



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

---oOo---

La Rioja

LA RIOJA,

16 OCT 2024

VISTO: La sanción de la Ley N° 10372 de la Provincia de La Rioja, que establece una licencia especial para los empleados públicos para el cuidado de un familiar en casos de enfermedad grave, y

CONSIDERANDO:

QUE, el Artículo 5 de la Ley 10372 asigna a las autoridades administrativas de cada una de las funciones del Estado la responsabilidad de definir los requisitos y procedimientos necesarios para la concesión de la Licencia Especial.

QUE, dicha ley responde a una necesidad social esencial, brindando apoyo a los empleados públicos para que puedan cuidar de familiares que padecen enfermedades que ponen en riesgo la vida, garantizando la protección de la vida y la salud en situaciones críticas.

QUE, es necesario establecer procedimientos y requisitos claros y específicos para la implementación efectiva de la ley, a fin de evitar ambigüedades, malas interpretaciones y la superposición con otras disposiciones legales existentes.

QUE, es fundamental establecer un marco estructurado para la duración, renovación y finalización de esta licencia, asegurando la coherencia con los estándares médicos y la validación continua del estado de salud del familiar mediante la certificación adecuada.

QUE, también es vital establecer una definición clara de las enfermedades graves comprendidas por esta ley, incluyendo enfermedades oncológicas, terminales y otras condiciones críticas de salud, así como las circunstancias que llevarían a la finalización de la licencia.

N° 1593



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

---oOo---

La Rioja

Por ello y en virtud a las consideraciones legalmente conferidas,

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE**

1°.- **APROBAR** el procedimiento y los requisitos para la aplicación de la licencia especial para los empleados públicos para el cuidado de un familiar en casos de enfermedad grave, según lo establecido en la Ley 10372 – Artículo 5°, y que forma parte del Anexo I de esta Resolución.

2°.- **APROBAR** el Formulario de Declaración Jurada para la verificación del vínculo familiar, así como la Declaración del Estado de Salud, que se adjuntan como Anexo II a esta Resolución.

3°.- Por donde corresponda, practíquense las notificaciones y registraciones de rigor, emergentes de la presente disposición, a sus efectos.-

4°.- Comuníquese, notifíquese, insértese en el Registro Oficial y archívese.-

RESOLUCION M.S.P.

N° 1593


Dr. JUAN CARLOS VERGARA
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
Y LA RIOJA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

---oOo---

La Rioja

ANEXO I

PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS DE APLICACIÓN DE LA LEY 10372 (ARTICULO QUINTO)

Artículo 1 OBJETO

La presente resolución tiene como objeto establecer el procedimiento y los requisitos para la aplicación de la ley 10372 conforme lo determina su artículo cinco.

Artículo 2° SOLICITUD

A los fines de la solicitud de esta licencia especial deberá iniciar la solicitud en recursos humanos o el organismo que lo remplace a los efectos de determinar el vínculo (de acuerdo al formulario anexo 1). Corroborado el vínculo, se deberá remitir al organismo de control correspondiente para la continuación del trámite. Para acceder a la presente deberá presentar la declaración jurada autorizada por autoridad competente sobre el vínculo.

Artículo 3° GOCE INTEGRO DE HABERES

La Licencia Especial creada por la presente ley deberá otorgarse con goce integro de haberes, y resultará aplicable a la totalidad de los agentes de la Administración Pública Provincial, Centralizada y Descentralizada, Función Legislativa, Judicial y Municipal siempre y cuando no exista en sus regímenes especiales una norma de similar tenor que resulte más favorable al trabajador.

Artículo 4°. PLAZOS

La Licencia Especial dispuesta en el Artículo 1°, podrá otorgarse por el plazo de hasta ciento ochenta (180) días corridos a partir de la emisión del diagnóstico.

El beneficio acordado podrá ser renovable mientras persista la enfermedad o el tratamiento y la necesidad de cuidados. Este extremo debe acreditarse oportunamente mediante la pertinente certificación emitida por el médico especialista tratante y demás requisitos que prevea la reglamentación respectiva, validado por junta médica del organismo de control de ausentismo, con un máximo de 180 días.

Artículo 5° CAUSALES

Enfermedad oncológica: El padecimiento de cualquier tipo de cáncer, en cualquiera de sus etapas en este caso se podrá ir otorgando licencia por atención familiar, en forma parcial quincenalmente y/o mensualmente, según la evolución de la patología, respecto al otorgamiento de la misma,

El empleado deberá optar mediante declaración jurada, por la presente ley o lo determinado según se expresa en artículo precedente.

Enfermedad grave: Cuando su desarrollo ponga en riesgo la vida o la salud del paciente y requiera cuidado médico y asistencia personal, continua y permanente; pudiendo incluso demandar la hospitalización del mismo. Se entiende por **ENFERMEDAD GRAVE:** compromiso multisistémico, sepsis, insuficiencia severa con compromiso de órgano único, insuficiencia cardíaca, IAM, neumonía en asistencia mecánica respiratoria, fibrosis pulmonar terminal con asistencia mecánica respiratoria, sepsis. insuficiencia Hepática con encefalopatía hepática o enfermedad hepato-renal terminal, IRC (insuficiencia renal crónica) terminal trasplantado de cualquier órgano con rechazo y/o falla multisistémica, pancreatitis hemorragia o abscedada con compromiso multisistémico, coagulación intravascular

N° 1593



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

---oOo---

La Rioja

diseminada, eclampsia con compromiso cerebral o falla multisistémica, ACV, en asistencia mecánica respiratoria, o aumento de la presión intracraneal con compromiso bulbar, cuadriplejía, encefalitis por virus o bacteria, con alteración del sensorio, y/o cualquier otra patología que comprometa severamente órgano noble y/o compromiso severo de dos o más órganos, HIV etapa terminal enfermedad grave con certificado de cuidados paliativos. De médico tratante.

Enfermedad terminal: Aquella situación producto del padecimiento de una enfermedad avanzada, progresiva en la que no exista posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida menor a 6 meses. **En este supuesto se deberá presentar certificado cuidados paliativos.**

Accidente grave: Cualquier suceso que es provocado por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad. que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta y que ponga en serio riesgo la vida o la salud de la persona.

Se entiende por ACCIDENTE GRAVE: Traumatismo de cráneo con afectación del sensorio, o motora, o compromiso del troncocerebral, traumatismo de tórax con hemo y/o neumotórax complicado o no con infección recurrente, traumatismo de abdomen con compromiso de órganos internos, ruptura de bazo, hígado, ruptura de órgano hueco, páncreasórganos genitales femenino, politraumatismo con compromiso multisistémico, sepsis, insuficiencia severa con compromiso de órgano único.

Artículo 6º.- EXCLUSIONES

Se excluye pacientes en hemodiálisis compensado, enfermedades crónicas con discapacidad congénita y/o adquirida, enfermedad mental. En estos casos solo se contemplará dentro de los términos de la presente ley cuando un enfermo transcurra enfermedad grave de acuerdo a lo explicitado en el artículo 3º y 4º del presente anexo. -

Artículo 7º CESE DE LICENCIA

La licencia especial finalizara en los siguientes supuestos:

- a) con el cese de la necesidad de cuidado se da por finalizada la licencia,
- b) cuando agotare la cantidad de días otorgados
- c) Con el fallecimiento del familiar.

En caso de aplicación de ley 9911 ante el fallecimiento del familiar a cargo no se interrumpirá la licencia, se contemplará los días otorgados incluidos y se computaran con los días de licencia por duelo.


Dr. JUAN CARLOS VERGARA
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
LA RIOJA

Nº 1593

ANEXO II

DECLARACION JURADA ATENCION DE FAMILIAR A CARGO

DATOS DEL AGENTE :

A Y N..... DNI FECHA NACIMIENTO.....
DOMICILIO Nº COD POSTAL
DEPARTAMENTO PCIA
PLANTA SI NO AREA DE TRABAJO FUNCION.....

REQUISITOS

a) Licencia por Atención de familiar a cargo

1. Hijos incapacitados y/o discapacitados a cargo del trabajador;
2. Los hijos del cónyuge o conviviente; menores otorgados a su guarda o tutela, siempre que haya sido acordada judicialmente
3. La persona a asistir por parte del estado, se podrán incorporar como familiar a cargo a los ascendientes en primer (padres del agente y/o hermanos solteros menores de 18 años) siempre que, por su estado de salud, requieran el cuidado del agente.
4. Para lo cual deberá presentar el formulario de DECLARACIÓN JURADA que forma parte como anexo 1 de la presente ley, avalado por autoridad competente (juez de paz lego, escribano público y/u otra autoridad judicial.)
5. La persona a asistir por parte del agente del familiar a cargo deberá presentar la DECLARACION JURADA OBJETO, de acuerdo a lo explicitado en el punto 4 precedente, y deberá reunir las siguientes condiciones:
 - Ser familiar en primer grado, cumpliendo los requisitos establecidos en el apartado a) del presente anexo.-
 - Ser familiar a cargo en un todo de acuerdo a lo expresado en el apartado nº 3 del presente anexo.
 - Ser familiar conviviente en unión conyugal, bajo declaración ante autoridad competente.
 - Ser sostén económico del familiar a cargo
 - Si el familiar a cargo se encuentra fuera de su habidad de convivencia podrá hacer uso de licencia sin goce de haberes
 - Ser el único familiar que lo puede asistir.

DATOS FAMILIAR A CARGO

A y N DNI EDAD
PADRE (SI NO) MADRE (SI NO) ADOPCIÓN (SI NO) CONVIVIENTE (SI NO) DECLARADO AUTORIDAD (SI NO)
DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DE CONVIVENCIA / DNI / CERTIFICADO DOMICILIO Y/O FOTOCOPIA DE AMBOS
DOMICILIO Nº COD POSTAL.....
POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

SITUACIÓN DEL FAMILIAR A CARGO DATOS DE LA ENFERMEDAD

DIAG: INTERNADO (SI NO) EN DOMICILIO (SI NO)
DOMICILIO DONDE SE ENCUENTRA PCIA
AMBULATORIO (SI NO) POSTRADO (SI NO) HIJO/A (SI NO) HERMANA/O (SI NO) OTRO FAMILIAR (SI NO)
ESTABLECIMIENTO DE INTERNACION.....
SALA COMUN (SI NO) HABITACIÓN Nº UTI (SI NO) UCO (SI NO) TRAT ONCOLÓGICO (SI NO)
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:
PROVINCIA COD POSTAL..... CONTACTO

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA Y SELLO AUTORIDAD COMPETENTE

Nº 593