

LEY DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ley Nicolás.

FUNDAMENTOS

La búsqueda de seguridad es una pulsión esencial que ha movilizó a la humanidad desde el fondo de la historia, y que ha motivado el estudio de procesos riesgosos, el análisis de las capacidades requeridas para enfrentar circunstancias complejas, y la elaboración de protocolos, recomendaciones y diversos formatos de compilación de buenas prácticas orientadas a disminuir la ocurrencia de resultados indeseados. Esa búsqueda se ha dado en todos los ámbitos, pero es especialmente sensible en las materias que ponen en juego la vida y la calidad de vida de los seres humanos, como es la salud.

La vida y la salud como bienes jurídicos a proteger poseen el rango constitucional, de conformidad a los tratados suscritos por el país e incorporados al derecho interno atento lo dispuesto en el art 75 inc 22 de nuestra Carta Magna.

En atención a esos principios, debe considerarse al daño evitable durante la asistencia sanitaria un problema de salud pública. A nivel global, se estima que el daño a los pacientes es la 14^a causa de morbilidad, comparándose con enfermedades como la tuberculosis y la malaria. Como así también está entre las 10 primeras causas de discapacidad (OMS, 2019). La mayor carga de enfermedad recae en países en vías de desarrollo. (OCDE, 2017).

La Organización Mundial de la Salud, mediante la resolución “Acción Mundial para la Seguridad del Paciente” WHA 72,6 (2019) busca dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo. Conmina a

concebir al “paciente” desde la dignidad humana y no como un organismo que necesita reparación.

“Primero no dañar” es un aforismo profesional de la salud milenario atribuido a Hipócrates. Sin embargo, el error profesional en la asistencia de la salud, a pesar de los esfuerzos por evitarlo, sucede y genera daño en los pacientes.

Receptando una regla de sentido responsable, el CCCN establece “Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias”.

En el informe fundacional “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (1999), se estimó que entre 44.000 y 98.000 personas morían por año como resultado de errores cometidos por profesionales de la salud.

En una publicación del British Medical Journal de 2016, “Medical error—the third leading cause of death in the US”, los autores Martin A. Makary y Michael Daniel estiman, en base a diferentes investigaciones, que las muertes producidas anualmente por eventos adversos asociados a los cuidados de la salud estarían en el rango de 210.000 a 400.000. BMJ 2016; 353:2139.

El impacto económico de las fallas de seguridad es considerable y afecta los recursos del sistema de salud. Aproximadamente el 15% de la actividad total de los hospitales y de su gasto es consecuencia directa de los eventos adversos (OCDE, 2017). Estos hallazgos se suponen aún mayores en su frecuencia dentro del primer nivel de atención (OMS, 2019).

Los tipos de eventos adversos más frecuentes y graves son conocidos (infecciones asociadas al cuidado de la salud, errores asociados a medicación, de diagnóstico y quirúrgicos, entre otros).

Numerosos reportes describen que la frecuencia de eventos adversos asociados al cuidado de la salud ha aumentado en frecuencia durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, por la exigencia a la que han sido sometidos los sistemas de salud a nivel global.

Los sistemas de prestación de servicios sanitarios son complejos por su diseño y propensos a cometer errores. Los factores humanos son un elemento central en la mayoría de los casos de daños, que operan en sistemas en los que los procedimientos y las prácticas están mal diseñados. Las culturas punitivas de culpabilización de los individuos impiden la notificación de incidentes relacionados con la seguridad e impiden el aprendizaje (OMS 2019).

La evidencia científica ha demostrado que la inmensa mayoría de los daños asociados a la asistencia sanitaria es producto de fenómenos emergentes atribuibles a la falibilidad humana, la complejidad del sistema de atención y la vulnerabilidad de las barreras defensivas. La diligencia, y pericia individual son condiciones necesarias, pero no suficientes para garantizar la seguridad de los pacientes.

Las modificaciones que se proponen respecto del sistema penal vinculado con la mala praxis médica, atienden a los puntuales casos en que un profesional de la salud produzca la muerte o graves lesiones por una actuación temeraria, entendida como aquella calificable de grosera, desaprensiva a injustificable.

Los profesionales de la salud están expuestos a los pormenores de un proceso penal, porque su ejercicio profesional impacta sobre bienes jurídicos, que por su jerarquía son protegidos. Su accionar debe contemplar calidad técnica y una “perspectiva desde la dignidad humana”.

Así es que el sistema penal hace que el error de un profesional de la salud, sea identificado como mala praxis, aun cuando sepamos que la condición humana no permite la eliminación absoluta del error.

Pero también es cierto que la misma condición humana puede derivar en actuaciones temerarias, que en el caso de los profesionales de la salud adquieren una relevante gravedad por provenir de aquellos humanos a quienes se les han confiado la vida y la salud de sus semejantes. El concepto de culpa temeraria como agravante, ya existe en los artículos 84 bis y 94 bis para los casos de muertes o graves lesiones producidas por la conducción imprudente de vehículos con motor. Para los casos que nos ocupan en este proyecto, hemos adjetivado el concepto de temeridad agregándole la característica de inequívoca. Esa adjetivación no es nueva en el Código Penal, ya que está presente en los artículos 128 y 155. En concordancia con las modificaciones al Código Penal, se propone también una modificación al Código Procesal Penal de la Nación Ley 23.984, todavía vigente y aplicable a los casos de mala praxis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, habilitando a los jueces la suspensión de la matrícula profesional en el proceso penal, si consideran que se ha actuado con temeridad.

No desconocemos las discusiones que se han producido en torno de la constitucionalidad de dicha medida aplicable durante el proceso; sin embargo, su aplicación a los casos de actuación temeraria del profesional de la salud parece responder a un criterio de razonable prudencia.

De todos modos, y para atemperar los efectos negativos de esta medida precautoria, se prevé que los alcances de la suspensión puedan ser determinados por el juez, quien para ello estará en condiciones de evaluar las características particulares del caso.

Resulta prioritario impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas. La asistencia de la salud requiere de profesionales sanitarios que, a partir del momento de su graduación, inicien un camino de educación permanente y continua. En nuestro país, dicha formación no es obligatoria, no se encuentra adecuadamente estructurada y menos controlada, y dar cumplimiento a este imprescindible requisito depende exclusivamente a la iniciativa de cada profesional. El ejercicio de la medicina y otras profesiones asociadas a la salud constituyen praxis calificadas en base a conocimiento científico, y la certificación y calificación de su ejercicio no puede dejarse librada a la autorregulación.

Hoy, la recertificación habilitante y de especialidades es voluntaria. Se impulsa su condición obligatoria para asegurar al máximo posible la calidad y la seguridad de la atención de las personas. Esa formación requiere la adquisición continua de conocimientos científicos, habilidades, aptitudes, actitudes y valores, dada la velocidad con la que se renueva el conocimiento científico, la complejidad creciente de la tecnología aplicada a la práctica, las habilidades de comunicación e información, el reconocimiento del otro como fundamento ético de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas. Estas capacidades deben ser demostradas y probadas a través de las modalidades de evaluación que determinen las sociedades, y colegios médicos y el control permanente de las autoridades sanitarias

Además de trabajar para corregir fallas sistémicas, resulta necesario aumentar la fiscalización sobre la habilitación de los profesionales individuales y brindar mayores garantías sobre la calidad de la atención.

Las acciones para la seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021)

La seguridad del paciente exige indiscutiblemente ser consciente de la necesaria “cultura de la seguridad” y para llegar a ese objetivo el único camino es la educación de todos los agentes responsables del cuidado de los pacientes, reglas cada vez más claras, inversión en contextos laborales calificados, y facilitar una cultura que posibilite los reportes adecuados para el aprendizaje en base a la evidencia. Una de las definiciones de cultura de la seguridad más aceptadas por el sector de salud es la siguiente: “El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización” (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021) La Cobertura Universal de Salud (CUS) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), no resultarán posibles si no se garantiza que los servicios de salud sean seguros.

La tendencia global en políticas públicas contemporáneas es orientar el esfuerzo sanitario a la búsqueda de seguridad, trato humano, calificación profesional, garantías en el perfeccionamiento de las mejores prácticas, condiciones adecuadas de ejercicio, sanciones a las acciones indebidas, y perfeccionamiento de la relación de los profesionales con los pacientes y sus familias .

CAPÍTULO I

FINALIDAD, OBJETIVOS, PRINCIPIOS, DEFINICIONES

ARTÍCULO 1º: Finalidad. La presente ley tiene por fin establecer el marco jurídico e institucional para el ejercicio del derecho a una asistencia sanitaria segura, y que respete la dignidad del ser humano, mediante la mejora de sus condiciones de práctica, la protocolización y jerarquización de los procesos de atención, la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas y la disminución de daños evitables.

ARTÍCULO 2º: Objetivos. Son objetivos de la presente ley:

- a) Garantizar en forma integral, y eficaz el derecho a una atención sanitaria segura.
- b) Promover instrumentos tendientes a inculcar una cultura de seguridad del paciente en el personal de la salud, los gestores de establecimientos proveedores de servicios de salud y los dirigentes de las organizaciones sanitarias;
- c) Mejorar la transparencia de la información referida a los procesos de atención sanitaria.
- d) Impulsar el desarrollo e implementación de protocolos de actuación y sistemas de auditoría y vigilancia, que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de daños evitables en las prácticas de salud;
- e) Fomentar procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con procesos sanitarios que resulten en daños prevenibles, a los fines de disminuir su incidencia futura en situaciones similares, incentivando su reporte para el aprendizaje;
- f) Promover la jerarquización de las tareas sanitarias con visión sistémica;

g) Generar las condiciones que estimulen la confianza entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes;

h) Perfeccionar los mecanismos que sancionen las malas prácticas sanitarias, en concordancia con la legislación vigente, detectando las razones que han llevado a dicha actuación, así como también cual es la falla o debilidad del sistema sanitario.

i) Incentivar a las instituciones de salud a fin de que planifiquen e implementen procesos de inversión apropiados para garantizar las mejores condiciones en el ejercicio profesional;

j) Fomentar la participación de representantes de pacientes y familias que hayan sufrido daños producidos por el servicio de salud, en los procesos de diseño de estrategias y definición de acciones destinadas a reducir la probabilidad de recurrencia;

k) Posibilitar e incentivar la participación de los pacientes y sus familiares en el diseño y aplicación de iniciativas acerca de sus procesos de diagnóstico y tratamiento, tendientes a disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con el cuidado de su salud;

l) Promover un trato humano, recíproco y centrado en las personas, entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes.

m) Promover el efectivo cumplimiento de los derechos del paciente de acuerdo a las leyes vigentes.

n) Impulsar la incorporación de contenidos asociados a la seguridad del paciente, de modo transversal, en los programas de estudio de grado y posgrado vinculados con la atención sanitaria y promover la capacitación continua de los agentes de salud en esa materia.

ARTÍCULO 3º: Principios: La prestación de los servicios de salud, se desarrollará bajo los siguientes principios:

a) Seguridad del paciente: la seguridad del paciente se entenderá como un tema de salud pública central en la agenda sanitaria;

b) Prevención: el funcionamiento integral del sistema de salud tendrá como relevante finalidad la de prevenir daños evitables;

c) Trato: el comportamiento del personal de la salud atenderá a las necesidades clínicas y psicológicas del paciente y sus familiares, mediante un trato digno, humanizado y centrado en la persona, que tienda a su contención emocional acorde a las circunstancias.

d) Autonomía del paciente: de conformidad con los principios legales, se deberá informar al paciente toda práctica, tratamiento o medicación, explicados en lenguaje que pueda ser comprendido por él o su familiar a cargo". (Ley 26.529)

ARTÍCULO 4º: Definiciones: A efectos de la interpretación y aplicación de la presente ley, se considerarán las siguientes definiciones:

Seguridad del paciente: un estado de la persona demandante de un servicio de salud, determinado por un marco de procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en su atención oportuna, que disminuyan los riesgos en forma constante y sostenible, reduzcan la aparición de daños evitables, hagan menos probable que se cometan errores y atenúen el impacto de los daños cuando se producen.

Incidente de seguridad: se entiende por incidente de seguridad la ocurrencia de un episodio que haya puesto en riesgo la seguridad de un paciente en el curso de su atención sanitaria sin afectación de su salud.

Evento adverso no evitable: se entiende por evento adverso no evitable la afectación de la salud de un paciente, producida en el curso de su atención sanitaria, sin que hubiere mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.

Evento adverso evitable: se entiende por evento adverso evitable la afectación de la salud de un paciente, producida en el curso de su atención sanitaria, habiendo mediado posibilidad de prevenirlo mediante un obrar diligente, oportuno y adecuado a reglas del ejercicio profesional o reconocidas buenas prácticas aplicables en el caso concreto.

Actuación temeraria: se entiende por actuación temeraria la realizada por un profesional de la salud, en el curso de una atención sanitaria, que en forma grosera, desaprensiva e injustificable crea un grave riesgo para la salud de un paciente,

Evento centinela: se entiende por evento centinela un acontecimiento imprevisto, acaecido en el entorno de la atención sanitaria de un paciente, no relacionado con el curso natural de la enfermedad que lo aquejaba, que le haya provocado la muerte, o una grave lesión física o psicológica.

CAPÍTULO II

PRESUPUESTOS MÍNIMOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 5º: Las instituciones proveedoras de servicios de salud dotarán a su organización de los medios que permitan:

a) establecer protocolos de actuación del personal de salud, tendientes a la prevención de daños evitables;

- b) diseñar planes de auditoría de los sistemas de trabajo, de evaluación de las prestaciones individuales del servicio y monitoreo de indicadores de seguridad del paciente, para perfeccionar los sistemas y mejorar las prácticas;
- c) disponer de un método que asegure la investigación de las causas que produjeron incidentes de seguridad, eventos adversos y eventos centinela, con criterio no punitivo, y la consecuente adopción de medidas que eviten su repetición y garanticen el aprendizaje;
- d) garantizar un procedimiento que permita la presentación de quejas u objeciones sobre carencias y deficiencias en la prestación del servicio, sin temor a represalias, y su correspondiente análisis;
- e) asegurar una dotación de personal de salud que satisfaga las necesidades del servicio y el bienestar del personal;
- f) instaurar una duración de los turnos y de las horas de trabajo del personal de la salud, que eviten su agotamiento físico o mental;
- g) prever medidas de protección del personal de la salud para salvaguardarlos de toda violencia o intimidación ejercidas por razón de su labor.

ARTÍCULO 6º: La autoridad de aplicación nacional y las autoridades de aplicación locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, adoptarán las medidas que consideren apropiadas para que las instituciones proveedoras de servicios de salud cumplan adecuadamente con los presupuestos indicados en el artículo precedente.

ARTÍCULO 7º: Las autoridades nacionales, provinciales o locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, reglamentarán el proceso por el cual las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán implementar, en un plazo máximo de cuatro años, el uso de la historia clínica informatizada y

encriptada conforme las condiciones establecidas en el Capítulo IV de la Ley 26.529,

La autoridad de aplicación nacional coordinará con las autoridades de aplicación locales las acciones necesarias para que las historias clínicas informatizadas respondan a sistemas que permitan el uso indistinto en todas las jurisdicciones,

ARTÍCULO 8º: Las autoridades de aplicación nacional y locales, en los ámbitos de sus respectivas jurisdicciones, determinarán la asignación de tiempos protegidos remunerados a los fines de garantizar la capacitación de los agentes de la salud en contenidos asociados a la cultura de la seguridad del paciente.

CAPITULO III

REGISTRO UNIFICADO DE EVENTOS CENTINELA

ARTÍCULO 9º: La autoridad de aplicación nacional implementará un Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC). Las instituciones que brinden servicios de salud reportarán al RUDEC el evento centinela que se hubiese producido.

ARTÍCULO 10º: Las autoridades de aplicación de todas las jurisdicciones del país implementarán un sistema de inmediata investigación dirigida a determinar las causas raíces del evento centinela que se hubiese producido. Los resultados de tales evaluaciones serán comunicados al RUDEC.

ARTÍCULO 11: El RUDEC procederá a divulgar los resultados de las investigaciones llevadas a cabo, mediante los canales que sean más eficaces para incentivar el aprendizaje y prevenir la aparición de nuevos eventos.

CAPÍTULO IV

REGISTRO UNIFICADO DE SANCIONES E INHABILITACIONES

ARTÍCULO 12: Las autoridades encargadas del control del ejercicio profesional de los profesionales de la salud en todos los ámbitos jurisdiccionales del país, informarán la adopción de medidas disciplinarias a la Red Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS), constituida por Resolución 2081/2015 del Ministerio de Salud de la Nación con anuencia de las autoridades sanitarias de todas las jurisdicciones del país.

ARTÍCULO 13: La autoridad judicial que hubiese dispuesto alguna medida inhabilitante del ejercicio de la actividad respecto de profesionales de la salud, las informarán al REFEPS a los fines de su cumplimiento. Asimismo, al momento de recibir una denuncia penal contra personal de salud, la autoridad judicial deberá pedir informe al REFEPS, sobre la persona que hubiera sido denunciado/a.

ARTÍCULO 14: El REFEPS registrará la información recibida por las vías previstas en los artículos precedentes, y la transmitirá a las autoridades de todas las jurisdicciones en las que el profesional sancionado o inhabilitado estuviese matriculado, para que se dispongan las previsiones que correspondan. Queda expresamente establecido que la suspensión o inhabilitación en el ejercicio de la profesión, comprende a todas las jurisdicciones y no sólo a aquella en la que el profesional se encontrara matriculado.

ARTÍCULO 15: Las autoridades encargadas de la matriculación de los profesionales de la salud y del control de su ejercicio profesional en todos los

ámbitos jurisdiccionales del país, consultarán y evaluarán en sus respectivas tramitaciones la información centralizada por el REFEPS.

El REFEPS realizará una estadística anual con los indicadores más relevantes a su cargo, la que deberá ser elevada al Ministerio de la Salud de la Nación.

CAPÍTULO V

CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD PROFESIONAL

ARTÍCULO 16: Las autoridades que tengan a su cargo las certificaciones de especializaciones de los profesionales de la salud, las comunicarán a la REFEPS.

ARTÍCULO 17: Las autoridades certificadoras de especialidades de los profesionales de la salud, implementarán un sistema para revalidar las certificaciones cada DIEZ (10) años, a excepción de aquellas especialidades y disciplinas que dispongan actualmente de mecanismos voluntarios de certificación por períodos menores, las que mantendrán su actual pauta de regularidad, pero con carácter obligatorio. La revalidación será obligatoria para mantener vigente la especialización certificada. La autoridad de aplicación determinará por vía reglamentaria los tiempos y los modos de ejecución de las mismas.

ARTÍCULO 18: Será obligatoria la certificación de las condiciones físicas y el estado cognitivo y conductual de todos los profesionales de la salud, cada DIEZ (10) años a partir del momento de su matriculación

Las exigencias de esta certificación serán establecidas por la autoridad de aplicación nacional, evaluando las necesidades que impongan las especialidades que se ejerzan.

A partir de los SETENTA Y CINCO (75) años de edad la certificación deberá realizarse cada TRES (3) años.

ARTÍCULO 19: Las revalidaciones de especialidades y certificaciones periódicas previstas en los artículos precedentes, serán comunicadas al REFEPS para su registración,

ARTÍCULO 20: Las instituciones que brinden servicios de salud no podrán ofrecerlos sino a través de profesionales de la salud que se encuentren habilitados para desarrollar la especialidad correspondiente al servicio ofrecido, y que hayan dado cumplimiento a lo previsto en los artículos anteriores.

ARTÍCULO 21: Las certificaciones y revalidaciones aprobadas por la autoridad correspondiente en una jurisdicción, serán reconocidas en las restantes jurisdicciones del país.

La autoridad de aplicación nacional establecerá un marco de estándares mínimos que garanticen procesos de certificación y revalidación de calidad, alineados con los objetivos de seguridad del paciente previstos en la presente ley.

CAPÍTULO VI

MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL

ARTÍCULO 22: Incorpórese como tercer párrafo al artículo 84 del Código Penal el siguiente texto: “La pena será de tres (3) a seis (6) años de prisión e inhabilitación por cinco (5) a diez (10) años, si la muerte hubiere sido ocasionada, en el curso de una atención sanitaria, por un profesional de la salud con culpa inequívocamente temeraria”.

ARTÍCULO 23: Incorpórese como tercer párrafo al artículo 94 del Código Penal el siguiente texto: “Si las lesiones fueran de las descritas en los artículos 90 y 91 y se diesen las circunstancias previstas en el tercer párrafo del artículo 84, la pena será de dos (2) a cuatro (4) años de prisión e inhabilitación de dos (2) a ocho (8) años”.

CAPÍTULO VII

MODIFICACIÓN AL CÓDIGO PROCESAL PENAL DE LA NACIÓN

ARTICULO 24. Incorpórese al Código Procesal Penal de la Nación Ley 23.984 el siguiente artículo 311 ter:

“Art.311 ter. En las causas por delitos de homicidio culposo o de lesiones graves o gravísimas culposas, producidos con culpa inequívocamente temeraria por un profesional de la salud en la atención de un paciente, el juez podrá en el auto de procesamiento suspender provisoriamente al procesado con los alcances que en dicha disposición determine”.

ARTÍCULO 25: Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adecuar sus códigos procesales penales en el sentido de la disposición del artículo precedente.

CAPÍTULO VIII

AUTORIDADES DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 26: Serán autoridades de aplicación de la presente ley las máximas autoridades sanitarias del orden nacional y provincial, conforme sus respectivas competencias.

ARTÍCULO 27: Las autoridades que tengan a su cargo el control de la matrícula profesional y el juzgamiento ético de los matriculados, ejercerán sus funciones atendiendo a las disposiciones de la presente ley.

La autoridad de aplicación respectiva velará por el cumplimiento de las obligaciones que esta ley les impone.

ARTÍCULO 28: La autoridad de aplicación nacional y las autoridades provinciales, determinarán los mecanismos que resulten necesarios para la implementación efectiva de programas de seguridad del paciente.

Su aplicación en hospitales y centros de atención públicos y privados deberá asegurar condiciones mínimas de estructura y procesos de atención con el objeto de reducir al máximo posible la frecuencia de eventos adversos prevenibles.

CAPITULO VIII

CARRERA HOSPITALARIA EN INSTITUCIONES PUBLICAS DE SEVICIOS DE SALUD.

ARTICULO 29: La totalidad de las jurisdicciones deberán reglamentar la carrera sanitaria, de modo tal que el acceso al ejercicio profesional en las instituciones sanitarias resulte de métodos de selección transparentes, equitativos y orientados a generar la mejor oferta posible.

ARTICULO 30: Será obligatorio postularse y ganar el concurso precitado para poder acceder a cualquier cargo dentro de las instituciones de salud, siendo requisito fundamental el pedido de informe al REFEPS.

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 31: Las instituciones de asistencia de la salud de todos los sectores dedicarán anualmente la semana del día 17 de septiembre, instituido por la Organización Mundial de la Salud como Día Mundial de la Seguridad del Paciente, para desarrollar temas que propendan a generar la cultura de la seguridad en el diseño y la prestación del servicio de salud.

A tal fin se promoverá la participación de sociedades científicas, instituciones académicas y de investigación, organizaciones, funcionarios, profesionales y trabajadores de la salud, pacientes y representantes de la comunidad, para compartir experiencias y lecciones aprendidas que hayan mejorado sistemas y prácticas asistenciales.

ARTÍCULO 32: Esta ley es de orden público.

ARTÍCULO 33: Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

ARTÍCULO 34: La presente ley entrará en vigencia a partir de los CIENTO OCHENTA (180) días de la fecha de su publicación.

ARTÍCULO 35: El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días contados a partir de su publicación.

ARTÍCULO 36: Comuníquese al Poder Ejecutivo.