoridad de aplicación

Artículo 4° [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 Mental.

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

- La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley;
- La elaboración del Plan de Salud Mental;
- La conducción, coordinación y regulación del Sistema de Salud Mental;
- La habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los tres subsectores y la evaluación de la calidad de las prestaciones;

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

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

- trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal;
- asociaciones de asistidos y familiares;
- asociaciones sindicales con personería gremial;
- instituciones de formación;
- instituciones académicas;
- asociaciones profesionales;
- la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

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

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

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

Capítulo III

Sistema de Salud Mental

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

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

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

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

- Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales, de los requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

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

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

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

- Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.

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

- Prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental, garantizando la proximidad geográfica de los efectores a la población;
- Coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios;
- Participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental;
- Proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad;
- Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental;
- Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos, y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos en salud mental.

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

- Centros de Salud Mental;
- Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria;
- Dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en Salud Mental;
- Consultorios Externos;
- Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;
- Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;
- Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;
- Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;

- Areas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;
- Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;
- Hospitales monovalentes de salud mental;
- Casas de Medio Camino;
- Centros de capacitación sociolaboral promocionales;
- Talleres protegidos;
- Emprendimientos sociales;
- Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;
- Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;
- Hogares y familias sustitutas;
- Granjas terapéuticas.

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

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

Capítulo IV

Docencia e investigación

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

Capítulo V

Regulación y fiscalización

Artículo 18° La autoridad de aplicación ejerce el poder de policía en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41°, 42°, 43° y 44° de la Ley N° 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

TITULO II



REGIMEN DE INTERNACIONES

Capítulo I

Principios generales

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

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

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

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

Capítulo II

Procedimientos comunes a todas las internaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo III

Internación Involuntaria

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

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

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

Artículo 32° La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley N° 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 33° Si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas. Durante ese lapso un segundo profesional deberá evaluar al paciente. Si ambos profesionales concordasen en la indicación de continuar la internación, entonces deberán indicar el tratamiento a seguir en forma debidamente fundamentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo. Los profesionales que deben avalar la internación estarán sujetos a las limitaciones previstas en el artículo 31°.

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

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

Capítulo IV

Internación judicial

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

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

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

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

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

Capítulo V

Externación, altas y salidas

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

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

Artículo 42° Las altas transitorias o definitivas y las derivaciones a otra institución, deberán ser debidamente fundamentadas en el dictamen del profesional o equipo a cargo del tratamiento del paciente y contar con la certificación del director del establecimiento. Las mismas serán comunicadas al juez interviniente si lo hubiere, dentro de las 24 horas anteriores a su producción.

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

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

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

Artículo 46° Las salidas y permisos especiales serán decididas en función del curso del tratamiento, debiendo ser comunicados a los familiares responsables o tutores responsables, Asesoría de Menores e Incapaces o juez, de acuerdo con la condición legal de la persona

internada, con no menos de 24 horas de anticipación al momento autorizado de salida, debiendo contar con certificación del director del establecimiento.

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

Capítulo VI

Responsabilidad de los directores de los establecimientos asistenciales

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

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

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

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

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

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



Cuarta.- En relación a los recursos y la infraestructura inmobiliaria existente, afectados al Sistema de Salud Mental del subsector estatal, se ratifica la plena vigencia del punto 3, inciso c) del artículo 48° de la Ley N° 153.

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

Artículo 49°.- Comuníquese, etc.



LEY N° 23.737.

CODIGO PENAL

Su modificación. Incorpórase el artículo 18 bis a la Ley N° 10.903. Remplázanse los artículos 25 y 26 de la Ley N° 20.655 e incorpórase a la misma el artículo 26 bis. Deróganse los artículos 1° al 11 de la Ley N° 20.771 y sus modificatorias.

Sancionada: Setiembre 21 de 1989.

Promulgada de hecho: Octubre 10 de 1989.

Ver Antecedentes Normativos

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1°.- Reemplázase el artículo 204 del Código Penal por el siguiente texto:

Artículo 204 — Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que según las reglamentaciones vigentes no pueden ser comercializados sin ese requisito.

Art. 2.- Incorpórase como artículo 204 bis del Código Penal el siguiente texto:

Art. 204 bis.— Cuando el delito previsto en el artículo anterior se cometiere por negligencia, la pena será de multa de trescientos australes a seis mil australes.

Art. 3.- Incorpórase como artículo 204 ter del Código Penal el siguiente texto:

Artículo 204 ter. — Será reprimido con multa de seiscientos australes a doce mil australes el que teniendo a su cargo la dirección, administración, control o vigilancia de un establecimiento destinado al expendio de medicamentos, omitiere cumplir con los deberes a su cargo posibilitando la comisión de alguno de los hechos previstos en el art. 204.

Art. 4.- Incorpórase como artículo 204 quáter del Código Penal el siguiente texto:

Artículo 204 quáter.— Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que sin autorización vendiere sustancias medicinales que requieran receta médica para su comercialización.

Art. 5.- Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes el que sin autorización o con destino ilegítimo:

a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación;

- b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;
- c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;
- d) Comercie con planta o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;
- e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco a quince años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será de un mes a dos años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. *(Párrafo incorporado por art. 1° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995)*

En el caso del inciso e) del presente artículo, cuando la entrega, suministro o facilitación fuere ocasional y a título gratuito y por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que es para uso personal de quien lo recepta, la pena será de SEIS (6) meses a TRES (3) años de prisión y, si correspondiere, serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. *(Párrafo incorporado por art. 1° de la [Ley N° 26.052](#) B.O. 31/8/2005)*

Art. 6.- Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación o materias primas destinadas a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la Aduana y posteriormente alterara ilegítimamente su destino de uso.

En estos supuestos la pena será de tres a doce años de reclusión o prisión, cuando surgiere inequívocamente, por su cantidad, que los mismos no serán destinados a comercialización dentro o fuera del territorio nacional.

Si los hechos fueren realizados por quien desarrolle una actividad cuyo ejercicio depende de autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará además inhabilitación especial de tres a doce años.

Art. 7.- Será reprimido con reclusión o prisión de ocho a veinte años y multa de treinta mil a novecientos mil australes, el que organice o financie cualquiera de las actividades ilícitas a que se refieren los artículos 5 y 6 precedentes.

Art. 8.- Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años y multa de seis mil a trescientos mil australes e inhabilitación especial de cinco a doce años, el que estando autorizado para la producción, fabricación, extracción, preparación, importación, exportación, distribución o venta de estupefacientes los tuviese en cantidades distintas de las autorizadas; o prepare o emplee compuestos naturales, sintéticos u oficinales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes; y a que aplicare, entregare, o vendiere estupefacientes sin receta médica o en cantidades mayores a las recetadas.

Art. 9.- Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de tres mil a cincuenta mil australes e inhabilitación especial de uno a cinco años, el médico u otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera, suministrare o entregare Estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias. Si lo hiciera con destino ilegítimo la pena de reclusión o prisión será de cuatro a quince años.

Art. 10.- Será reprimido con reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a cincuenta mil australes el que facilitare, aunque sea a título gratuito, un lugar o elementos, para que se lleve a cabo alguno de los hechos previstos por los artículos anteriores. La misma pena se aplicará al que facilitare un lugar para que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes.

En caso que el lugar fuera un local de comercio, se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el tiempo de la condena, la que se elevará al doble del tiempo de la misma si se tratare de un negocio de diversión.

Durante la sustanciación del sumario criminal el juez competente podrá decretar preventivamente la clausura del local.

Art. 11.- Las penas previstas en los artículos precedentes serán aumentadas en un tercio del máximo a la mitad del mínimo, sin que las mismas puedan exceder el máximo legal de la especie de pena de que se trate:

- a) Si los hechos se cometieren en perjuicio de mujeres embarazadas o de personas disminuidas psíquicamente, o sirviéndose de menores de dieciocho años o sin perjuicio de éstos;
- b) Si los hechos se cometieren subrepticamente o con violencia, intimidación o engaño.
- c) Si en los hechos intervinientes tres o más personas organizadas para cometerlos;

d) Si los hechos se cometieren por un funcionario público encargado de la prevención o persecución de los delitos aquí previstos o por un funcionario público encargado de la guarda de presos y en perjuicio de éstos;

e) Cuando el delito se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicos o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas o sociales;

f) Si los hechos se cometieren por un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales en general, abusando de sus funciones específicas.

Art. 12.- Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de seiscientos a doce mil australes:

a) El que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes, o indujere a otro a consumirlos;

b) El que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público.

Art. 13.- Si se usaren estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en un tercio del mínimo y del máximo, no pudiendo exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

Art. 14.- Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

Art. 15.- La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes.

Art. 16.- Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Art. 17.- En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desinformación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.

Art. 18.- En el caso de artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudara el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

Art. 19.- La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

Art. 20.- Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de

rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

Art. 21.- En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente Ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

Art. 22.- Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dictamen de peritos, podrá librar oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

Art. 23.- Será reprimido con prisión de dos a seis años e inhabilitación especial de cuatro a ocho, años el funcionario público dependiente de la autoridad sanitaria con responsabilidad funcional sobre el control de la comercialización de estupefacientes, que no ejecutare los deberes impuestos por las leyes o reglamentos a su cargo u omitiere cumplir las órdenes que en consecuencia de aquéllos le impartieren sus superiores jerárquicos.

(Artículo sustituido por art. 2° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995)

Art. 24.- El que sin autorización o violando el control de la autoridad sanitaria, ingrese en la zona de frontera delimitada por ley, precursores o productos químicos aptos para la elaboración o fabricación de estupefacientes, será reprimido con multa de tres mil a seiscientos mil australes, inhabilitación especial de uno a cinco años y comiso de la mercadería en infracción, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.

Los precursores, y productos químicos serán determinados en listas que, por decreto, el Poder Ejecutivo Nacional debe elaborar a ese fin y actualizar periódicamente.

Art. 25.- *(Artículo derogado por art. 29 de la [Ley N° 25.246](#) B.O. 10/5/2000)*

Art. 26.- En la investigación de los delitos previstos en la Ley no habrá reserva bancaria o tributaria alguna. El levantamiento de la reserva sólo podrá ser ordenado por el Juez de la causa. La información obtenida sólo podrá ser utilizada en relación a la Investigación de los hechos previstos en esta Ley.

Art. 26 Bis.- La prueba que consista en fotografías, filmaciones o grabaciones, será evaluada por el tribunal en la medida en que sea comprobada su autenticidad.

(Artículo incorporado por art. 3° de la [Ley N° 24.424](#) NB.O. 9/1/1995)

Art. 27.- En todos los casos en que el autor de un delito previsto en esta Ley lo cometa como agente de una persona jurídica y la característica requerida para el autor no la presente éste sino la persona jurídica, será reprimido como si el autor presentare esa característica.

Art. 28.- El que públicamente imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes, será reprimido con prisión de dos a ocho años.

En la misma pena incurrirá quien por medios masivos de comunicación social explique en detalle el modo de emplear como estupefaciente cualquier elemento de uso o venta libre.

Art. 29.- Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que falsificare recetas médicas, o a sabiendas las imprimiera con datos supuestos o con datos ciertos sin autorización del profesional responsable de la matrícula; quien las suscribiere sin facultad para hacerlo o quien las aceptare teniendo conocimiento de su ilegítima procedencia o irregularidad. En el caso que correspondiere se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el doble de tiempo de la condena.

Art. 29 BIS.- Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que tomare parte en una confabulación de dos o más personas, para cometer alguno de los delitos previstos en los artículos 5, 6, 7, 8, 10 y 25 de la presente ley, y en el artículo 866 del Código Aduanero.

La confabulación será punible a partir del momento en que alguno de sus miembros realice actos manifiestamente reveladores de la decisión común de ejecutar el delito para el que se habían concertado.

Quedará eximido de pena el que revelare la confabulación a la autoridad antes de haberse comenzado la ejecución del delito para el que se la había formado, así como el que espontáneamente impidiera la realización del plan.

(Artículo incorporado por art. 4° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995)

Art. 29 TER.- A la persona incurso en cualquiera de los delitos previstos en la presente ley y en el artículo 866 del Código Aduanero, el tribunal podrá reducirle las penas hasta la mitad del mínimo y del máximo o eximirlo de ellas, cuando durante la sustanciación del proceso o con anterioridad a su iniciación:

- a) Revelare la identidad de coautores, partícipes o encubridores de los hechos investigados o de otros conexos, proporcionando datos suficientes que permitan el procesamiento de los sindicados o un significativo progreso de la investigación.
- b) Aportare información que permita secuestrar sustancias, materias primas, precursores químicos, medios de transporte, valores, bienes, dinero o cualquier otro activo de importancia, provenientes de los delitos previstos en esta ley.

A los fines de la exención de pena de valorará especialmente la información que permita desbaratar una organización dedicada a la producción, comercialización o tráfico de estupefacientes.

La reducción o eximición de pena no procederá respecto de la pena de inhabilitación.

(Artículo incorporado por art. 5 de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995)

Art. 30.- El juez dispondrá la destrucción, por la autoridad sanitaria nacional, de los estupefacientes en infracción o elementos destinados a su elaboración a no ser que pertenecieren a un tercero no responsable o salvo que puedan ser aprovechados por la misma autoridad, dejando expresa constancia del uso a atribuirles.

Las especies vegetales de *Papaver somniferum* L., *Erithroxylon coca* Lam y *Cannabis sativa* L., se destruirán por incineración.

En todos los casos, previamente, deberá practicarse una pericia para determinar su naturaleza, calidad y cantidad, conservando las muestras necesarias para la sustentación de la causa o eventuales nuevas pericias, que serán destruidas cuando el proceso haya concluido definitivamente.

La destrucción a que se refiere el párrafo primero se realizará en acto público dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse practicado las correspondientes pericias y separación de muestras, en presencia del Juez o del Secretario del Juzgado y de dos testigos y se invitará a las autoridades competentes del Poder Ejecutivo del área respectiva. Se dejará constancia de la destrucción en acta que se agregará al expediente de la causa firmada por el juez o el Secretario, testigos y funcionarios presentes.

Además se procederá al comiso de los bienes e instrumentos empleados para la comisión del delito, salvo que pertenecieren a una persona ajena al hecho y que las circunstancias del caso o

elementos objetivos acreditaran que no podía conocer tal empleo ilícito. Igualmente se procederá a la incautación del beneficio económico obtenido por el delito.

(Artículo sustituido por art. 1° de la [Ley N° 24.112](#) B.O. 28/8/1992).

Art. 31.- Efectivos de cualesquiera de los organismos de seguridad y de la Administración Nacional de Aduanas podrán actuar en jurisdicción de las otras en persecución de delincuentes, sospechosos de delitos e infractores de esta Ley o para la realización de diligencias urgentes relacionadas con la misma, debiendo darse inmediato conocimiento al organismo de seguridad del lugar.

Los organismos de seguridad y la Administración Nacional de Aduanas adoptarán un mecanismo de consulta permanente y la Policía Federal Argentina ordenará la información que le suministren aquéllos, quienes tendrán un sistema de acceso al banco de datos para una eficiente lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes en todo el país.

Mantendrán su vigencia los convenios que hubiesen celebrado los organismos de seguridad, la Administración Nacional de Aduanas y demás entes administrativos con el objeto de colaborar y aunar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico y la prevención del abuso de drogas.

Art. 31 Bis.- Durante el curso de una investigación y a los efectos de comprobar la comisión de algún delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, de impedir su consumación, de lograr la individualización o detención de los autores, partícipes o encubridores, o para obtener y asegurar los medios de prueba necesarios, el juez por resolución fundada podrá disponer, si las finalidades de la investigación no pudieran ser logradas de otro modo, que agentes de las fuerzas de seguridad en actividad, actuando en forma encubierta:

- a) Se introduzcan como integrantes de organizaciones delictivas que tengan entre sus fines la comisión de los delitos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, y
- b) Participen en la realización de alguno de los hechos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero.

La designación deberá consignar el nombre verdadero del agente y la falsa identidad con la que actuará en el caso, y será reservada fuera de las actuaciones y con la debida seguridad.

La información que el agente encubierto vaya logrando, será puesta de inmediato en conocimiento del juez. La designación de un agente encubierto deberá mantenerse en estricto secreto. Cuando fuere absolutamente imprescindible aportar como prueba la información personal del agente encubierto, éste declarará como testigo, sin perjuicio de adoptarse, en su caso, las medidas previstas en el artículo 31 quinqués.

(Artículo incorporado por art. 6° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 31 Ter.- No será punible el agente encubierto que como consecuencia necesaria del desarrollo de la actuación encomendada, se hubiese visto compelido a incurrir en un delito, siempre que éste no implique poner en peligro cierto la vida o la integridad física de una persona o la imposición de un grave sufrimiento físico o moral a otro.

Cuando el agente encubierto hubiese resultado imputado en un proceso, hará saber confidencialmente su carácter al juez interviniente, quien en forma reservada recabará la pertinente información a la autoridad que corresponda.

Si el caso correspondiere a las previsiones del primer párrafo de este artículo, el juez lo resolverá sin develar la verdadera identidad del imputado.

(Artículo incorporado por art. 7° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 31 Quater.- Ningún agente de las Fuerzas de Seguridad podrá ser obligado a actuar como agente encubierto. La negativa a hacerlo no será tomada como antecedente desfavorable para ningún efecto.

(Artículo incorporado por art. 8° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 31 Quinques.- Cuando peligre la seguridad de la persona que haya actuado como agente encubierto por haberse develado su verdadera identidad, tendrá derecho a optar entre permanecer activo o pasar a retiro, cualquiera fuese la cantidad de años de servicio que tuviera. En este último caso se le reconocerá un haber de retiro igual al que le corresponda a quien tenga dos grados más del que él tiene.

En cuanto fuere compatible, se aplicarán las disposiciones del artículo 33 bis.

(Artículo incorporado por art. 9° de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 31 Sexies.- El funcionario o empleado público que indebidamente revelare la real o nueva identidad de un agente encubierto o, en su caso, la nueva identidad o el domicilio de un testigo o imputado protegido, será reprimido con prisión de dos a seis años, multa de diez mil a cien mil pesos e inhabilitación absoluta perpetua.

El funcionario o empleado público que por imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes a su cargo, permitiere o diere ocasión a que otro conozca dicha información, será sancionado con prisión de uno a cuatro años, multa de un mil a treinta mil pesos e inhabilitación especial de tres a diez años.

(Artículo incorporado por art. 10 de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 32.- Cuando la demora en el procedimiento pueda comprometer el éxito de la investigación, el juez de la causa podrá actuar en ajena jurisdicción territorial, ordenando a las autoridades de

prevención las diligencias que entienda pertinentes, debiendo comunicar las medidas dispuestas al juez del lugar.

Además, las autoridades de prevención deben poner en conocimiento del juez del lugar los resultados de las diligencias practicadas, poniendo a disposición del mismo las personas detenidas a fin de que este magistrado controle si la privación de la libertad responde estrictamente a las medidas ordenadas, constatado este extremo el juez del lugar pondrá a los detenidos a disposición del juez de la causa.

Art. 33.- El juez de la causa podrá autorizar a la autoridad de prevención que postergue la detención de personas o el secuestro de estupefacientes cuando estime que la ejecución inmediata de dichas medidas puede comprometer el éxito de la investigación.

El juez podrá incluso suspender la interceptación en territorio argentino de una remesa ilícita de estupefacientes y permitir su salida del país, cuando tuviere seguridades de que será vigilada por las autoridades judiciales del país de destino. Esta medida deberá disponerse por resolución fundada, haciéndose constar, en cuanto sea posible, la calidad y cantidad de la sustancia vigilada como así también su peso.

(Párrafo incorporado por art. 11 de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 33 Bis.- Cuando las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente un peligro cierto para la vida o la integridad física de un testigo o de un imputado que hubiese colaborado con la investigación, el tribunal deberá disponer las medidas especiales de protección que resulten adecuadas.

Estas podrán incluso consistir en la sustitución de la identidad del testigo o imputado, y en la provisión de los recursos económicos indispensables para el cambio de domicilio y de ocupación, si fuesen necesarias. La gestión que corresponda quedará a cargo del Ministerio de Justicia de la Nación.

(Artículo incorporado por art. 12 de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 34.- Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país, excepto para aquellas provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que, mediante ley de adhesión, opten por asumir su competencia en las condiciones y con los alcances que se prevén a continuación:

1. Artículo 5° incisos c) y e), cuando se comercie, entregue, suministre o facilite estupefacientes fraccionados en dosis destinadas directamente al consumidor.
2. Artículo 5° penúltimo párrafo.
3. Artículo 5° Último párrafo.

4. Artículo 14.

5. Artículo 29.

6. Artículos 204, 204 bis, 204 ter y 204 quater del Código Penal.

(Artículo sustituido por art. 2° de la [Ley N° 26.052](#) B.O. 31/8/2005)

Art. 34 Bis.- Las personas que denuncien cualquier delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, se mantendrán en el anonimato.

(Artículo incorporado por art. 13 de la [Ley N° 24.424](#) B.O. 9/1/1995).

Art. 35.- Incorpórase a la Ley N° 10.903 como art. 18 bis el siguiente:

Art. 18 bis: En todos los casos en que una mujer embarazada diera a luz en el transcurso del proceso o durante el cumplimiento de una condena por infracción a la ley de estupefacientes, la madre deberá, dentro de los cinco días posteriores al nacimiento someter al hijo a una revisión médica especializada para determinar si presenta síntomas de dependencia de aquéllos.

La misma obligación tendrá el padre, el tutor y el guardador.

Su incumplimiento será penado con multa de ciento veinte a novecientos australes y el juez deberá ordenar la medida omitida.

Art. 36.- Si como consecuencia de infracciones a la presente Ley, el juez de la causa advirtiere que el padre o la madre han comprometido la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de sus hijos menores, deberá remitir los antecedentes pertinentes al juez competente para que resuelva sobre la procedencia de las previsiones del artículo 307, inciso 3, del Código Civil.

Art. 37.- Reemplázanse los artículos. 25 y 26 de la Ley N° 20.655 por los siguientes:

Art. 25. -- Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministrare a un participante en una competencia deportiva, con su consentimiento o sin él, sustancias estimulantes o depresivas tendientes a aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento.

La misma pena tendrá el participante en una competencia deportiva que usare algunas de estas sustancias o consintiere su aplicación por un tercero con el propósito indicado en el párrafo anterior.

Art. 26.-- Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministre sustancias estimulantes o depresivas a animales que intervengan en competencias con la finalidad de aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento.

La misma pena se aplicará a quienes dieren su consentimiento para ello o utilizaren los animales para una competencia con conocimientos de esa circunstancia.

Art. 38.- Incorporárase como art. 26 bis de la Ley N° 20.655 el siguiente:

Art. 26 bis.-- Si las sustancias previstas en los artículos anteriores fueren estupefacientes, se aplicará:

1. En el caso del primer párrafo del art. 25, reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes.
2. En el caso del segundo párrafo del art. 25, prisión de un mes a cuatro años.
3. Para el supuesto del art. 26, prisión de un mes a cuatro años y multa de tres mil a cincuenta mil australes.

Art. 39.- Salvo que se hubiese resuelto con anterioridad, la sentencia condenatoria decidirá definitivamente respecto de los bienes decomisados y de los beneficios económicos a que se refiere el artículo 30.

Los bienes o el producido de su venta se destinarán a la Lucha contra el Tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo.

El mismo destino se dará a las multas que se recauden por aplicación de esta ley.

Asimismo, el mismo destino se le dará a los bienes decomisados o al producido de su venta, por los delitos previstos en la sección XII, Título I de la Ley 22.415, cuando el objeto de dichos delitos sean estupefacientes, precursores o productos químicos.

En las causas de jurisdicción federal y nacional los jueces o las autoridades competentes entregarán las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta a que se refieren los párrafos precedentes, conforme lo establecido por esta ley.

En las causas de jurisdicción provincial las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta, corresponderá a la provincia.

(Artículo sustituido por art. 6° de la [Ley N° 26.052](#) B.O. 31/8/2005)

Art. 40.- Modifícase el último párrafo del art. 77 del Código Penal por el siguiente texto:

El término estupefacientes comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo nacional.

Art. 41.- Hasta la publicación del decreto por el Poder Ejecutivo Nacional a que se refiere el artículo anterior, valdrá como Ley complementaria las listas que hubiese establecido la autoridad sanitaria nacional en virtud de lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 20.771, que tuviesen vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

Art. 42.- El Ministerio de Educación y Justicia en coordinación con el Ministerio de Salud y Acción Social y las autoridades educaciones y sanitarias provinciales, considerarán en todos los

programas de formación de profesionales de la educación, los diversos aspectos del uso indebido de droga, teniendo presente las orientaciones de los tratados internacionales suscriptos por el país, las políticas y estrategias de los organismos internacionales especializados en la materia, los avances de la investigación científica relativa a los estupefacientes y los informes específicos de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre las mismas pautas, desarrollarán acciones de información a los educandos, a los grupos organizados de la comunidad y a la población en general.

Art. 43.- El Estado nacional asistirá económicamente a las provincias que cuenten o contaren en el futuro con centros públicos de recuperación de los adictos a los estupefacientes.

El Poder Ejecutivo nacional incluirá anualmente en el presupuesto nacional una partida destinada a tales fines. Asimismo proveerá de asistencia técnica a dichos centros.

Art. 44.- Las empresas o sociedades comerciales que produzcan, fabriquen, preparen, exporten o importen sustancias o productos químicos autorizados y que por sus características o componentes puedan ser derivados ilegalmente para servir de base o ser utilizados en la elaboración de estupefacientes, deberán inscribirse en un registro especial que funcionará en la jurisdicción que determine el Poder Ejecutivo Nacional y que deberá mantenerse actualizado mediante inspecciones periódicas a las entidades registradas.

En este registro deberán constar la producción anual, las ventas, su destino geográfico y uso, así como todos los datos necesarios para ejercer su adecuado control, tanto en las etapas de producción para ejercer su adecuado control, tanto en las etapas de producción como de comercialización de las sustancias o productos y su ulterior utilización.

El incumplimiento de esta obligación será sancionado con inhabilitación especial de un mes a tres años y multa de mil a cien mil australes.

Las sustancias o productos químicos serán los que haya determinado o determine el Poder Ejecutivo Nacional mediante listas que serán actualizadas periódicamente.

Art. 45.- (*Artículo derogado por art. 3° de la [Ley N° 23.975](#) B.O. 17/9/1991*).

Art. 46.- Deróganse los arts. 1° a 11 inclusive de la Ley N° 20.771 y sus modificatorias.

Art. 47.- Comuníquese al Poder Ejecutivo. ALBERTO R. PIERRI — EDUARDO A. DUHALDE — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo – Alberto J.B. Iribarne.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE.



(Nota Infoleg: por art. 10 de la [Ley N° 24.316](#) B.O. 19/5/1994, se establece que las disposiciones de la misma no alterarán los regímenes especiales dispuestos por la presente.)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la [Ley N° 23.975](#) B.O. 17/9/1991, se establece que los montos de las penas de multa establecidos en la presente Ley se aumentarán a la cantidad que resulte de multiplicar por 375 los mínimos y máximos, excepto los fijados en los arts 2 y 3.)

Antecedentes Normativos

- Artículo 39, últimos párrafos incorporados por art. 22 de la [Ley N° 24.061](#) B.O. 30/12/1991;



LEY 26052/05

PUBLICADO EN EL BO 30728 DEL 31/08/05

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1 Incorpórase como último párrafo del artículo 5° de la Ley [23.737](#) el siguiente: "En el caso del inciso e) del presente artículo, cuando la entrega, suministro o facilitación fuere ocasional y a título gratuito y por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que es para uso personal de quien lo recepta, la pena será de SEIS (6) meses a TRES (3) años de prisión y, si correspondiere, serán aplicables los artículos 17, 18 y 21."

Artículo 2 Sustitúyese el artículo 34 de la Ley [23.737](#) por el siguiente: "Artículo 34: Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país, excepto para aquellas provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que, mediante ley de adhesión, opten por asumir su competencia en las condiciones y con los alcances que se prevén a continuación: 1. Artículo 5° incisos c) y e), cuando se comercie, entregue, suministre o facilite estupefacientes fraccionados en dosis destinadas directamente al consumidor.

2. Artículo 5° penúltimo párrafo.

3. Artículo 5° Último párrafo.

4. Artículo 14.

5. Artículo 29.

6. Artículos 204, 204 bis, 204 ter y 204 quater del Código Penal.

Artículo 3 Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, conocerá la justicia federal cuando la causa tuviere conexidad subjetiva con otra sustanciada en dicho fuero.

Artículo 4 En caso de duda sobre la competencia, prevalecerá la justicia federal.

Artículo 5 A los efectos de la presente ley, establécese un sistema de transferencias proporcionales, a las jurisdicciones (provinciales o a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que adhieran, y que así lo requieran de los créditos presupuestarios de la Administración Pública Nacional, Ministerio Público y Poder Judicial de la Nación correspondientes a fuerzas de seguridad, servicio penitenciario y prestación de justicia con el objeto de garantizar la ejecución de la presente ley.

Artículo 6 Sustitúyese el artículo 39 de la Ley [23.737](#) por el siguiente: "Artículo 39. Salvo que se hubiese resuelto con anterioridad, la sentencia condenatoria decidirá definitivamente respecto de los bienes decomisados y de los beneficios económicos a que se refiere el artículo 30.



Los bienes o el producido de su venta se destinarán a la Lucha contra el Tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo.

El mismo destino se dará a las multas que se recauden por aplicación de esta ley.

Asimismo, el mismo destino se le dará a los bienes decomisados o al producido de su venta, por los delitos previstos en la sección XII, Título I de la Ley 22.415, cuando el objeto de dichos delitos sean estupefacientes, precursores o productos químicos.

En las causas de jurisdicción federal y nacional los jueces o las autoridades competentes entregarán las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta a que se refieren los párrafos precedentes, conforme lo establecido por esta ley.

"En las causas de jurisdicción provincial las multas, los beneficios económicos y los bienes decomisados o el producido de su venta, corresponderá a la provincia.

Artículo 7 Las causas en trámite alcanzadas por la presente ley continuarán su tramitación por ante el fuero en que se estuvieren sustanciando.

Artículo 8 Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,
A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO DOS MIL CINCO.

REGISTRADA BAJO EL Número 26.052

EDUARDO O. CAMAÑO

MARCELO A. GUINLE

Eduardo D. Rollano

Juan Estrada



LEY 24.455

Boletín Oficial 1995/03/08

Art. 1º -- Todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

- a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes;
- b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes;
- c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

Art. 2º -- Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los arts. 16, 17, 18 y 19 de la ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

Art. 3º -- Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el art. 1º de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

Art. 4º -- El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el art. 1º de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Art. 5º -- La presente ley tendrá ejecutoriedad, previa existencia en el presupuesto general de la Nación del período de que se trata de partidas específicas destinadas a sus fines.

Art. 6º -- La presente ley deberá ser reglamentada dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 7º -- Comuníquese

DECRETO 580/1995

Boletín Oficial 1995/10/18

Art. 1° -- Apruébase la reglamentación de la ley 24.455 conforme al anexo I que forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2° -- Comuníquese, etc. -- Menem. – Bauzá. -- Mazza.

Anexo I

REGLAMENTACION DE LA LEY 24.455

Art. 1° -- Sin reglamentar.

Art. 2° -- Sin reglamentar.

Art. 3° -- EL Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de las áreas que disponga, elaborará programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el art. 1° de la ley 24.455, tomando en cuenta para el programa de drogadicción a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación, según las atribuciones otorgadas por el dec. 649/91 y en el programa de SIDA al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA, creado en el marco jurídico de la ley 23.798/90 y su dec. reglamentario 1244/91. Dichos programas con las adecuaciones a la realidad de la población beneficiaria de cada obra social, serán presentados a la Administración Nacional del Seguro de Salud --ANSSAL--, para que a través de ésta se disponga la cobertura de todos los niveles mencionados en el programa de la obra social con las estructuras asistenciales que la Administración financia y supervisa.

Los programas deberán ser presentados dentro de los primeros treinta (30) días hábiles cada año calendario, a la Administración Nacional del Seguro de Salud, disponiendo ésta de otros quince (15) días hábiles para indicar el ámbito de cobertura del programa.

Para todas las contingencias de los programas la ANSSAL contratará y financiará según el presupuesto asignado de acuerdo al art. 5° de la ley 24.455, los efectores calificados para la cobertura integral y necesaria que serán prestadores acreditados y categorizados por la autoridad de aplicación e inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores.

Art. 4° -- El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el art. 1° de la ley 24.455 se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, quien dispondrá a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, las condiciones de acreditación y categorización de los prestadores de los servicios necesarios para cada programa asistencial, siendo requisito fundamental el cumplimiento del programa de garantía de calidad de



la atención médica.

Todos los prestadores deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores, tal como lo indica la ley 23.661 en el art. 29.

Art. 5° -- Las partidas específicas existentes en el presupuesto general de la Nación destinadas al objetivo previsto en la ley 24.455 estarán asignadas en ese presupuesto a la Administración Nacional del Seguro de Salud --ANSSAL--.

Las mencionadas partidas estarán en el presupuesto de la Administración Nacional del Seguro de Salud, con imputación específica a los alcances de la ley 24.455.

Art. 6° -- Sin reglamentar



ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

Resolución 9800/2005

Modificación del Punto 16 del Anexo VI de la Resolución N° 500/2004, a fin de adecuarlo a los criterios sobre aranceles y prestaciones definidos por la APE, la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y la Subsecretaría de Drogadicción de la Provincia de Buenos Aires.

Bs. As., 27/9/2005

VISTO:

La Resolución N° 500/04 – APE, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución citada en el VISTO se establece el Programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales por medio del cual esta Administración otorgará cobertura para el pago de determinadas prestaciones medicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable taxativamente mencionadas en dicho Programa.

Que el Punto 16 del Anexo VI de la Resolución, regula los requisitos y condiciones que deben cumplir los Agentes del Seguro de Salud para solicitar la cobertura de tratamientos para drogadependientes, estipulando, asimismo, los montos reconocidos para cada prestación.

Que esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES junto con la SECRETARIA PARA LA PREVENCION DE LA DROGADICCION Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO DE LA NACION y la SUBSECRETARIA DE DROGADICCION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, han unificado criterios sobre aranceles y prestaciones entre los tres Organismos, despejando, de esta manera, algunas diferencias que existían al respecto.

Que la SECRETARIA PARA LA PREVENCION DE LA DROGADICCION Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO DE LA NACION ha oficializado las conclusiones obtenidas de la reunión de los tres Organismos, dictando el acto administrativo correspondiente.

Que en atención a lo expuesto, se cree conveniente el dictado de un acto administrativo que modifique el Punto 16 del Anexo VI de la Resolución N° 500/04, a fin de adecuarlo a los criterios sobre aranceles y prestaciones definidas en la reunión mencionada

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por los Decretos Nros 53/ 98 y 167/02.

Por ello

EL INTERVENTOR DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES
RESUELVE:

Artículo 1º — Modifícase el Punto 16 del Anexo VI de la Resolución N° 500/04 – APE, el que quedará redactado de la siguiente manera: “Tratamiento para drogadependientes, tanto el ambulatorio como en internación según Programa aprobado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

a) Módulo 1: Consulta y Orientación: Refiere a consultas de orientación y evaluación diagnóstica según DSM IV (debiendo considerarse los Ejes I para el diagnóstico en Adicciones) y posterior derivación. El módulo está integrado por cuatro consultas como mínimo y seis como máximo, a saber; Psiquiátrica, Psicológica, Psicosocial y Clínica.

1. Valor de Referencia: \$ 15 por consulta.

b) Módulo 2: Hospital de Medio Día (4 Horas): Comprende actividades terapéuticas de tipo ambulatorio.

1. Criterios de admisión del paciente: conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso.

2. Valores de Referencia: hasta \$ 510 por mes.

3. Máximo 180 días.

c) Módulo 3: Hospital de Día (8 horas): Comprende actividades de tipo ambulatorio.

1. Criterios de admisión del paciente: conciencia de situación y enfermedad, escasa red de contención familiar y sin actividades laborales y/o escolares.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 690 por mes.

3. Máximo 180 días.

d) Módulo 4: Internación Psiquiátrica para Desintoxicación:

1. Criterios de admisión: intoxicación severa, descompensación, clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 70 por día.

3. Máximo 30 días.

e) Módulo 5: Internación en Comunidad Terapéutica Residencial:

1. Criterios de admisión: intoxicación crónica severa, falta de contención familiar, no sostiene actividades laborales ni educativas.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 1.100 por mes



3. Máximo 12 meses con evaluaciones cada 60 días por la auditoría del Agente del Seguro de Salud. Estas evaluaciones deben formar parte de los respectivos expedientes de solicitud de cobertura ante esta Administración.

f) Módulo 6: Modalidad Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas:

1. Criterios de admisión: finalización de cualquiera de los módulos de tratamiento definidos en los puntos b), c), d) y e) hasta el alta definitiva.

2. Valor de Referencia: hasta \$ 350 por mes.

3. Máximo 180 días.

El tiempo máximo de cobertura que financiará esta Administración en concepto de tratamientos de drogadependencia será de hasta 24 meses sumando todas las modalidades aquí descriptas.”.

Art. 2º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese cúmplase y oportunamente archívese. — Eugenio D. Zanarini.



Administración de Programas Especiales

PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

Resolución 500/2004

Establécese el nuevo Programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales, por medio del cual se otorgará apoyo financiero para el pago de determinadas prestaciones médicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable. Requisitos a cumplir por parte de los Agentes del Seguro de Salud.

Bs. As., 27/1/2004

VISTO las Resoluciones N° 001/98, N° 3502/99, N° 661/00, 3430/00, N° 5822/00, N° 239/02, N° 1001/03 y 1400/03 de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES y,

CONSIDERANDO

Que la Resolución citada en primer término en el VISTO establece el Programa de Cobertura de Alta Complejidad a través del cual esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES financiará el pago de las prestaciones de alto impacto económico o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo taxativamente enumeradas en la Resolución.

Que desde su dictado, la misma ha recibido modificaciones sustanciales en lo atinente a las prestaciones cubiertas como asimismo frente a la modalidad de presentación y los requisitos necesarios para la obtención del apoyo financiero.

Que los Anexos I y II de la Resolución N° 001/98 - APE establecen las normas y los requisitos a los que se deberán ajustar los Agentes de Salud en sus solicitudes de subsidio o reintegro.

Que en atención al tiempo transcurrido y en base a la experiencia adquirida en la puesta en práctica antes mencionada, se cree necesario reformular algunos procedimientos a fin de agilizar el trámite de la entrega de los subsidios o reintegros solicitados por los Agentes de Salud.

Que asimismo es conveniente proceder a ordenar el texto de la Resolución N° 001/98 - APE adecuándola a las modificaciones experimentadas, logrando así un texto ordenado de la misma.

Por ello, en uso de las atribuciones fijadas por los Decretos N° 53/98 y 167/02,

EL INTERVENTOR DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

RESUELVE

Artículo 1° — Deróganse las Resoluciones N° 001/98 - APE, N° 3502/99 - APE, N° 661/00 - APE, N° 3430/00, N° 5822/00 - APE, N° 239/02 - APE, N° 1001/03 - APE y 1400/03 - APE.

Art. 2º — Establécese, a partir de la publicación de la presente, el nuevo PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES a través del cual esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES otorgará apoyo financiero para el pago de las prestaciones médicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable que taxativamente se establecen en los Anexos III, IV, V y VI que forman parte de la presente.

Art. 3º — Los Agentes del Seguro de Salud que requieran un apoyo financiero de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, deberán ajustar su solicitud a las normas, requisitos y condiciones que se aprueban como Anexo I, II y VII de la presente Resolución y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras, y a las normas que en el futuro se dicten.

Art. 4º — Apruébase el Informe de Auditoría que como Anexo VIII forma parte de la presente, y que deberá ser cumplimentado por los Agentes del Seguro en cada una de sus solicitudes.

Art. 5º — Establécese que las solicitudes de subsidios que sean efectuadas mediante el Trámite Calificado por Riesgo de Muerte deberán respetar los requisitos y condiciones establecidos por la Resolución N° 154/02 - APE.

Art. 6º — Mantiénese la vigencia de la Resolución N° 155/02 - APE en relación a los plazos y condiciones que establece para la presentación de apoyos financieros.

Art. 7º — En el plazo de NOVENTA (90) días corridos, a partir de la publicación de la presente, los Agentes del Seguro deberán suscribir un convenio con esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES a fin de implementar el Sistema de Comunicación Electrónica de Notificaciones, con el fin de agilizar los procedimientos administrativos vigentes.

Art. 8º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. — Eugenio D. Zanarini.

ANEXO I

SOLICITUDES DE APOYO FINANCIERO PARA PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

I.- Cada solicitud de subsidio o reintegro deberá ser presentada por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público, excepto que la misma se halle registrada en el Registro de Autoridades y Representantes Legales creado por la Resolución N° 9486/03-APE.

II.- La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por el Agente del Seguro de Salud solicitante:

1.- El Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo financiero petitionado no es obligatorio para la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.

2.- El Agente de Salud solicitante reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES de toda responsabilidad. Incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa del Agente de Salud.

3.- El Agente de Salud solicitante asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del Sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

5.- El Agente de Salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del Agente de Salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del Agente de Salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

III.- El Agente de Salud deberá aportar la siguiente información para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

1.- Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.

2.- Número y tipo de beneficiario.

3.- Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

4.- Diagnóstico, tratamiento y/o intervención quirúrgica que debe efectuarse al paciente, y evaluación de la auditoría médica del Agente de Salud solicitante avalando la necesidad del mismo, la que deberá estar fundada en la Historia Clínica del paciente realizada por el médico tratante.

5.- Carácter del apoyo financiero solicitado (Subsidio o Reintegro, según corresponda).

6.- Monto solicitado expresado en moneda de curso legal. En el supuesto del apartado IV del presente Anexo, se convertirá el valor de la moneda de origen a pesos, según la cotización tipo vendedor del Banco Nación especificando la fecha de la conversión respectiva.

7.- Certificado de Afiliación del beneficiario expedido por el Agente del Seguro de Salud, con fecha de ingreso a la misma e informe de la empresa donde presta servicios, con fecha de ingreso al establecimiento. Grado de parentesco con el titular. Si es extranjero, fecha de entrada al país y tipo y N° del respectivo documento otorgado por autoridad argentina.

IV.- Se adjuntarán a la solicitud de apoyo financiero, hasta tres (3) presupuestos en original de prestadores o proveedores acreditados de plaza y que se encuentren inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, en caso que este último requisito sea exigible. Los presupuestos deberán estar confeccionados en moneda de curso legal, o en la moneda de origen para el caso de productos extranjeros.

La Gerencia de Prestaciones dispondrá el valor máximo del apoyo financiero conforme a los presupuestos presentados, sus estimaciones propias y/o de mercado y las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

V.- La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas, Salidas y Archivo de la Administración de Programas Especiales, la que procederá a verificar la documentación presentada sin evaluar su contenido, otorgándole número de expediente o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los faltantes.

En caso que el requerimiento de los faltantes o el pedido de aclaraciones de la Gerencia de Prestaciones no sea contestado en el término de treinta (30) días hábiles, se reiterará el pedido, otorgándose otros sesenta (60) días. En caso de no obtenerse respuesta a esta segunda instancia, se entenderá por desistida la petición, procediéndose a la caducidad del trámite, mediante acto resolutivo de la Administración de Programas Especiales.

VI.- La notificación del otorgamiento se efectuará en forma fehaciente al Agente de Salud. El Agente de Salud que autorice a un mandatario a recibir las notificaciones, deberá cumplimentar los requisitos establecidos en la Resolución N° 9486/03 - APE.

VII.- La liquidación y pago del subsidio se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

ANEXO II

NORMAS GENERALES



Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero con arreglo a la presente resolución, deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

INCISO 1°.- HISTORIA CLINICA

El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en cada solicitud, historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa de la práctica a realizar, debiendo estar auditada por el médico de Agente del Seguro de Salud, el que autorizará la realización de la misma.

En caso de pacientes crónicos que demanden un tratamiento prolongado en el tiempo, el Agente de Salud deberá presentar la historia clínica completa en la primera presentación que realice. En las posteriores presentaciones para el mismo paciente beneficiario, deberá indicar el Expediente donde se encuentra la historia clínica completa, debiendo adjuntar sólo las actualizaciones de la misma.

INCISO 2°.- AUDITORIA

En todos los casos, la Administración de Programas Especiales se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

INCISO 3°.- VALORES DE LA PRESTACION

La ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES financiará las prácticas, prótesis/órtesis, medicamentos y transplantes hasta el monto máximo que establezca la Gerencia de Prestaciones del Organismo.

Los valores que los Agentes de Seguro reciban como subsidio por las prácticas que estos efectúen tendrán carácter global y comprenderán los honorarios, gastos, insumos —(material descartable y medicamentos)— estudios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y cualquier otro procedimiento que esté incluido en la práctica, representando dichos valores el CIEN POR CIEN —(100%)— del gasto de la práctica, y no se contemplará reclamo alguno por elementos adicionales a los fijados en el monto global.

INCISO 4°.- REGISTRO DE PRESTADORES

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, salvo que dicha inscripción no sea obligatoria para el prestador y/o proveedor. La Administración de Programas Especiales no dará curso a solicitudes en los que el prestador o prestadores no cumplimenten este requisito.

INCISO 5°.- MONTO A CARGO DEL AGENTE DEL SEGURO

Los apoyos financieros que se otorguen para dar cobertura a las prestaciones contempladas en los Anexos III y IV de la presente, cubrirán aquella parte del valor que supere el veinte por ciento (20%) del monto acordado por la Gerencia de Prestaciones de este Organismo, hasta un límite máximo de tres mil pesos (\$ 3.000.-), sean los prestadores públicos o privados, debiendo el Agente del Seguro atender con sus propios recursos las sumas que no excedan el monto indicado o bien hasta ese monto, cuando los valores sean superiores.

Esta franquicia estará suspendida mientras dure el término de la Emergencia Sanitaria dispuesta por el Decreto N° 486/2002 y prorrogada por los Decretos N° 2724/2002, N° 1210/2003 o el que lo disponga en el futuro y de acuerdo a las prescripciones y supuestos establecidos por la Resolución N° 783/03 —APE—.

INCISO 6°. - INFORME DE AUDITORIA MEDICA

El Informe de Auditoría Médica de las prestaciones, que como Anexo VIII forma parte de la presente Resolución, será efectuado por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Administración supervisarlos por intermedio de sus profesionales o disponer que estos también la efectúen.

INCISO 7°. CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS

Los Agentes del Seguro que soliciten apoyos financieros en las condiciones que fija la presente resolución, deberán cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento.

INCISO 8°. - CONOCIMIENTO DE LA PRESENTE RESOLUCION

Los prestadores públicos y/o privados, y los proveedores que brinden las prestaciones enunciadas en el artículo 1° en base a un pedido de apoyo financiero sujeto a la presente resolución y/o perciban el pago por dicho concepto, tendrán por conocida y aceptada la presente resolución y sus anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo estadísticas de evaluación de los beneficiarios que realice el Agente del Seguro. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 42° y concordantes de la Ley 23.661 a cuyo fin la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES extraerá testimonio y la remitirá a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

INCISO 9°. - DE LA RENDICION DE CUENTAS Y DE LA REVOCACION

En las rendiciones de cuentas por apoyos financieros otorgados con carácter de subsidio, los Agentes de Salud deberán ajustarse a las normas y procedimientos establecidos por la Resolución N° 7800/03 - APE.

INCISO 10°. - TRANSPLANTES

Cuando se trate de prácticas de trasplante de órganos, los Agentes de Salud deberán tener especialmente en cuenta que:

—Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).

—Las solicitudes de cobertura de los pretransplantes y criopreservaciones se gestionan en el mismo expediente del pedido del trasplante, aún cuando serán abonadas por única vez, una vez efectuado el trasplante.

—El importe por la procuración del Órgano, según los valores expuestos en el Anexo V de la presente Resolución, será solicitado por el INCUCAI, u Organismo Regional, o Jurisdiccional, en caso de ser uno de éstos el actuante, y abonado al mismo por Tesorería de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución N° 31/97- INCUCAI. Cuando la procuración haya sido efectuada por un prestador distinto de los mencionados, la solicitud será incorporada por el Agente del Seguro al mismo expediente de la solicitud de trasplante, y será abonada al Agente del Seguro, salvo el supuesto establecido en el inciso 11° del presente anexo.

—No se subsidiarán prácticas de trasplantes en el exterior. La necesidad de la excepción, de corresponder, será evaluada por la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales para cada caso particular.

— En toda presentación relacionada con pretrasplantes o trasplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en lista de espera oficial.

— Para los supuestos en que habiéndose efectuado las prácticas de pretrasplante y se hubiere producido el deceso del beneficiario, se admitirá la solicitud de apoyo financiero por el módulo citado, debiéndose acompañar a la petición el certificado de defunción y constancia de los estudios y/o prácticas realizadas.

— Los apoyos financieros respecto de pretrasplantes y trasplantes se liquidarán y abonarán una vez acreditada fundamentalmente la efectivización de la práctica, adjuntándose a la presentación el protocolo quirúrgico, certificado de implante e informe de auditoría.

INCISO 11°.- CESION DE DERECHO DE COBRO

El Agente de Salud podrá solicitar que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por su cuenta y orden, asumiéndolos como propios.

Para el caso que el Agente de Salud solicitante decida ceder sus derechos a un prestador o proveedor sobre posibles futuros créditos que pudiere tener a su favor por los subsidios



solicitados ante esta Administración de Programas Especiales, se compromete a cumplir los requisitos y condiciones establecidos en la Resolución N° 9486/03 - APE.

ANEXO III

PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

- 1). Injertos de miembros con microcirugía.
- 2). Transplantes de médula ósea para casos de:
 - 2.1 Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica.
 - 2.2 Tumores hemáticos (linfomas, leucemias).
 - 2.3 Mieloma múltiple.
 - 2.4 Otros, con informe previo de la Sociedad Científica.
- 3). Transplantes renales.
- 4). Transplantes cardíacos.
- 5). Transplantes cardiopulmonares.
- 6). Transplantes pulmonares.
- 7). Transplantes hepáticos.
- 8). Transplantes renopancreáticos
- 9). Transplantes de páncreas.
- 10). Transplante masivo de hueso para casos de:
 - 10.1 Cirugía de tumores óseos.
 - 10.2 Cirugía de malformaciones óseas congénitas.
- 11). Embolización selectiva de vasos, aplicación de coils y tratamiento por clippado de aneurismas cerebrales.
- 12). Radioneurocirugía cerebral.
- 13). Tratamientos de grandes quemados, de más del 10% de superficie corporal y hasta un monto máximo de \$ 1.500.- (mil quinientos) por día.

ANEXO IV

PROTESIS, ORTESIS Y MATERIAL DESCARTABLE

I.- PROTESIS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

1. Totales y parciales de caderas, cementadas y no cementadas.
2. Totales y parciales de rodilla, cementadas y no cementadas.
3. Materiales de estabilización de columna.
4. Materiales de osteosíntesis.

II.- MATERIALES DESCARTABLES CIRUGIA CARDIOVASCULAR

1. Materiales descartables para realizar cirugía cardiovascular con bomba de circulación extracorpórea.
2. Prótesis cardíacas, mecánicas y biológicas, monovalvas y bivalvas aórtica y mitral.
3. Parches cardíacos, biológicos y artificiales, para corregir defectos congénitos.
4. Prótesis arterial (rectas, bifurcadas y cónicas) biológicas y sintéticas.
5. Materiales descartables para prácticas endovasculares.
6. Stent coronarios, biliares y vasculares periféricos.

III.- CARDIODESFIBRILADORES

1. Mono y bicamerales, con electrodos epi o endocárdicos
2. Para pacientes con
 - a. Síndrome de Brugada
 - b. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20%, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

IV.- PROTESIS PARA NEUROCIRUGIA

3. Sistema de derivación ventrículo peritoneal con reservorio. Drenaje lumbo-peritoneal.
4. Implantes cocleares. Las normas, requisitos y condiciones para acceder al subsidio se establecen en el Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares creado por la Resolución N° 1276/02 - APE.

V.- OTROS

1. Respirador externo de presión positivo - negativo.
2. Esfínteres urinarios externos.

ANEXO V

TRANSPLANTES

A los efectos del cumplimiento de lo determinado en él —inciso 10°, Anexo II— de esta resolución, la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales, procederá a la inclusión de los valores de los "Módulos de Organos Perfundidos" establecidos en el Anexo III, puntos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° y 9°, enunciados precedentemente, conforme a las normas y valores modulares establecidos para la procuración de órganos, fijados en la Resolución N° 31/97



del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (I.N.C.U.C.A.I.) en cumplimiento de la Ley 24.193, su decreto reglamentario N° 512/95 y normas complementarias que regulan el arancelamiento de servicios prestados por dicho organismo.

MODULOS DE ORGANOS PERFUNDIDOS:

ORGANO	IMPORTE
Riñón y Uréter	\$ 1.800.-
Corazón	\$ 4.500.-
Corazón Pulmón	\$ 4.500.-
Pulmón	\$ 4.500.-
Hígado	\$ 4.500.-
Páncreas	\$ 4.500.-
Riñón y páncreas	\$ 4.500.-
Huesos	\$ 1.100.-

MODULOS DE OPERATIVOS TERRESTRE Y AEREO

Se reconoce el valor de los módulos de operativos terrestres y aéreos como valores autónomos a los mencionados precedentemente, siempre que sean facturados en forma independiente por el INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional hasta los importes previstos en el inciso g) del Anexo Unico de la Resolución N° 31/97.—INCUCAI—.

Valor Módulo Operativo Terrestre: Pesos cuatrocientos (\$ 400).

Valor Módulo Operativo Aéreo: prorratio del importe de la factura de transporte aéreo entre todos los órganos procurados en dicho operativo. Por lo expuesto, en estos casos, tanto el INCUCAI como asimismo todos los organismos jurisdiccionales deberán presentar, junto con la demás documentación, copia de la facturación del transportador aéreo y listado de órganos procurados en el operativo.

MODULO DE PRE-TRANSPLANTE DE ORGANOS

ORGANO	IMPORTE
--------	---------

Riñón (hasta)	\$ 1.500.-
Corazón (hasta)	\$ 4.500.-
Corazón Pulmón (hasta)	\$ 4.500.-
Pulmón (hasta)	\$ 4.500.-
Hígado (hasta)	\$ 4.500.-
Riñón-Páncreas (hasta)	\$ 4.500.-

ANEXO VI

NORMAS PARA SUBSIDIOS POR MEDICAMENTOS

Las normas que por el presente se establecen no derogan los requisitos propios que deben cumplimentar los Agentes de Salud en sus solicitudes de apoyo financiero para prestaciones de alta complejidad o para tratamientos que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, siendo sólo una ampliación de los mismos.

Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar apoyos financieros para la cobertura de los medicamentos que a continuación se detallan:

1. Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente.

En los casos que así lo requieran se dará cobertura a la inducción en el peritransplante a través de un módulo especial cuyo valor será de hasta pesos treinta mil (\$ 30.000). Este módulo se abonará una sola vez por transplante.

2. Tratamiento de la enfermedad Fibroquística del Páncreas: Se financiará según los módulos que se detallan a continuación:

— Módulo 1: Corresponde a la cobertura de pacientes con requerimientos de enzima pancreática, aportes nutritivos adicionales (proteínas + grasas + carbohidratos) y vitaminas liposolubles.

Valor del módulo: hasta pesos mil (\$ 1.000.-) por mes de tratamiento. Se otorgarán exclusivamente por reintegro.

— Módulo 2: correspondiente a la cobertura de Tobramicina aerosolizada: para tratamiento de las neumonías por pseudomonas aeruginosa.

Para las solicitudes contempladas en este módulo deberá incorporarse resultado del cultivo y antibiograma de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.

Valor del módulo: Hasta pesos nueve mil (\$ 9.000.-) por mes de tratamiento.

— Módulo 3: corresponde a la cobertura de rhDnasa humana. Valor del módulo: hasta pesos dos mil trescientos (\$ 2.300.-) por mes.

3. Materiales descartables, accesorios e insumos para la alimentación parenteral prolongada debidamente documentada (patologías no oncológicas).

4. Hormona del crecimiento.

Se reconocerá la cobertura del subsidio en los siguientes casos:

- 1) Déficit de la hormona.
- 2) Insuficiencia Renal Crónica.
- 3) Síndrome de Turner.
- 4) Síndrome de Prader Willii

No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos:

- 1) Niños con baja estatura idiopática.
- 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
 - a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
 - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
 - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

- 1) Resumen de Historia Clínica.
- 2) Nivel sérico de Hormona de Crecimiento.
- 3) Estudio genético en el Síndrome de Turner y en el Síndrome de Prader Willii.
- 5) Tabla de crecimiento pondo estatural.
- 6) Edad ósea.

5. Cobertura farmacológica para la Enfermedad de Gaucher.

Se dará cobertura a través de los apoyos financieros solicitados por Imiglucerasa de acuerdo a las siguientes normas:

- 1) Enfermedad tipo I no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos:
 - a) Trombocitopenia con tendencia al sangrado. Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm³.
 - b) Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro. Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad.
 - c) Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D.
 - d) Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer.

e) Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna.

f) Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cc en adultos).

2) Menores de 18 años con enfermedad tipo I.

No se dará cobertura a las solicitudes de apoyo financiero, por no ser clínicamente beneficiosa su utilización en los siguientes casos:

1) Pacientes con enfermedad de Gaucher Tipo II y III.

2) Portadores asintomáticos.

3) Utilización profiláctica en casos leves.

La información que deberá contener cada solicitud es la siguiente:

a) Historia Clínica detallada con tipo de enfermedad (I, II o III).

b) Exámenes de laboratorio (Hemograma completo, conteo de plaquetas).

c) Informe radiológico.

d) Confirmación de la patología mediante punción biopsia hepática y/o dosaje enzimático (betaglucocerebrosidasa u otras) y/o estudios genéticos.

6. Tratamiento de la Fenilcetonuria. Medicación y alimentación: debiéndose indicar el desarrollo ponderal estatural y los parámetros psicosociales en la evaluación.

7. Interferón: en tratamiento de:

— Esclerosis Múltiple. Se dará cobertura de Interferón beta 1a-1b, según los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:

i) Forma Remitente Recidivante.

ii) Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.

b) Criterios de Exclusión:

i) Embarazadas.

ii) Pacientes sin requisitos clínicos e imagenológicos.

iii) Forma Secundaria Progresiva no activa.

iv) Forma Primaria Progresiva.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

a) Resumen de Historia Clínica, con Diagnóstico (forma clínica).

b) Informe de RMN con lesiones compatibles con EM

— Hepatitis Crónica por virus B o C: Se reconocerá Interferón alfa 2a - 2b - 2a pegilado.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en la primera solicitud de apoyo financiero será:

a) Resumen de Historia Clínica, con:

- i) Biopsia hepática.
- ii) Carga viral.
- iii) Tipificación del virus.

En las subsiguientes corresponde solamente informar variación en la Carga Viral.

8. Copolímero para tratamiento de Esclerosis Múltiple, en iguales condiciones que el interferón.

9. Ribavirina para tratamiento de Hepatitis C, en las mismas condiciones que el Interferón.

10. Teicoplanina: Sólo se reconocerá cuando se utilice en infecciones a estafilococos meticilino resistentes. Debe presentarse en el expediente el cultivo y el antibiograma.

11. Factores Estimulantes de Colonias Granulocíticas: Se autorizará el apoyo financiero en tratamientos de neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm³) no secundarias a quimioterapia antineoplásica. Se requiere el envío por parte del Agente de Salud de los análisis bioquímicos que demuestren esta situación.

Los apoyos financieros se otorgarán por tratamiento, no por períodos preestablecidos. Cada nuevo período deberá estar avalado por resultados de laboratorio.

12. Riluzole: Se reconocerá para el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. No se dará curso a los apoyos financieros para otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Criterios:

- 1) Capacidad vital forzada mayor al sesenta por ciento (60%).
- 2) Sin traqueotomía.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

- 1) Historia Clínica completa.
- 2) Estado evolutivo actual del paciente.
- 3) Informe de capacidad vital forzada.

13. Análogos de la Somatostatina: Se reconocerán aquellas solicitudes que presenten Historia Clínica completa y estudios de laboratorio e imágenes de las siguientes patologías:

- síndrome carcinoide
- tumores hipofisarios productores de somatostatina

14. Tratamiento a demanda de la Hemofilia: El tratamiento se cubrirá con carácter de reintegro y cubrirá el cincuenta por ciento (50%) del valor de los factores utilizados en cada episodio

hemorrágico, sin estipularse período de cobertura. Sin perjuicio de lo expuesto, Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar apoyos financieros para cubrir el cincuenta por ciento (50%) del tratamiento con medicación antihemofílica con carácter de subsidio siempre y cuando se acredite, al momento de iniciar el trámite, el pago por parte del Agente del Seguro de Salud del porcentaje a su cargo. A los efectos de acreditar la cancelación de la obligación que le incumbe, el Agente del Seguro de Salud solicitante deberá acompañar la factura correspondiente al total de la medicación solicitada y el recibo de pago del cincuenta por ciento (50%) de la misma.

Se reconocerán apoyos financieros en los siguientes casos:

- 1) Hemofilia tipo A: Déficit de factor VIII.
- 2) Hemofilia tipo B: Déficit de factor IX.
- 3) Enfermedad de Von Willebrandt: Déficit de factor VIII postergado.

La primera vez que se solicite un apoyo financiero por un paciente hemofílico, el Agente de Salud deberá incorporar certificación médica de tipo y gravedad de la hemofilia, emitido por médico especialista en hematología.

La información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud presentada ante esta Administración de programas Especiales será:

- a) Prescripción médica con diagnóstico del accidente tratado emitido por médico especialista en hematología o hemoterapia.
- b) Resumen de Historia Clínica con evolución del accidente.
- c) Cuadro apaisado.
- d) Facturas y recibos del proveedor de los factores.

15. Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia: Los apoyos financieros por este concepto serán tramitados en atención a lo establecido en el Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia aprobado por Resolución N° 2048/03 - APE.

16. Tratamiento para drogadependientes, tanto en ambulatorio como en internación según Programa Aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

- a.-) Consulta y orientación hasta pesos trece (\$ 13.-) por sesión; máximo seis (6) sesiones.
- b.-) Hospital de Día "Módulo de 4 hs." hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.
- c.-) Hospital de Día "Módulo de 8 hs." hasta pesos seiscientos cincuenta (\$ 650.-) por mes.
- d.-) Hospital de Noche hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.



e.-) Internación psiquiátrica para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica. "Modulo" de hasta pesos cincuenta (\$ 50.-) por día; máximo un (1) mes.

f.-) Internación de "Comunidades Terapéuticas debidamente autorizadas. "Módulo" hasta pesos novecientos (\$ 900.-) por mes.

El tiempo total de tratamiento subsidiado, sumando las modalidades de los apartados b), c), d) y f), no podrá superar los treinta y seis (36) meses.

17. Tratamiento farmacológico para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH - SIDA) de acuerdo a lo establecido por la Resolución N° 475/02 - APE y sus modificatorias o las que en el futuro la modifiquen o suplanten.

Los pedidos de apoyos financieros del presente anexo, serán por un plazo máximo de seis (6) meses, siempre con la certificación del médico tratante y el aval del médico Auditor del Agente de Salud, pudiendo renovarse con un nuevo trámite iniciado ante esta Administración, previo cumplimiento de las disposiciones de la presente resolución y de las normas de los diferentes anexos que la componen.

En todos los casos, los informes de auditoría deberán contener droga, dosis, período de cobertura y dosis total. Las prescripciones deberán registrarse según normas de la Ley 25.649 y Decreto 987/03.

Asimismo, deberán ser coincidentes con la prescripción médica del profesional actuante.

ANEXO VII

SOLICITUD DE REINTEGRO POR PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

Cuando los Agentes del Seguro soliciten apoyos financieros en carácter de reintegro por la "Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales" deberán observar las prescripciones contempladas en el Anexo VIII de la Resolución 7800/03-APE.

Los trámites iniciados por los Agentes de Salud deberán dar cumplimiento al plazo contemplado en el artículo 2 de la Res. 0155/02-APE. Superado dicho término la Administración de Programas Especiales, no dará curso al pedido de reintegro.

Para las solicitudes de apoyo financiero por prestaciones brindadas por los Agentes del Seguro a través de contratos de riesgo, deberá cumplirse con las prescripciones establecidas en la Resolución N° 999/03-APE.

ANEXO VIII

INFORME DE AUDITORIA

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL

N° RNOS



DATOS DEL PACIENTE

Apellido: Edad:
Nombres: Sexo:
DNI N°: N° de Afiliado:

DATOS DE LA PRESTACION

Tipo de práctica:
Profesional que la indica: N° de matrícula

DATOS INSTITUCION DONDE SE REALIZO LA PRACTICA

Institución: N° Reg. de Prestadores

Domicilio:

Teléfono:

DATOS DE LA INTERNACION

Fecha de ingreso: Fecha de egreso: Urgencia SI - NO

Patología y prácticas realizadas:

Complicaciones relacionadas con la Práctica y Procedimientos efectuados:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Derivación a otro establecimiento:

Destino y motivo:

Obito-causa:

Observaciones:

DATOS DEL INFORME Y DEL AUDITOR

Lugar y fecha

Apellido y Nombre de Auditor:

N° de matrícula:

Firma de la Autoridad del Establecimiento:

Firma del Auditor



Firma del responsable del área auditoría

No se aceptarán informes con campos no completados, tachaduras, raspaduras ni enmiendas (salvo que estén específicamente salvadas por el Auditor y Autoridad del Establecimiento), así como tampoco los que presenten evidencias de haber sido confeccionados en más de una sesión.