

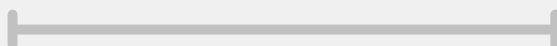
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: María Luisa Petruzzi

DESCRIPCIÓN DEL SUBSECTOR DE SALUD PÚBLICA PROVINCIAL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD DE SANTA FE, ARGENTINA: PERÍODO 2006 - 2007

2008



Citar como: Petruzzi, M. L. (2007). Descripción del subsector de salud pública provincial dentro del sistema de salud de Santa Fe, Argentina: período 2006 - 2007. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.

2. Planteamiento del Problema.

Formulación, argumentación y descripción del problema.

Definición de Objetivos (General y Específicos).

3. Desarrollo.

Marco Teórico-Conceptual.

Análisis del problema: articulación teórico y empírica.

4. Conclusiones.

5. Bibliografía.

6. Anexos.

1. INTRODUCCION.

En la provincia de Santa Fe, República Argentina, el Sistema de Salud da respuesta insuficiente, inequitativa, con marcada ineficiencia y eficacia. Se encuentra dividido en los sectores de la Seguridad Social con Obras Sociales nacionales y provinciales, de Seguros Privados y el Sistema Público que comprende el subsector provincial y el municipal o comunal. Esta fragmentación y segmentación se acentúa por la falta de coordinación, los subsidios cruzados ya que el sector público cubre a todos pero sabemos que como está funcionando actualmente no puede hacerlo, las diferentes formas organizativas, población a cargo, y el desarrollo en el territorio provincial que presentan los subsectores.

En este trabajo analizamos el subsector provincial de Salud Pública que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe quién debiera fortalecer su rol de rectoría en Políticas Públicas en relación estrecha con el Ministerio de Salud de la Nación y propiciar reglas claras en el territorio provincial para garantizar la equidad en el tratamiento de la necesidad, en el acceso al sistema, en los resultados y las prestaciones básicas para todos los ciudadanos centrando el eje de la organización de los servicios en la Atención Primaria de la Salud debidamente articulada con los distintos niveles de complejidad requerida atendiendo las características propias de las distintas realidades locales.

La pertinencia de este abordaje en relación con los contenidos desarrollados en esta especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social y la utilidad que puede brindar analizar este subsector en este período 2006-2007 y en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio a alcanzar para el año 2015 planteados en el año 2000, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, compromiso asumido por el Gobierno Nacional y acordado con el Gobierno Provincial a través del Ministerio de Salud para el logro de las metas del área propician la profundización de la mirada a este sector que debiera liderar los cambios hacia un Seguro Provincial de Salud.

2. Planteamiento del Problema.

¿Qué alternativas existen para mejorar la equidad, solidaridad, eficacia y eficiencia del Sector de Salud Pública Provincial en Santa Fe?

¿Cómo modificamos el eje de desarrollo del sector hoy centrado en la enfermedad?

¿Cuál es el desarrollo adecuado de la Atención Primaria como estrategia que atraviese las instancias locales y permita la complementariedad con otros sectores del Sistema de Salud?

¿Debe este sector tener distintas leyes que regulen sus efectores? ¿Cómo afecta en la Red Provincial esta realidad?

¿Cómo inciden las diferentes barreras al acceso en la población cautiva del sector Público?

¿Qué Política acerca del Recurso Humano del Ministerio de Salud se implementa?

¿Qué indicadores dan cuenta de los resultados del sector?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el sector de salud Pública Provincial, su organización, gestión y financiamiento comparándolo con otros modelos de sistemas de salud vigentes en el mundo desde la equidad, solidaridad y accesibilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las oportunidades para mejorar la promoción de la salud, la incorporación de hábitos saludables y la protección del medio ambiente.
- ✓ Desarrollar las instancias que fortalecerían a la Atención Primaria como estrategia eje del Sistema de Salud buscando la complementariedad con los otros sectores para que su alcance sea universal.
- ✓ Determinar como incide en el funcionamiento del sector las diferentes leyes que regulan sus efectores.
- ✓ Indagar que barreras existen al acceso a las prestaciones para los beneficiarios del sector.
- ✓ Identificar la Política de Recursos Humanos implementada por el Ministerio de Salud de la provincia.
- ✓ Analizar el logro de las Metas del Milenio.

Para el desarrollo de los objetivos planteados se analizarán los datos oficiales del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en el período 2006-2007.

El estudio tendrá carácter descriptivo de la realidad provincial y comparativo con otras experiencias nacionales o extranjeras.

3. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El Sistema de Salud de una población refleja los valores sociales y políticos que esta sostiene. Los sistemas de salud que consiguen mejores resultados de indicadores de salud son "solidarios", "plurales" y "flexibles" para integrar los distintos sectores, "eficientes" para hacer lo más útil con el menor costo para propiciar la justicia social, con calidad en los procedimientos y en los resultados finales para mejorar la cantidad y la calidad de vida de los ciudadanos expresando así la eficacia del sistema." La "equidad "como valor central en la distribución de los recursos financieros, que cada uno reciba lo que necesita, en el acceso a los servicios de todos los ciudadanos, en los "resultados" para que independientemente de condiciones sociales y económicas, de dónde se nace y se vive, de en qué y cuánto se trabaja, todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultado de salud medidos con indicadores como esperanza de vida y tasas de morbi-mortalidad". (Ginés González García- Federico Tobar-Salud Para los Argentinos.2004).

En países tan extensos como el nuestro las realidades provinciales difieren profundamente. En Capital Federal predominan las enfermedades crónicas mientras que en nuestro norte las enfermedades infecciosas son causa más frecuente de enfermar y morir. Esto conlleva a pensar en subsistemas regionales o Seguros Provinciales coordinados y apoyados con transferencias de recursos según las necesidades reales desde el Estado nacional específicamente para mejorar los resultados sanitarios traducidos en mayor y mejor calidad de vida para los argentinos. El estudio de los factores que intervienen en la mortalidad se traduce en el siguiente cuadro:

Argentina: Factores que intervienen en la mortalidad según su peso relativo.

Causas de muerte	Sistemas de Atención Médica	Estilos de Vida	Ambiente	Biología Humana
Enfermedades				
Cardíacas	12	54	6	28
Cancer	10	37	24	29
Cerebro vasculares	7	50	22	21
Accidentes de tránsito	13	70	16	1

Fuente: Deven 1993

Estas consideraciones se deben tener presente a la hora de diseñar un sistema de salud que priorice la salud de la gente, que incida sobre los hábitos de vida evitando que la pobreza los determine inexorablemente, que se integre en una estrategia posible de APS.

La construcción de ciudadanía es posible con la intervención del Estado como garante de la Equidad y la Solidaridad en el Sistema implementado. Hoy se analiza la relevancia de los “Determinantes Sociales de la Salud” en la calidad de vida de la población. Parafraseando a Amartya Sen, la equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional que se integra ampliamente con la justicia social y la equidad global, prestando atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales en donde el acceso a la educación es fundamental.

“¿Instaurar un sistema que cubra a todos tiene que ver sólo con decisiones políticas?...los brasileños se dieron un Sistema Único de Salud luego de la dictadura, en España la llegada de la democracia marcó un antes y un después en el planteamiento de la cobertura, los británicos cuando terminó la Segunda Guerra Mundial crearon el National Health Service que acaba de cumplir 60 años luego de inspirar los sistemas de cobertura de salud de muchos países. La idea de que el derecho a la salud es un derecho cívico, ligado a la condición de ciudadanía y para

todos igual. No hay protección social en salud sin financiación pública” (Dr. José Freire Campo, Jornadas AES 2008).

Si analizamos los distintos modelos de Sistemas de Salud vigentes encontramos fortalezas y debilidades. Todo Sistema de Salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 1998):

- a) político: modelo de gestión,
- b) económico: modelo de financiación.
- c) técnico: modelo de atención.

Modelo Universalista: denominado Beveridge, por el informe que este político inglés produjo y que influyó en las características del sistema de salud británico. Su financiación es pública a través de impuestos y el acceso a los servicios es universal y son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores del sistema dependen del Estado. Otros países como Dinamarca, España, Irlanda, Grecia, Noruega, Portugal, Suecia, los países del antiguo bloque soviético y algunos del Caribe lo han adaptado a sus realidades y ya han dejado de ser modelos puros. Las mayores fortalezas son su cobertura universal y los resultados de salud que obtienen, a gastos similares mejores indicadores de salud. La equidad es muy alta como así también el aumento de la vida saludable para el conjunto de sus ciudadanos. Entre sus desventajas están las “largas listas de espera” que funcionan como control de acceso a los servicios y la baja productividad de los servicios.

Modelo del seguro social: La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores, modelo Bismarkiano. Estos aportes son obligatorios y por lo general lo administran los interesados. La cobertura es amplia partiendo desde el trabajador a toda su familia. Alemania, Bélgica, Francia, Japón y Suiza entre otros países desarrollan este modelo. Se destaca la equidad, solidaridad, pluralidad y contribución a la vida saludable. Los proveedores de servicios pueden ser públicos o privados. Entre sus desventajas puede mencionarse que siempre queda un porcentaje de la población no cubierta, su tendencia a la expansión del gasto, la sobre utilización y el abuso moral (moral hazard) debido a que el seguro paga por el servicio realizado. “En nuestro país las Obras Sociales son exponentes de este modelo, su historia habla del enorme potencial organizador del conjunto del sistema de salud, de su capacidad para construir actores y sujetos en distintos niveles y dimensiones y para orientar sus prácticas. Si bien existió una solidaridad fragmentada porque operó sólo al interior de cada rama de actividad, existió un esquema redistributivo progresivo....el sistema

puede servir de base para constituir un seguro único de salud"... (Dr. Rubén Torres, Mitos y Realidades de las Obras Sociales, 2004).

Modelo de Seguros Privados: modelo fragmentado, descentralizado y con escasa regulación pública. Cubre sólo al que paga. Existe una alta predisposición a la selección adversa, es decir el rechazo de los usuarios que pueden representar un mayor riesgo y la concentración de la oferta en los más sanos. Su mayor exponente es E.E.U.U en donde hay 1.500 seguros privados. Tiene un alto gasto. Está encarado como una actividad económica, no tiene equidad ni solidaridad. Hay sectores amplios de ciudadanos excluidos del sistema.

Modelo Asistencialista: plantea la salud como una obligación de los ciudadanos. El llamado Estado Mínimo sólo realiza acciones focalizadas para brindar asistencia a las personas incapaces de cuidar de su salud. Se financia exclusivamente con recursos fiscales. En algunos casos se define una alícuota de la recaudación de un determinado impuesto para financiar determinados programas. En los países donde la pobreza afecta a grandes grupos de población, gran parte de las acciones cuentan con el apoyo financiero de agencias internacionales.

Modelos mixtos: el gasto es alto y está mal asignado porque no existe una población objetivo. "En la Argentina ocurre en parte esto, la debilidad de la eficiencia es por sobre utilización y financiamiento cruzados por co-existir varias formas de cobertura sin ser ninguna responsable por la salud integral del individuo". (Gines Gonzalez García-Federico Tobar, Salud para los Argentinos, 2004).

4. DESARROLLO

Análisis situacional de la provincia de Santa Fe.

Santa Fe es una amplia llanura que integra la región agrícola-ganadera e industrial de la República Argentina y concentra una gran parte de la población del país. Su situación estratégica la ubica en un punto central en relación al MERCOSUR. Los ríos que surcan el territorio santafesino pertenecen a la cuenca del Plata y desaguan en el Paraná, río que la recorre de norte a sur. La provincia es la primera productora de cereales del país. Las buenas pasturas posibilitan la cría de ganado destinado a la

producción de carne y leche. Entre las actividades industriales más importantes figura: la lechera, la frigorífica, la aceitera, química y petroquímica, cerámica, porcelana y cristalería, metalmecánicas, automotriz y siderúrgica, entre otras. El Puerto agroexportador de mayor envergadura en Sud América se encuentra a orillas del Paraná, en la ciudad de San Lorenzo.

Datos Demográficos:

Población: 3.000.701

Superficie en km2: 133.007

Densidad (hab. Por km2) 22,6

Capital: Santa Fe.

Está dividido en nueve departamentos que varían sustancialmente en las características de su población y cantidad siendo el más poblado el departamento Rosario con una población de 1.121.558 , una superficie de 1.890 km2 y una densidad de 593,41 hab. por km2 y el de menor densidad poblacional en el norte de la provincia el Departamento 9 de Julio con una superficie de 16.870 km2, 28.273 habitantes con una densidad de 1,68 hab. por km2.

En el Anexo, ver los mapas 1 y 2 que muestran la división política de Santa Fe en departamentos, las VIII zonas sanitarias conformadas hasta diciembre del 2007 y la distribución geográfica de los Centros de Salud de diferentes complejidades en el territorio provincial. Allí se aprecia que en los departamentos del norte los efectores tienen menor complejidad, son escasos, las distancias que las personas deben recorrer para acceder a los servicios son mayores y muchos de sus caminos son de tierra lo que torna más dificultoso el acceso según las condiciones climáticas.

Salud pública provincial

El Ministerio de Salud Provincial que depende directamente del Gobernador de la Provincia está integrado por las Subsecretaría de Salud, de Logística, Legal y Técnica y Privada que tienen a su cargo las diferentes Direcciones con funciones específicas tales como: Relaciones Institucionales, Planificación, Control de Gestión y Estadística, Promoción y Protección de la Salud, Gestión de Casos Sociales, Recursos Humanos, Salud Mental, Coordinación Técnica y Programación, Capacitación e Investigación, Administración Contable, De Accidentología y Emergencias Sanitarias, de Entes

Comunitarios, de Rehabilitación, de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central, Bromatología y Química, Odontología, del Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos, Laboratorio Productor de Fármacos Medicinales Sociedad del Estado.

Los datos del Departamento de Estadísticas Hospitalarias del Subsector Público Provincial, año 2006, se muestran en el siguiente cuadro.

Trabajadores de la Salud Pública Provincial

No Profesionales	12.137
Profesionales	5.022
Total Ministerio de Salud	17.159

Efectores Oficiales Provinciales

Con Internación:	131
Sin Internación:	383
Total:	514

Camas Diarias Disponibles

Agudos:	3.217
Crónicos:	1.401
Total:	4.618

Camas Diarias Disponibles de Alta Complejidad

Terapia Intensiva (12 establecimientos)	91
Terapia Intensiva Neonatológica (3 E.)	44
Neonatología (10 establecimientos)	141
Total:	276

Sector internación

Pacientes Agudos:	140.060
Pacientes crónicos:	3.701
Total:	143.761
Total de Partos:	17.891
Total de Cirugías:	38.803

Sector de Consultorio Externo

Consultas Médicas:	5.118.076
Consultas no Médicas.	109.576
Guardia:	1.274.875
Total:	6.502.527
Prestaciones Odontológicas:	243.751
Laboratorio:	3.512.713
Radiología:	665.545

Financiamiento: proviene de Rentas Generales, impuestos, recursos de programas nacionales, y a través de los hospitales descentralizados y los Samco del cobro a terceros pagadores, Obras Sociales provinciales y nacionales, seguros, y del aporte importante en co-pagos del usuario de los hospitales que funcionan como verdaderas barreras de acceso del ciudadano socialmente vulnerable.

El gobierno provincial reconoce a la salud "como un derecho inherente a cada ser humano desde el inicio de la vida y un bien social que se construye solidaria y colectivamente según consta en el Informe de Gestion del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Período 2006/2007, (pagina 5.)

Coincidiendo con que "debemos preguntarnos si todo el espectro de las políticas públicas apunta a promover la equidad. La equidad y los determinantes sociales están intimamente relacionados" (Dr. Michael Marmot, preside la Comisión Global sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS).

- ✓ Sería entonces oportuno que el subsector de Salud Pública Provincial frente al nuevo escenario demográfico y epidemiológico trabaje con una concepción renovada de APS que considere elementos de contexto tales como la urbanización y el envejecimiento demográfico, las enfermedades crónicas, violencia y discapacidades, el SIDA y otras enfermedades emergentes, la vulnerabilidad a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental, la diversidad cultural, étnica, de género y modos de vida. La A.P.S introduce el concepto de “cuidado de la salud” que requiere de personas e instituciones que definan acciones y recursos, así como también las tareas con las que se comprometen para alcanzarlo. Se requiere del equipo de salud para atender las necesidades de salud expresadas por la comunidad, que trabaje en educación para la salud, de la promoción de suministro de alimentos, de agua potable y saneamiento básico. Se necesita de un trabajo intersectorial que el Ministerio de Salud debe propiciar en cada comuna o municipio, con los otros sectores del Sistema de Salud, y los actores relevantes de la comunidad buscando complementariedad para que el alcance sea universal y se beneficien tanto las pequeñas comunas alejadas de centros urbanos como las ciudades pobladas que en su periferia hoy presentan grandes sectores con necesidades básicas insatisfechas. El logro de los objetivos priorizados permitirá la construcción de un modelo de cuidado de la salud que base la intervención en las necesidades de la población definidas desde un diagnóstico epidemiológico permitiendo un abordaje integral, universal y continuo, con una intervención interdisciplinaria e intersectorial proactiva, sobre una población nominal a cargo, con objetivos y metas predeterminadas, acogiendo a aquellos sectores de mayor vulnerabilidad social, implementando tecnologías adecuadas tendientes a un accionar eficiente, eficaz, efectivo y de calidad. El desarrollo de esta estrategia permitiría tener un sistema de salud centrado en el ciudadano, respetando las particularidades regionales y conduciendo a procesos saludables que incidan en los cambios de hábitos perjudiciales, mejoren el hábitat y construya ciudadanía. Estas oportunidades existen sólo queda conducir este proceso de transformación desde el gobierno provincial.
- ✓ Dado que la estrategia de Atención Primaria ha permitido logros sociales y sanitarios relevantes en distintos países incluyendo Argentina y que la provincia de Santa Fe cuenta con una red de efectores de salud pública de diversa complejidad

en todo su territorio, se debería ampliar el desarrollo de la misma en los departamentos del norte provincial para posibilitar avanzar en la resolución de los problemas que impactan en las poblaciones más vulnerables y en las realidades más diversas de la extensa geografía social de la provincia. Fortalecer las acciones de los programas de promoción y protección, el desarrollo de espacios de capacitación que orienten los esfuerzos de los equipos de salud y generen nuevos modos de construcción de las prácticas.

Interactuar con los efectores públicos de comunas y municipios para llegar a cada localidad respetando su idiosincrasia y propiciando el desarrollo de sus capacidades para enfrentar situaciones relacionadas con viejos problemas como la pobreza o la exclusión que aún requieren soluciones como así también afrontar nuevas problemáticas derivadas del avance tecnológico, los nuevos descubrimientos científicos que generan nuevas demandas y nuevos problemas a los sistemas de salud generando costos crecientes e inequidades y exclusiones progresivas, orientando el financiamiento público o privado en función de demandas generadas por los medios masivos de comunicación y la industria, especialmente farmacéutica, en detrimento de acciones de mayor impacto en la salud y en el logro de la equidad.

Propiciar consensos con el subsector de la Seguridad Social y de los Seguros Privados tendientes a la consagración de una estrategia de cuidado integral de la salud para todos y con todos para mejorar el funcionamiento del sistema de salud, fortalecer la participación y responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer social cotidiano, facilitar la inclusión social con un financiamiento suficiente y sostenible que asegure el acceso universal con una atención de calidad.

Considerar la Salud, como un derecho humano que debe ser garantizado para todos y es a la vez una responsabilidad y un deber que debe ser asumido por todos: el Estado y los organismos públicos, las empresas privadas, las organizaciones de la comunidad y los ciudadanos. El Estado Provincial a través de políticas públicas abarcativas de todas las variables sociales y generando escenarios de consenso con los diferentes actores en el campo de la salud e impulsando con fuerza la estrategia de Atención Primaria de la Salud permitirá que su alcance sea universal, con un fuerte componente preventivo y desarrollo de políticas saludables con amplia participación de la sociedad.

Desarrollar estas instancias fortalecería a la Atención Primaria como estrategia y posibilitaría la complementariedad con los otros sectores en pos de una cobertura universal.

✓ Las normas que regulan el accionar de los efectores del subsector público provincial tienen diferentes orígenes.

1-La ley nº 6312 del 2 de mayo de 1967, de la provincia de Santa Fe, que establece la creación de los S:A:M:C:O, Servicio para la Atención Médica de la Comunidad.

2-Decreto 939 del 19 de octubre del 2000 del Poder Ejecutivo Nacional, que crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, teniendo como antecedentes el decreto de fecha 7 de enero de 1993 de Libre Elección de Obras Sociales, el 578 de abril de 1993 del Régimen del Hospital Público de Autogestión y nº 455 de fecha 8 de junio de 2000 del Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos.

Sus características diferenciales se resumen en el siguiente cuadro de elaboración propia:

Ley Provincial nº 6312 /1967	Decreto Nacional nº 939/2000
Servicio Para la Atención Médica de la Comunidad: S.A.M.C.O.	Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
Objetivo: a-dar intervención a la comunidad tendiente al logro de una más eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la población. b-Los entes que se crean no tienen ni pueden tener fines de lucro. c- Las prestaciones de estos establecimientos comprenden la atención a enfermos que por su situación económica estén o no en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación sin discriminación de ninguna naturaleza.	Objetivos: a-Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud. b- Fomentar una gestión eficiente de la salud. c-Mejorar los niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.d- Respetar las particularidades regionales. e- Participar al personal de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza.

Se inscribe por solicitud de la comisión local de entidades sin fines de lucro con la participación obligada del municipio local.	Se inscribe por solicitud de la jurisdicción (nacional, provincial o municipal) si cumplen con la presente normativa.
Categorías de personas en condiciones de asistir en los servicios: a-Carecientes. b-parcialmente carecientes. c-Quienes pueden afrontar los gastos del tratamiento.	Usuarios: a-máxima cobertura posible a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de salud. b-beneficiarios de obras sociales, seguros, mutuales, empresas de medicina prepaga, de medicina laboral y otras.
Autoridades: Director Técnico Provincial. Consejo de Administración responsable de la actividad administrativa y del patrimonio de la institución, conformado por las entidades sin fines de lucro de la comunidad que ofrezcan a integrarlo conjuntamente con el municipio y elijan sus representantes.	Autoridades: Director Provincial. Y Consejo de Administración conformado con representantes del Estado, de la Comunidad, del Personal.
Recursos presupuestarios: a-Partida Provincial acorde con la categoría del establecimiento. b-aportes de las instituciones que conforman el consejo de administración o que ellos generen. c-Facturación a terceros.	Recursos Presupuestarios: a-Partida Provincial. b- Cobro a terceros pagadores.
Recurso Humano: Provincial o Contratado por el SAMCO en gran medida con retribuciones establecidas según el criterio de la administración. El Director Médico asesora, no decide.	Recurso Humano: Provincial, Universitario en los Hospitales Escuelas. Algunos con tareas específicas contratados por la Administración.

Obligación de cumplir las funciones asistenciales sanitarias, curativo y preventivo , estadístico, etc. Cumplir en todo sentido las funciones de Jefatura Sanitaria del distrito asignado, en nombre y representación directa del Estado, esta obligación compete al ente en su aspecto técnico y administrativo.	Obligación de cumplir con los requisitos básicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y entre otras extender los horarios de atención de 8 a 20 hs. Contar con manuales de funcionamiento, normas y procedimientos y acordes a su nivel de complejidad y perfil asistencial.
---	--

Estos diferentes regímenes en los hechos generan dificultades en el accionar de la Red Provincial. Los SAMCO en general tienen recursos insuficientes para cubrir la atención de su población a cargo de acuerdo a su categoría en las especialidades y en todos sus horarios. Los profesionales que brindan en ellos sus servicios también son integrantes del staff de las instituciones privadas de la zona y en muchas ocasiones accionistas priorizando su actividad privada, no cumpliendo las horas asignadas. La doble dependencia del personal, algunos provinciales que responden a las disposiciones del Director y muchos contratados por el Consejo de Administración con sueldos diferentes y misiones y funciones que en general establece este Consejo, aún siendo técnicas, constituye un desafío permanente a la paciencia y al consenso de quienes deben conducir estas Instituciones.

Los Hospitales Descentralizados en esta provincia en general son los de mayor complejidad y tienen comportamientos diferentes aún estando en el mismo departamento. Están aquellos que prestan sus servicios gratuitamente a la población y recuperan sí del Sistema de Seguridad Social y de terceros pagadores y otros que tienen a través de su cooperadora aranceladas todas las prestaciones, priorizan a quines viven en la localidad en que están ubicados en detrimento de todos aquellos que deben concurrir por la complejidad de su dolencia de las localidades vecinas del propio departamento.

- ✓ Las barreras existentes para que la población pueda acceder a los servicios se relacionan con las leyes que rigen para los Hospitales Provinciales, la interpretación que de ellas efectúan quienes los administran que en gran medida van a contramano de la propuesta de prevención y promoción de la Salud porque incorporan los co-pagos que obstaculizan la utilización de los servicios por la población vulnerable, en su afán de recupero priorizan muchas veces las cirugías

aranceladas postergando al carenciado, brindan partos con atención personalizada a quienes pueden abonar honorarios. En algunos efectores conseguir un turno de atención para especialistas implica largas horas de espera sin tener la seguridad de obtenerlo porque se ha organizado un comercio con esto y hay quiénes cobran para conseguirlos y realizan los gestores las esperas... y quién no puede abonar termina en la guardia solucionando parcialmente lo emergente sin acceder al debido cuidado de su salud. El Ministerio de Salud Provincial si es coherente con sus compromisos de gestión debe modificar esta realidad para mejorar la accesibilidad y la equidad en esta Red de efectores provinciales.

Así mismo en los departamentos del norte de la provincia las grandes distancias a recorrer por caminos de tierra de las localidades alejadas no les permiten llegar en tiempo muchas veces a la consulta. Las acciones de promoción y prevención también se encuentran demoradas en esta región.

La accesibilidad a la información para hacer uso adecuado de los servicios es insuficiente.

Otros aspectos de la accesibilidad deben contemplarse, parafraseando a Hugo Villar, la accesibilidad desde el punto de vista técnico ya que es necesario acceder al tipo de servicio necesario según el problema de salud que es diferente si es un episodio de diarrea a si consulta por insuficiencia cardíaca descompensada; la accesibilidad económica, el problema financiero debe estar resuelto en forma universal para que no sea un impedimento para la atención; la accesibilidad cultural relacionada con los hábitos, valores y a veces prejuicios que determinan que no se utilicen o se haga un uso inadecuado de las posibilidades de atención de salud, la accesibilidad a los niveles de decisión en la prestación de servicios lo que facilitaría una adecuada utilización de los recursos.(Hugo Villar,Ciro Ferreira, Descentralización en Salud, Uruguay, edición Sindicato Médico)

✓ **Política de Recursos Humanos del Ministerio de Salud**

Durante este período 2006-2007 se trabajó brindando capacitación a través de diferentes cursos y en relación con Programas de acuerdo con la Universidad.

Se promovió la formación de Enfermería Profesional.

Se crearon 45 cargos de médicos "full-time" para Zonas inhóspitas y también para Cuidados Infantiles. Se desarrollan Residencias Médicas provinciales en 14 centros de formación en la provincia. Se formaron 30 Promotores de Salud para el norte de la provincia.

Si bien este es un aspecto fundamental a considerar porque siempre el recurso humano es el instrumento más importante de cualquier sistema de salud dado que la producción social de la salud depende de ellos y no de los edificios ni de las tecnologías sofisticadas continua relegado en esta provincia por la forma de contratación de un porcentaje elevado que están como “emergencias” por años sin beneficios sociales, sin carrera sanitaria porque no se realizan concursos y los incentivos son insuficientes.

Es necesario conformar y consolidar equipos interdisciplinarios e intersectoriales proactivos, de actuación en comunidad, aún en las más alejadas, con población a cargo, con un abordaje integral, según diagnóstico epidemiológico georeferenciado y haciendo eje en lo promocional y preventivo e incorporar definitivamente la figura del Agente Socio-Sanitario en el ámbito del equipo interdisciplinario e intersectorial. El recurso humano en salud deberá formarse para poder abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque interdisciplinario para poder trabajar con los determinantes sociales de la salud. Sería oportuno plantearse si la Gestión por Competencias del Recurso Humano mejoraría su desempeño en pos de estos objetivos.

El departamento de Estadística Provincial nos revela que son 17.159 los trabajadores de la Salud Pública Provincial. ¿Están capacitados para trabajar interdisciplinariamente, en equipo para poder abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias? ¿Tienen habilidades para trabajar con los determinantes sociales de la salud?

El desarrollo de la estrategia implica trabajar con continuidad en la capacitación del recurso humano hacedor de la estrategia para que se identifique con sus principios y desarrolle sus capacidades para implementar acciones en promoción y prevención. Es importante generar un espacio permanente de formación y reflexión acerca de sus propias prácticas que le permita ampliar su mirada acerca de las problemáticas por abordar y lograr estrategias adecuadas de resolución.

Es un reto actual para el Ministerio de Salud de la Provincia capacitar su recurso humano para lograr los objetivos sanitarios que se propone.

- ✓ Las Metas del Milenio que fueron acordadas en el año 2000, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, por los jefes de estado del mundo, que sentaron un compromiso histórico en la Declaración del Milenio, enunció en un documento de orden internacional asumido por el Gobierno Nacional, 8 objetivos sobre los cuales trabajar para alcanzar en el año 2015:

- *Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- *Alcanzar la educación básica universal.
- *Promover trabajo decente.
- *Promover la igualdad de género.
- *Reducir la Mortalidad Infantil.
- *Mejorar la salud materna.
- *Combatir el VIH Sida, TBC, Chagas, y otras enfermedades prevalentes.
- *Asegurar un medio ambiente sustentable.

El Gobierno de la provincia de Santa Fe a través del Misterio de Salud suscribió un compromiso al año 2015 de alcanzar las metas del área que se expresan a continuación y cuyo seguimiento podemos efectuarlo analizando los indicadores expuestos en los cuadros, en base a información de la Dirección General de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Prov. de Santa Fe.

META

Reducir la mortalidad Infantil

Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de cinco años.

Reducir en un 10 % la desigualdad entre departamentos.

Indicadores de mortalidad infantil			Valores registrados					Metas
			1990	1995	2000	2005	2006	2007 2015
Tasa de mortalidad neonatal	tasa		15.0	10.5	9.0	7.8	7.1	6.9 5,1
Tasa de mortalidad infantil			22.0	15.9	12,7	11.8	10.1	10.2 7,3
Tasa de mortalidad de menores de 5 años			24.6	17.8	14.6	13.9	11.9	11.9 8,2

Fuente: Dirección de Promoción y Protección de la Salud.

META

Mejorar la salud materna



Reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna.

Indicadores		Valores registrados									Metas	
		1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2015
Tasa de mortalidad materna	No.	25	20	23,3	29	27	21	20	18	18	3,5	1,1
	Tasa	4,33	3,53	4,07	5,67	5,14	3,89	3,61	3,48	3,57		

Fuente: Dirección de Porción y Protección de la Salud.

META

Combatir el VIH/SIDA, la Tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades.

VIH/SIDA

Reducir, entre 2000 y 2015, un 10 % la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad.

Reducir entre 2005 y 2015, un 12,5 % la mortalidad por VIH/SIDA, y la tasa de incidencia del VIH/SIDA en un 20%

Indicadores VIH/SIDA		Valores registrados					Metas	
		1990	1995	2000	2005	2006	2007	2015
Tasa de prevalencia del VIH en embarazadas Entre 15 y 24 años(E.+ por 1000)	X100000				1.01	1.55	2.4	2.2
Tasa de mortalidad x VIH/SIDA	X100000	1.0	4.5	2.7	2.9	2.2	2.4	2.2
Tasa de incidencia de VIH/SIDA	X100000	3.7	4.2	3.9	1.3		1.9	1.7

Fuente: Dirección de Promoción y Protección de la Salud. En base a información de la Red de Laboratorios, Dirección General de Estadísticas y Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, el SIDA y ETS.

Tuberculosis.

- Reducir la morbilidad por Tuberculosis en un 8% anual promedio.
- Reducir la mortalidad por Tuberculosis en un 10 % anual promedio.
- Lograr el 90% de curación de casos de Tuberculosis bajo tratamiento abreviado estrictamente supervisado.

Indicadores TBC		Valores registrados					Metas	
		1990	1995	2000	2005	2006	2007	2015
Tasa de morbilidad								
incidencia TBC	tasa	26.9	25.8	21.3	17.7	16.5	15.4	12.5
Tasa de mortalidad								
por TBC	tasa	3.2	2.0	1.3	0.6	0.7	0.8	5.0
Proporción de casos de TBC detectados y curados con tto, abreviado supervisado.								
	Porc.	65.6	76,7	85,0			92.0	95.0

Fuente: Dirección de Promoción y Protección de la Salud en base a información del Programa Provincial de Control de Enfermedades Respiratorias y TBC.

Chagas

- Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas .

Indicadores Chagas		Valores registrados					Metas	
		1990	1995	2000	2005	2006	2007	2015
Prev.Chagas <15 años área endémica								
	Porc.		9,8	5.3				
Porc. De viviendas infectadas								
			5.4	5.4			2.0	

Fuente: Dirección de Promoción y Protección de la Salud en base a información de la Red de Laboratorios, Dirección General de Estadísticas y Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, el SIDA y ETS.

Paludismo

- Mantener el índice Parasitario Anual por debajo del 1% o en las áreas de riesgo. Se trabaja para lograrlo.

El análisis de los indicadores muestra que se trabaja ciertamente en la provincia para alcanzar las metas propuestas pero hace falta llegar más a las zonas alejadas del territorio e incluir a todos los sectores en este desafío, esto se visualiza en el mapa en donde se marcan los efectores provinciales que consta en el anexo.

La salud pública es clave para la lucha contra la desigualdad. Parafraseando a Bernardo Klisberg, es necesario trasladar a la sociedad vigorosamente la percepción de relevancia y el peso concreto de las desigualdades en salud. Las Metas del Milenio de Naciones Unidas son un excelente paso al respecto. Así mismo Amartya Sen destaca la importancia de las estadísticas de mortalidad para formular decisiones de política económica de amplia cobertura que incluyan el desempeño global. Así como los intereses de distribución conforme a clase, género y raza, alegando que la información sobre la mortalidad tiene una importancia intrínseca, dado que la longevidad se valora en sí misma, una significancia capacitante para nuestro desarrollo estando vivos y una relevancia asociativa ya que otros logros de interés se relacionan negativamente con las tasas de mortalidad. (Primero la Gente, Amartya Sen. Bernardo Klisberg.2007)

Conclusiones

Del análisis de los objetivos se desprende la importancia de que el subsector de Salud Pública Provincial desarrolle plenamente en todo su territorio la estrategia de Atención Primaria de la Salud como política sanitaria de inclusión, asegurando la igualdad de oportunidades y el desarrollo de las capacidades de las personas y sus comunidades, fortaleciendo la capacitación de su Recurso Humano para enfrentar los desafíos del milenio, con el concepto de salud como derecho humano, la solidaridad, la accesibilidad y la equidad como ejes prioritarios generando consensos con los otros subsectores del sistema de salud provincial para sumar esfuerzos para consagrar una estrategia de cuidado integral de la salud para todos y con todos.

El fortalecimiento de la APS es una de las políticas sustantivas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a partir del Plan Federal de Salud presentado en mayo de 2004 y consensuado por los niveles nacional y provincial que propicia que los sistemas de salud organicen las respuestas por niveles de complejidad en el marco de una política de descentralización y regionalización sanitaria. Para lograrlo se debe conformar redes intersectoriales, jerarquizar la red pública de salud y definir

claramente los mecanismos de referencia y contrarreferencia, priorizando el primer nivel de atención, dotándolo de capacidad resolutive, propiciando intervenciones de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria. Es fundamental comprender el concepto de APS... "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación." La APS debe ser parte integrante y central del Sistema de Salud Provincial y Nacional. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas. "El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, donde los distintos componentes de la misma actúan en función de las necesidades de los destinatarios" (Gines Gonzalez García-Federico Tobar, Salud para los Argentinos).

La Bioética, ética aplicada a la vida, no debe circunscribirse a lo discursivo, debe ser, además, un instrumento para mejorar la calidad de vida de la gente, promoviendo y defendiendo los derechos humanos fundamentales en la dignidad de las personas... tampoco debe circunscribirse al área médica, debe ser abarcativa a todos los espacios de la vida social en esta América Latina que es una de las regiones del mundo de mayor injusticia en la distribución de la riqueza. (Maglio, Francisco. Bioética Social para América Latina)

Bibliografía

- Amartya Sen, Bernardo Kliksber. "Primero la gente".Barcelona, 2007. Ediciones Deusto.
- Aportes para la construcción de Sistemas de Salud Universales y Equitativos. AES 2006. II Congreso de Economía de la Salud América Latina. 278 pág.
- El futuro de las reformas o la reforma del futuro. AES 1998. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. 215 pág.
- Financiamiento y Asignación de Recursos para la Atención de la Salud. AES 2004.XIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. 290 pág.
- Freire Campo, José Manuel. "Cobertura universal y financiación pública" Isalud, Publicación de la Universidad. Volumen 3 Número 13-Agosto 2008.
- González García, Ginés y Tobar, Federico. Más Salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del Sistema de Salud en la Argentina. Buenos Aires, Editor latinoamericano. Isalud 1997. 304 pág.
- Gonzalez García, Ginés y Tobar, Federico. Salud para los Argentinos. Buenos Aires, Ediciones Isalud., 2004. 495 pág.
- Informe de Gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Período 2006-2007.
- "La Salud en Crisis y el Rescate de la Equidad". Seminario 16,17 y 18 de julio de 1997. Fundación Navarro Viola. 318 pág.
- Maglio, Francisco. "Bioética Social para América Latina". Quirón, Revista de medicina y bioética. Vol.38 nº 3/ 4 -2007.
- Marmot,Michael. "Si sólo se trabaja desde la salud no se llega muy lejos" Isalud, Publicación de la Universidad. Volumen2-Número 10- Diciembre 2007
- Torres, Rubén. Mitos y Realidades de las Obras Sociales.Buenos Aires. Ediciones Isalud.2004. 239 pág.
- Villar, Hugo – Ferreira,Ciro. Descentralización en Salud. Sistemas Departamentales de Atención. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, objetivos, requisitos y componentes. Montevideo. Uruguay. Ediciones Tradinco. 2005.

Anexos

1- Mapa de división política en departamentos de la Provincia de Santa Fe y las zonas sanitarias correspondientes.

Zonas de salud

Jefe: Dra. Cintya Ariadna Levin
 Lisandro de la Torre 687, (2300) Rafaela.
 Tel.: (03492) 437373, 424182.

Zona II. Departamentos: Vera, General Obligado.
Jefa: Lic. María Guadalupe Escobar.
 H. Irigoyen 1540, (S3560BJP) Reconquista.
 Tel.: (03482) 420173.

Jefe: Dr. Antonio Daniel Marelli.
 Vélez Sarsfield 830, (S3003BDP) Helvecia.
 Tel.: (03405) 470018.

Jefe: Dra. Susana María Broda.
 Av. Alberdi 1145, 6º Piso, (S2452AJH) San Jorge.
 Tel.: (03406) 440129.
 FAX: (03406) 440174.

Zona V. Departamentos: La Capital, Las Colonias, San Justo.
Jefe: Dr. Gonzalo Federico Soria.
 Dr. Zavalla 3361, PB., (3000) Santa Fe
 Tel.: (0342) 4572538, 4572543. FAX: 4573719

Zona VI. Departamentos: Belgrano, Frío, Caseros.
Jefe: Dr. Oscar Luis Molón.
 Urquiza 750, (S2500ICP) Cañada de Gómez.
 Tel.: (03471) 423821, 425990.

Zona VII. Departamentos: Venado Tuerto.
Jefe: Dr. Tomás Eduardo Tibaldi.
 Mitre 763, (2600) Venado Tuerto.
 Tel/Fax.: (03462) 422711, 429333.

Jefe: Dr. Miguel Elías Rabbia.
 Rioja 801, Planta Baja, (2000) Rosario.
 Tel.: (0341) 4721105, 4721159, 4721518

Jefe: Dr. Daniel Pérez.
 Vuelta de Obligado y Ruta Nacional Nº2, (3060) Tostado.
 Tel.: (03491) 470373.

Fuente: Informe de gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe 2006-2007

2- Mapa de la provincia de Santa Fe con los Centros de Salud Provinciales.

- Centros de Salud con mayores prestaciones.
- Centros de Salud con internación.
- Hospitales referenciales que cuentan con internación y atención de especialidades.
- Hospitales referenciales con atención de especialidades.
- Hospitales con internación de mediana complejidad.
- Hospitales con internación de alta complejidad.

Fuente: Informe de gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe 2006-2007

3-LEY 6312/67

Santa Fe, 02 de Mayo de 1967

Artículo 1º - Créase bajo la denominación genérica de "Servicio para la Atención Médica de la Comunidad" tantos entes como fueren necesarios, cuyos objetivos, estructura y bases jurídicas se establecen en la presente ley y en los Decretos Reglamentarios que en consecuencia dicte el Poder Ejecutivo Provincial por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en reemplazo del régimen técnico - administrativo vigente para los organismos asistenciales sanitarios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

De sus Objetivos

Artículo 2º - Los entes que se crean por el artículo anterior, no tienen ni pueden tener fines de lucro y en todos los casos se estructurarán sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse, que dependan o debieran depender del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la finalidad de propender al mayor rendimiento y la mejor prestación de los servicios médicos curativos y preventivos que es obligación del Estado prestar a la Comunidad toda en atención al valor humano económico que la salud representa en toda sociedad organizada dando a la comunidad beneficiaria la oportunidad de participar en forma activa en la concreción de esos propósitos con su aporte, e intervención directa.

Artículo 3º - Las prestaciones de estos establecimientos comprenden la atención a enfermos que por su situación económica estén o no en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión, creencia o ideas políticas o sociales de ninguna naturaleza. El reglamento establecerá con carácter general las condiciones y/o modalidades en que dichas prestaciones se llevarán a cabo sin descuidar que es fundamental atender la salud de las clases sociales menos pudientes económicamente y que en forma especial y concreta a ellas están destinadas las disposiciones de esta Ley. La acción de estos servicios deberá hacerse extensiva al aspecto preventivo de la salud de la población.

Artículo 4º - A los establecimientos a los cuales se aplique el régimen de esta ley, tienen acceso todos los habitantes de la jurisdicción donde funcione el ente y pueden disponer del mismo para la internación, operación, curación, etc., de sus pacientes, todos los profesionales médicos de la localidad y/o jurisdicción pertinente, dentro de los preceptos que fije la reglamentación que al efecto se dicte por el Poder Ejecutivo, sin otra discriminación. Todo ello sin perjuicio de lo señalado en el artículo anterior.

De su Naturaleza Jurídica

Artículo 5º - Los entes que se crean genéricamente por el artículo 1º del presente, siendo personas de derecho privado por su naturaleza y funciones que les acuerda esta ley, participan del derecho público y una vez cumplidos los requisitos que señala la misma para su puesta en marcha en una determinada localidad, lo que será declarado por Decreto del Poder Ejecutivo, a dictarse por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comenzará su existencia legal con la denominación de "Servicio para la atención Médica de la Comunidad de..." (*el nombre de la localidad que corresponda*).

Artículo 6º - Gozan de las mismas excepciones impositivas y de tasas que las reparticiones públicas provinciales y demás beneficios que las leyes acuerdan a los organismos oficiales.

Artículo 7º - Las instituciones primarias que promueven en cada localidad la aplicación del régimen de esta ley en la forma que establecen los art. 10 y 11 no tendrán empero la representación oficial del Estado y las personas físicas que la representen no tienen calidad de agentes civiles de la Administración Pública y no gozarán de ninguna retribución especial por ningún concepto en razón de sus funciones o como integrantes de los entes que se crean.

Artículo 8º - Gozan de independencia para el cumplimiento de sus fines específicos, no obstante lo cual podrán ser intervenidos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente cuando existan razones de orden público atinente a su funcionamiento que, por su gravedad, así lo justifiquen o cuando de alguna manera se desvirtúe la finalidad de su creación. La intervención deberá disponerse por Resolución debidamente fundada, previo sumario administrativo e implicará la caducidad del Consejo de Administración y su Comisión Ejecutiva. Contendrá necesariamente, asimismo, la invitación a las instituciones primarias para que en el plazo de treinta (30) días corridos propongan los nuevos miembros que en su representación integrarán el Consejo de Administración. En ningún caso la intervención podrá prolongarse por más tiempo del estrictamente necesario para restituir el gobierno y administración a las instituciones primarias dentro del plazo máximo de noventa (90) días corridos. Cautelarmente, y si las circunstancias del caso lo exigieran, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente podrá relevar total o parcialmente a los miembros del Consejo de Administración y su Comisión Ejecutiva hasta la conclusión del sumario, en cuyo caso serán reemplazados por los suplentes.

Artículo 9º - El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, controlará el funcionamiento de estos entes y, en especial modo, en todo lo que se relaciona con la eficaz prestación de atención médico - asistencial gratuita a personas de escasos recursos económicos, cuya deficiencia debidamente probada es causa más que suficiente para disponer su intervención.

De su Integración y Constitución

Artículo 10º - Los entes denominados "Servicios para la Atención Médica de la Comunidad" serán promocionados en cada lugar por las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro, existentes en la localidad respectiva y/o en la zona de influencia de la jurisdicción territorial que se le asigne y que libremente deseen hacerlo, debiendo la Municipalidad o Comisión de Fomento del lugar, integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del mismo. Dichas instituciones deben ser o estar constituidas legalmente y es deber inexcusable de las mismas, promover y ayudar al mantenimiento del Servicio con fondos propios. En el caso particular de las ciudades de Santa Fe y Rosario se constituirán un solo Consejo de Administración para cada una, el que tomará a su cargo la conducción administrativa de todos los establecimientos médico - asistenciales provinciales y municipales existentes al momento con exclusión de los de tipo monovalentes aplicados a grandes luchas sanitarias. Además, estos Entes serán promocionados y/o integrados exclusivamente por aquellas instituciones que posean el máximo nivel posible de representatividad dentro de cada gran sector comunitario, sea por carácter de central o de matriz o sea, en su defecto, por el número de asociados que posean dentro del ámbito local".

Artículo 11º - Las instituciones que señala el artículo anterior, que en una determinada localidad deseen adoptar para la prestación del servicio médico de la comunidad, el sistema de esta ley, deberán promover dentro de la población respectiva la iniciativa, y una vez que hubiere criterio formado, constituirán una comisión especial que se denominará "Comisión Vecinal para la Promoción del Servicio para la Atención Médica de la Comunidad de " (agregar el nombre de la localidad). Esta comisión así constituida elevará el pedido correspondiente al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dicho petitorio será firmado por las personas responsables de las instituciones respectivas cuyas firmas, con la aclaración de la institución que representan, serán legalizadas por Escribano Público, Juez de Paz, etc., e indicará la forma y condiciones en que deseen tomar a su cargo el establecimiento asistencial de que se trate, para la atención del mismo en cumplimiento de los objetivos de esta ley.

Artículo 12º - A esa gestión se acompañará además una copia fiel y autenticada de las firmas en la forma que indica el artículo anterior del acta de la Asamblea General de Socios de cada institución que constituyen dicha comisión vecinal, autorizando el pedido que se formula por intermedio de sus representantes y el mandato que en ese sentido les ha sido conferido.

Artículo 13º - Las actuaciones en cuestión, que deberán ser elevadas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por la Comisión Vecinal interesada, darán lugar al dictado de una resolución de la mencionada Secretaría de Estado, declarando que la misma se ha constituido en legal forma, y está autorizada para peticionar bajo la responsabilidad de la misma la constitución del Consejo de Administración que ha de regir los destinos del ente que esta ley crea a través del sistema que articula a esos fines y para el logro de sus propósitos.

Artículo 14º - La Comisión Vecinal, así reconocida, propondrá de inmediato al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social las personas que integrarán el Consejo Administración del ente en cuestión, lo que originará el dictado de un Decreto del P.E. por intermedio del mencionado ministerio, reconociendo la constitución de dicho Consejo de Administración, oportunidad a partir de la cual comienza la existencia legal del Ente y a funcionar como tal.

Artículo 15º - El Consejo de Administración procederá a la elección de la Comisión Ejecutiva, que prescribe el art. 23 de esta ley, dando conocimiento al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la integración de la misma, a los fines de concretar el convenio para el traspaso al ente del servicio que tomará a su cargo y en las condiciones en que ello se producirá.

Artículo 16º - Las instituciones originarias que gestaron la puesta en marcha en una localidad determinada del sistema de esta ley, pueden reducirse, cuando a ello hubiere lugar o ampliarse, en su caso, con nuevas Instituciones existentes o creadas con posterioridad, observándose en estos supuestos lo señalado en los artículos 10º al 14º de la presente. Estas instituciones, para peticionar ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y para el cumplimiento de las funciones y deberes que les acuerda esta ley, se constituirán en forma permanente o adreferéndum en cada caso, en COMISION VECINAL en la forma que indica el artículo 11º, sin perjuicio empero de que cada una puede en forma individual formular, cuando hubiere lugar y se justifique ello, peticiones, sugerencias, etc.

De su Gobierno y Administración

Artículo 17º - En el aspecto técnico, estos entes estarán a cargo exclusivamente del Médico Director designado y rentado por el Poder Ejecutivo de acuerdo a las normas del Decreto – Ley 07216 /63 y/o disposición que lo reemplace, con las mismas obligaciones y derechos en ese aspecto que las que tienen en la actualidad esos agentes. El es el único responsable de la conducción técnica del servicio e integra el Consejo de Administración en calidad de Asesor y no tendrá voto en las resoluciones, pero sí voz en sus deliberaciones.

Artículo 18º - Sin perjuicio de lo señalado en el artículo anterior, el ente puede contratar los servicios de otros profesionales del Arte de Curar para el cumplimiento de los fines y propósitos de esta ley, debiendo en tal caso el Médico Director compartir su responsabilidad con el o los profesionales médicos en tal caso designados, en la conducción técnica del establecimiento. En cuanto a los enfermos asistidos en el establecimiento que fueron traídos por profesionales ajenos al servicio, estos son responsables de su tratamiento y curación. Para la designación de estos agentes se estará a lo establecido en el Decreto 07216/63 debiendo los concursos realizarse con intervención de las respectivas Juntas de Escalafonamiento.

Consejo de Administración

Artículo 19º - En su aspecto administrativo, el Servicio para la Atención Médica de la

Comunidad, estará a cargo de un Consejo de Administración formado por la representación igualitaria de las instituciones que gestionaron su puesta en marcha, en número no inferior a ocho personas como titulares y el mismo número como suplentes. Si no hubiere tantas instituciones, hasta llegar a ocho, las existentes duplicarán, triplicarán, etc., su representación de manera que se cubra por lo menos el mínimo señalado. En cuanto a su máximo, el Consejo de Administración no tiene límites.

Artículo 20° - Los miembros del Consejo de Administración durarán dos años en sus mandatos, siendo renovables por mitades cada año. En la primera oportunidad, se establecerá por sorteo los que durarán uno o dos años. Estas personas, a propuesta de las respectivas Instituciones primarias que promocionaron la puesta en marcha del Ente de la localidad respectiva, serán reconocidas como integrantes del Consejo de Administración, por decreto del Poder Ejecutivo dictado por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En cada oportunidad se propondrá la misma cantidad de suplentes. Serán puestos en posesión de sus cargos con posterioridad al dictado del decreto que establece este artículo.

Artículo 21° - En caso de ausencia definitiva por cualquier causa que fuere de un titular del Consejo de Administración, será reemplazado por el suplente reconocido por el P.E. que corresponde a la institución primaria que lo propuso hasta la finalización del mandato del ausente. Si fuere por finalización de su mandato, la o las instituciones que hubiere lugar, gestionará en la forma que determina esta ley, el reconocimiento de los nuevos miembros, titulares y suplentes que han de reemplazar a los anteriores. Las instituciones tienen la facultad de proponer en su representación a las personas que estimen han de llenar mejor el cometido que se les asigna según los objetivos de esta ley. La ausencia definitiva de un titular y su correspondiente suplente dará lugar a que la Institución interesada proponga a las personas que en calidad de titular y suplente reemplazarán a las anteriores hasta la finalización del mandato de aquellos.

Artículo 22° - Las personas físicas que integran el Consejo de Administración, en cuanto al cumplimiento de sus funciones, son directas y personalmente responsables, civil y penalmente, de sus actos y conductas.

Comisión Ejecutiva

Artículo 23° - Del seno del Consejo de Administración, se designará una Comisión Ejecutiva compuesta de tres miembros del mismo Consejo, con la denominación de Presidente, Secretario y Tesorero, que tendrá a su cargo la conducción efectiva del ente y lo representará ante los organismos y poderes públicos oficiales y privados y será el órgano ejecutivo del mismo en todas sus relaciones necesarias con terceros y con el Servicio. "La Presidencia de la Comisión Ejecutiva de los Consejos de Administración de Entes que se lleguen a constituir en las ciudades de Santa Fe y Rosario será ejercida exclusivamente por el Secretario de Salud Pública o de Acción Social de la respectiva Municipalidad o funcionario que dicho organismo designe en su representación. Los demás miembros de la Comisión Ejecutiva serán designados por el Consejo de Administración según el procedimiento fijado en el párrafo anterior y en art. 24.

Artículo 24° - Los integrantes de la Comisión Ejecutiva serán elegidos a simple pluralidad de sufragios por los miembros del Consejo de Administración, y durarán dos años en sus funciones, siendo reelegibles y pudiendo ser removidos por el Consejo en la misma forma. Actúan en nombre y representación del Consejo de Administración, y ejercerán la representación legal del ente, con las funciones que le señala esta ley y el reglamento orgánico y la reglamentación que al efecto se dicte por el Poder Ejecutivo. En todos los casos el Consejo de Administración deberá comunicar al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la integración de la Comisión Ejecutiva y sus modificaciones.

Artículo 25° - Con la firma del Presidente y Tesorero, o del Secretario en ausencia o

impedimento del Tesorero, se librarán cheques y órdenes de pago con cargo a los fondos de la entidad, en la forma que determina ésta ley y la reglamentación pertinente. El Presidente de la Comisión Ejecutiva goza de las facultades suficientes para actuar como actor o demandado ante los estrados judiciales de cualquier fuero y jurisdicción, tanto provincial como nacional, en representación y como mandato legal del ente, con las facultades procesales del art. 41 del Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Provincia.

De sus Facultades

Artículo 26° - Estos entes tendrán las más amplias facultades y atribuciones para el cumplimiento integral de su cometido, y en especial las siguientes:

- a) Ejercer la plena representación legal de la entidad.
- b) Proyectar el presupuesto anual de gastos y cálculos de recursos, sobre la base de las necesidades reales del establecimiento, que elevará a la aprobación del P.E. por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- c) Ejecutar el presupuesto en la forma y de conformidad con las facultades que le acuerde el estatuto orgánico y la reglamentación.
- d) Dictar toda clase de reglamentaciones internas para el mejor cumplimiento de los objetivos y fines de la presente ley, dentro de los límites de las facultades que le acuerde el reglamento orgánico y en especial sobre la forma de convenir la modalidad y condiciones de las prestaciones gratuitas y onerosas que efectúe a la comunidad, y fijar las retribuciones pertinentes.
- e) Designar, contratar, promover y sancionar a su personal en la forma que autorice el reglamento orgánico y la reglamentación y/o proponer al P.E. dichas circunstancias en los casos que hubiere lugar.
- f) Aceptar legados donaciones y herencias con beneficio de inventario y toda otra liberalidad de cualquier especie debiendo hacerlo ad-referéndum del P.E. cuando tuvieren cargos o condiciones.
- g) Vender bienes muebles que no sean necesarios y/o que deben ser renovados, de acuerdo con la reglamentación a dictarse.

Artículo 27° - Las atribuciones que se consignan son a título enunciativo y corresponden al Consejo de Administración del ente, empero, se concretará por intermedio de su respectiva Comisión Ejecutiva que establece el art. 24, en la forma que determine en concreto la reglamentación y/o el estatuto orgánico.

De los Recursos

Artículo 28° - Para asegurar el desenvolvimientos de estos Entes, contarán con los siguientes recursos económicos:

- a) Los créditos que a cada uno asigne:
 - 1. El Presupuesto general de la Provincia de Santa fe por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
 - 2. El Presupuesto de las Municipalidades y/o Comunas respectivas.
 - 3. Las Universidades y/o entes oficiales en forma anual y continuada.
- b) Los aportes subvenciones o subsidios que le acuerden las entidades privadas y personas físicas o jurídicas.
- c) Los aportes que le acuerden como subvenciones o subsidios transitorios o permanentes organismos o instituciones internacionales.
- d) Las herencias, legados o donaciones que reciban de particulares.
- e) Los aportes o retribuciones por prestaciones efectuadas a personas individuales o entidades responsables, mediante el sistema que se establezca y cualquier otro estipendio percibido como contraprestación por servicios prestados dentro de las atribuciones del ente, o el producido de beneficios organizados por el mismo.

Artículo 29° - Los recursos a que se refiere el artículo anterior, ingresarán a una cuenta especial a depositarse en un Banco oficial si lo hubiere en la plaza o lugar más cercano al domicilio legal del ente, dentro de las cuarenta y ocho horas de haber sido

recibidos. Los provenientes del inciso a) del artículo 28º, solamente podrán ser utilizados para atender los gastos que demanden las prestaciones gratuitas a que el Ente está obligado según sus fines y propósitos, de la presente ley en ese sentido, si de otra manera no fuere posible cubrir esos gastos, con otros recursos.

Del Control y Fiscalización

Artículo 30º - El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, por intermedio del organismo técnico administrativo que fuere de lugar, ejercerá vigilancia en todos los aspectos administrativos, económicos - financieros y patrimonial de estos entes, verificando el movimiento de fondos, valores y especies; y observará todos los actos o procedimientos que no se ajusten al mandato conferido o producidos en contravención de normas expresas o técnicamente desarregladas a las prácticas aconsejables en estos casos.

Artículo 31º - A tal efecto, deberán llevar los libros y documentación, inventarios, etc. Que correspondan de acuerdo a las normas de una buena contabilidad, y en especial los libros y documentos que la reglamentación les obligue.

Artículo 32º - Anualmente y dentro de los sesenta días de finalizado el ejercicio económico financiero, deberán someter al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para su aprobación, una memoria y balance que contendrá la labor realizada y el resultado de la ejecución del presupuesto.

Del Patrimonio

Artículo 33º Los bienes muebles o inmuebles de uso y consumo existentes al producirse el traspaso a estos entes, bajo inventario, son de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como los que les provea en el futuro la mencionada Secretaría de Estado.

Artículo 34º - En el supuesto de que por razón debidamente justificada e irreversible, el Servicio para la Atención Médica de la Comunidad, de un lugar determinado se reincorpore a la esfera del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, lo será además con las mejoras introducidas juntamente con su activo y pasivo, que con el patrimonio del ente pasan a ser propiedad exclusiva de la mencionada Secretaría de Estado con la obligación de someterlos al uso a que están destinados originariamente.

Del Personal

servicio y de maestranza que existiere en el establecimiento que se incorpora al régimen de esta ley, adquiere por ese solo acto de carácter de adscripto definitiva e irreversiblemente al Servicio para la Atención Médica de la Comunidad del lugar en cuestión y continuará percibiendo los mismos haberes y gozando de los mismos beneficios que las leyes los acuerdan a dichos agentes, no obstante lo cual pasan a depender en forma directa del ente, sin perder su calidad de agentes civiles del Estado y mientras la ley no disponga otra cosa, solamente podrán ser declarados cesantes o ascendidos por el P.E., a pedido de la mencionada institución.

Artículo 35º Los haberes de estas personas serán liquidados y pagados directamente por el ente con fondos propios o que le serán remitidos en forma global por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social utilizando los mismos créditos afectados en el presupuesto general de la Provincia a esos fines, juntamente con los beneficios y cargas sociales, asignaciones familiares, aporte patronal y cuotido anual complementario.

Artículo 37º Los haberes del personal a que se refiere el art. 36, en cuanto fueron pagados con fondos provenientes de la Provincia y hasta tanto no se determine lo contrario mediante decreto del P.E. seguirán liquidándose en la forma como se efectúa hasta el presente por la Dirección General de Administración, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En este caso la rendición de cuenta en este rubro se presentará en la misma forma y términos como hasta el presente.

Artículo 38° - En los casos de renunciaciones, cesantías, fallecimientos, etc. de estos agentes, con exclusión del Médico Director que será designado por el P.E. en la forma de estilo, de acuerdo con lo prescrito en el Decreto Ley 07216/63, los reemplazantes serán designados en forma directa por el ente, los que juntamente con todo el personal rentado que preste servicios en los mismos, gozarán de los mismos beneficios y tendrán las mismas obligaciones mínimas en ambos supuestos que los demás agentes civiles del Estado en materia de salarios, asignaciones familiares, seguro mutual, régimen de licencia, cargas sociales, y en materia de ingreso a sus empleos deberán cumplir los requisitos vigentes en cuanto a aptitud física que señalan las normas aplicables al caso.

Artículo 39° - Cumpliendo las disposiciones legales de rigor en la materia, los empleados rentados directamente por el ente pueden optar por afiliarse a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe y a la Caja de Previsión Social de los Agentes Civiles del Personal de Servicios Públicos - Ley 11110 -; en todos los casos estos entes serán los agentes naturales de retención de los aportes obreros y patronales de sus empleados.

Artículo 40° - En materia de salario, el ente deberá adoptar el mismo sistema de categorías y montos mínimos y demás beneficios que tiene establecido o establezca para los Agentes Civiles del Estado Provincial, el presupuesto general de la Provincia, para pagar a sus agentes, de acuerdo a la naturaleza y jerarquía de las tareas que realicen. Los Profesionales Universitarios de la sanidad que designe o contrate la Institución, serán remunerados en la forma y montos que establece el Decreto Ley 07216/63 y sus futuras modificaciones.

Disposiciones Varias

Artículo 41° - En todos los casos se determinará si el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social proveerá a estos entes los medicamentos, elementos de curaciones, provisiones, varios, instrumental, etc., en cuyo supuesto la reglamentación establecerá la forma y tiempo en que ello se producirá teniendo en cuenta fundamentalmente el buen funcionamiento del servicio y el abaratamiento de los costos, a fin de lograr el mejor y eficiente aprovechamiento de las sumas a invertir en esos rubros.

Artículo 42° - El Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social queda facultado para introducir modificaciones en el momento que fuere necesario, al Presupuesto General; a fin de habilitar un crédito global destinado al cumplimiento de los convenios a celebrarse con los servicios que fueren transferidos de acuerdo con lo establecido en esta Ley, sobre la base de la refundición de las partidas individuales y globales de "Gastos en Personal" y "Otros Gastos" que tenían asignados los respectivos establecimientos transferidos. Las rendiciones de cuentas por la entrega de fondos a que se refiere este artículo estarán constituidas por un balance de inversiones suscritas por los integrantes de la Comisión Ejecutiva y presentadas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dentro de un plazo de sesenta días de recibidos dichos fondos. Los comprobantes pertinentes, debidamente ordenados, con las formalidades legales del caso, serán archivados en la Administración del Servicio para su oportuno control y demás efectos.

Artículo 43° - Igual temperamento ha de seguirse con los demás gastos de funcionamiento, de sueldos y jornales, reparación y/o ampliación de inmueble, ampliación de los servicios a cargo del establecimiento y su reequipamiento. La reglamentación determinará en que montos y proporción ha de concurrir el Estado a sufragar esos gastos.

Artículo 44° - En el supuesto de que el ente proyecte la ampliación y/o refacción de sus instalaciones o prestaciones, deberá solicitar al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la correspondiente autorización para ello. Si el Estado debe soportar parte o el todo de los gastos que ello demandará se seguirá el procedimiento que establece la legislación vigente en materia de contratación y construcción de obras

públicas y adquisición de bienes patrimoniales, si no optare por hacer efectiva esa contribución por medio de subsidios especiales a determinar por decreto del P.E. en cada caso particular.

Artículo 45° - Por intermedio de la Dirección Técnica del establecimiento a cargo del Médico Director designado por el P.E. y con la estrecha colaboración y coordinación del Consejo de Administración, el ente debe cumplir las funciones asignadas a esos organismos hospitalarios, en su aspecto asistencial y sanitario, curativo y preventivo, estadístico, etc. a que se refieren las leyes y reglamentaciones provinciales, nacionales e internacionales, cumplir en todo sentido de las funciones de Jefatura Sanitaria del distrito asignado, en nombre y representación directa del Estado. Esta obligación compete al ente en su aspecto técnico y administrativo.

Artículo 46° - Se faculta en forma expresa al P.E para disponer con la urgencia que el caso requiere, las modificaciones presupuestarias que fueren de lugar, a fin de posibilitar y agilizar la puesta en marcha del régimen que esta ley establece, debiendo en los futuros presupuestos introducirse las modificaciones que correspondieren y hubiere lugar, a medida que se incorporen nuevos establecimientos al régimen de esta Ley.

Artículo 47° - Derogase todas las leyes, decretos, resoluciones, etc. que se opongan a lo dispuesto en este ordenamiento legal, que se declara de urgente necesidad.

Artículo 48° - El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá tomar las providencias del caso a efectos de la puesta en marcha del sistema que esta ley establece y dictará todos los Reglamentos y el Estatuto Orgánico que fueren necesarios para el cumplimiento de los fines perseguidos por este ordenamiento legal.

Artículo 49° - Dejase establecido que en el supuesto de tratarse de unidades asistenciales de sexta categoría (sin internación) las que desearan incorporarse al régimen de la presente ley y no pudieran constituirse en la forma que determina el presente ordenamiento legal, por no existir en la localidad y zona de influencia instituciones que puedan o deseen hacerlo, el ente podrá legalmente constituirse con la representación de la Comisión de Fomento y la Asociación Cooperadora del Establecimiento, creada de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 03390 (SP 594) del 14/03/56.

Artículo 50° - Para los fines precedentes, el Consejo de Administración será integrado por ocho personas: cinco a propuesta de la Asociación Cooperadora y tres por la Comisión de Fomento. Si además de los organismos citados hubiere otro u otros que desearan o estén en condiciones legales de integrar el ente, tendrán la representación proporcional que señala esta ley y que en cada caso determinará el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Artículo 51° - En medida de lo posible se tendrá en cuenta lo señalado por este ordenamiento en los demás aspectos de su constitución y funcionamiento, debiendo el Poder Ejecutivo reglamentar con carácter general estas situaciones, y concretar en cada caso particular el régimen que a de seguirse a fin de que se cumplan los fines y propósitos de la presente ley, adoptando las providencias que sean de lugar para asegurar su correcto funcionamiento.

Artículo 52° - Refrendarán la presente ley los señores Ministros de Salud Pública y Bienestar Social, de Gobierno, Justicia y Culto.

Artículo 53° - Inscribase en el Registro General de Leyes, comuníquese, publíquese y archívese.

4-CRÉASE EL RÉGIMEN DE HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA. OBJETIVOS.

Decreto 939

19/10/2000

VISTO el expediente N° 2002-8260/00-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, los Decretos N° 9 de fecha 7 de enero de 1993 de Libre Elección de Obras Sociales, N° 578 de fecha 1° de abril de 1993 del Régimen del Hospital Público de Autogestión y N° 455 de fecha 8 de junio de 2000 del Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, y CONSIDERANDO:

Que resulta necesario avanzar en la implementación de las Políticas Sustantivas e Instrumentales fijadas por el Gobierno Nacional para la transformación, el desarrollo y fortalecimiento del Sector Salud.

Que, asimismo, se deben adecuar las disposiciones contenidas en el Decreto 578/93 frente al Marco Estratégico-Político que rige el Sector Salud, en el cual se fija, como propósito central, la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas.

Que luego de transcurridos SIETE (7) años de la implementación del Régimen del Hospital Público de Autogestión se han observado una serie de dificultades que es necesario corregir.

Que el accionar del Gobierno Nacional se basa en el profundo respeto a la autonomía provincial y municipal en materia de salud.

Que la estrategia de la atención primaria de la salud y el sistema de médicos de cabecera deberán ser parte integrante de los sistemas de servicios de salud y tendrán como objetivo final tender hacia una reorganización de los mismos, de modo que el Hospital Público pueda hacer una asignación más adecuada y un uso más eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 1 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Créase el REGIMEN DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA (HPGD).

Art. 2° — Serán objetivos del presente régimen los siguientes:

- a) Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud.
- b) Fomentar una gestión eficiente y racional de la salud.
- c) Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- d) Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud.
- e) Aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.

Art. 3° — A tal efecto se establece en el ámbito de la SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA del MINISTERIO DE SALUD el REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA (RNHPGD), que reemplazará al REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE AUTOGESTION creado por el Decreto N° 578/93.

Art. 4° — Las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa. Asimismo, podrán hacerlo por sí las instituciones

descentralizadas que cuenten con personería jurídica.

Art. 5° — Los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Art. 6° — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Art. 7° — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

Art. 8° — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá:

- a) Realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por el en caso de poseer personería jurídica, con entidades de la seguridad social

la Ley N°

prestaciones que las mismas están obligados a brindar a sus beneficiarios

- b) Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otros similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente.

- c) Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población, a través de la integración de redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados, debidamente habilitados por autoridad competente.

- d) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital de acuerdo al marco normativo de su propia jurisdicción.

Art. 9° — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA estará sujeto a las siguientes obligaciones:

- a) Cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

- b) Contar con habilitación y categorización por la autoridad competente en la jurisdicción.

- c) Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos.

- d) Contar con manuales de funcionamiento y normas y procedimientos técnicos y administrativos acordes a su nivel de complejidad y perfil asistencial.

- e) Ejercer la administración de personal, en el marco de las políticas y normativas jurisdiccionales vigentes.

- f) Contar con su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos

- g) Extender los horarios de atención, brindando asistencia ambulatoria y programada entre las 8:00 y las 20:00 horas.

Art. 10. — La Dirección del establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria.

Deberá integrar a representantes comunitarios, bajo la forma de Consejos Locales de Salud, para cumplimentar lo expresado en el artículo 7°, inciso e) del presente. En los establecimientos de mediana y alta complejidad deberá contarse con un Consejo Asesor Técnico-Administrativo. La autoridad jurisdiccional competente fijará la composición, funciones, atribuciones y obligaciones tanto de la dirección como de los consejos que la integran.

Art. 11. — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente Régimen.

Art. 12. — El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA no podrá destinar al proceso administrativo de la facturación, en cualquiera de sus instancias, un monto que comprometa el adecuado financiamiento de las actividades hospitalarias.

Art. 13. — Los ingresos que perciba el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores serán administrados directamente por él mismo, debiendo establecer la autoridad jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

a) Un Fondo de Redistribución Solidaria que deberá privilegiar, al momento de la asignación de los recursos, el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tomen como referencia lo establecido en el Decreto N° 455/00.

b) Un Fondo para Inversiones, Funcionamiento y Mantenimiento del hospital administrado por las autoridades del establecimiento.

c) Un Fondo para Distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Art. 14. — El Fondo de Redistribución Solidaria deberá privilegiar al momento de la asignación de los recursos el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todo ello sobre la base de la atención primaria de la salud y la estrategia de médicos de cabecera. La base geográfica del servicio deberá fundamentarse en el concepto de área programa.

Art. 15. — Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA. Cuando no exista convenio previo el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá facturar al agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el MINISTERIO DE SALUD.

Art. 16. — Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1° del Decreto N° 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en el mismo, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescrito en la presente norma.

Art. 17. — Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado por el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual.

Art. 18. — Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá reclamar el pago a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente y al pago de la misma dentro de los

QUINCE (15) días hábiles de efectuada dicha retención. En el caso de discrepancias en los montos de la facturación entre el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA y el agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión al MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitiva.

Art. 19. — El MINISTERIO DE SALUD podrá:

a) De común acuerdo con la autoridad jurisdiccional respectiva, incluir en el REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA a los establecimientos asistenciales que no cumplieran en su totalidad con las condiciones previstas en el presente, acordando para ello un Programa de transición y reforma, bajo monitoreo conjunto, que así lo justifique.

b) Brindar asistencia técnica y financiera a través de programas específicos para el desarrollo del HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA, así como para la formación y capacitación del recurso humano. Asimismo, orientará los programas de asistencia financiera multilateral, al fortalecimiento y desarrollo del modelo propuesto.

Art. 20. — El MINISTERIO DE SALUD será la Autoridad de Aplicación del presente Decreto, quedando facultado para dictar todas las normas aclaratorias, interpretativas o complementarias que hagan al mejor cumplimiento del mismo.

Art. 21. — Derógase el Decreto N° 578/93.

Art. 22. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y Archívese. — DE LA RUA. — Héctor J. Lombardo.

