



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CÁMARA DE DIPUTADOS
MESA DE MOVIMIENTO

11 MAY 2016

Recibido.....16²⁰.....Hs.

Exp. N°.....31140.....C.D.

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY

SISTEMA PUBLICO PROVINCIAL DE SALUD

CAPITULO I - DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y el cuidado de la salud de todos los habitantes del territorio santafesino mediante la organización de un sistema público que respete los principios de gratuidad, integralidad, equidad, universalidad, accesibilidad y participación; y la construcción de un marco para la regulación y fiscalización de los otros subsistemas acorde con los principios enunciados.

ARTÍCULO 2°: Principios y directrices. El sistema público provincial de salud organiza el funcionamiento de sus instituciones en función de los siguientes principios y directrices:

- a) la salud como derecho humano inalienable;
- b) los recursos aplicados en salud como inversión social priorizada;
- c) los bienes para la protección y el cuidado de la salud como bienes sociales;
- d) la regionalización sanitaria como instrumento de gestión que permite el abordaje estratégico de los problemas de salud en un territorio determinado, en proximidad con la población involucrada y sus necesidades;
- e) la descentralización como una estrategia para el desarrollo de capacidades locales de decisión sobre los recursos;
- f) la organización en red de los servicios de cuidado como requisito de eficacia en las intervenciones;
- g) Potestad del Estado provincial para regular, fiscalizar y controlar toda actividad que pueda incidir en la salud humana en términos individuales y colectivos, incluyendo las que se realizan en los otros subsistemas existentes;
- h) articulación inter-jurisdiccional, complementando acciones y concertando políticas con instancias nacionales, provinciales, municipales y comunales, en términos de co-responsabilidad y universalidad en el acceso a los bienes y servicios;
- i) gratuidad entendida como la prohibición de cualquier forma de pago directo del usuario en el área estatal;
- j) integralidad en términos de asegurar la continuidad del proceso de protección y cuidado de la salud, abarcando funciones preventivas, de promoción, curación y rehabilitación y amplitud de los abordajes considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de la situación de salud de cada individuo;
- k) equidad en la distribución de bienes y recursos;
- l) universalidad en el acceso a todos los servicios de salud en todos los niveles de asistencia;

- m) accesibilidad a todos los niveles de asistencia y protección de la red de servicios;
- n) participación de la comunidad y de los trabajadores en los distintos niveles de decisión y control en la red de cuidados de la salud.

ARTÍCULO 3°: Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe el que tendrá que asegurar el cumplimiento de los principios y objetivos establecidos en la presente ley.

ARTICULO 4°: Funciones de la Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación establecerá las bases y los criterios organizativos del sistema público provincial de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria, conduciendo, ordenando, regulando, coordinando y controlando toda la red existente y concertando con otras instancias estatales.

Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) garantizar el cuidado integral de la salud individual, familiar y colectiva a través del sistema público provincial de salud que financia, conduce y controla;
- b) propiciar el desarrollo de redes de establecimientos asistenciales atravesado por otras redes de soporte como las de información, comunicación, traslados, distribución de insumos, servicios de diagnóstico y tratamiento que complementen los servicios que se prestan en los establecimientos para asegurar respuestas oportunas, adecuadas a la necesidad y riesgo del ciudadano y de calidad uniforme en todo el sistema;
- c) regular la creación de establecimientos públicos con base a un cálculo de necesidades poblacionales;
- d) coordinar técnicamente y prever los recursos necesarios para la gestión de los establecimientos dependientes de los gobiernos locales que conforman el sistema público, procurando un desarrollo equilibrado del mismo en todo el territorio, que evite la duplicidad de medios para idénticos fines;
- e) regular en el marco de su competencia los otros subsistemas de servicios (privado y de la seguridad social) y actividades de otro orden que puedan tener impacto en la salud de los habitantes de la provincia (investigación en salud, producción de bienes y servicios, comercialización de bienes para la salud);
- f) promover y proteger la salud colectiva a través de sus organismos dependientes en el nivel central, regional y local;
- g) garantizar y controlar el ejercicio de los derechos de los usuarios del sistema no sólo en las redes del sistema público provincial sino también en los otros subsistemas existentes;
- h) promover la capacitación y educación permanente de todos los trabajadores de la salud;
- i) coordinar con órganos afines la definición de normas, criterios y padrones, para el control de las condiciones y de los ambientes de trabajo, como así también la política de salud del trabajador (Ley N° 12.913 de los Comités mixtos de salud y seguridad en el trabajo);

- j) desarrollar un sistema de información básica, estadística, epidemiológica, sociodemográfica, para la planificación y gestión de la política sanitaria;
- k) ejecutar acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- l) promover e impulsar la participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud en espacios de gestión, atención y cuidado;
- m) concertar políticas sanitarias con el gobierno nacional, con otros estados subnacionales y los gobiernos locales.

ARTÍCULO 5°: Derechos de los usuarios del Sistema Público Provincial de Salud. A los efectos de esta Ley, quedan comprendidas como sujetos activos del sistema de salud todas las personas que tengan residencia permanente o transitoria en el territorio provincial, independientemente de su nacionalidad, asistiéndoles, al tomar contacto con dicho sistema, el derecho a:

- a) recibir un trato humanizado y respetuoso de su dignidad e identidad;
- b) no ser discriminado por cuestiones de orden patológico, económico, cultural, social, religioso, racial, de orientación sexual o de género, ideológico, político, gremial, moral o de cualquier otra índole;
- c) recibir atención oportuna e integral y acceder a los distintos servicios y niveles de complejidad del sistema, acorde a su necesidad y condición;
- d) recibir cuidados que preserven la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento en el caso de enfermedades crónicas o terminales, incluyendo estrategias de cuidado en domicilio y el acceso a dispositivos interdisciplinarios y alternativos a la internación para el abordaje de problemáticas socio-subjetivas;
- e) recibir de manera clara y comprensible toda la información vinculada a su situación de salud, intervenciones realizadas o a realizar sobre su cuerpo y proyectos terapéuticos posibles a efectos de decidir de manera libre y autónoma antes de expresar su consentimiento;
- f) recibir la solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- g) exigir copia de la historia clínica y toda la documentación vinculada con su situación de salud y el proceso asistencial por escrito, con un formato comprensible a efectos de su guarda, su utilización en instancias legales o formales u obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud;
- h) exigir que toda actividad médico asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente observe el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326 o la norma jurídica que en el futuro la pudiere reemplazar;
- i) exigir confidencialidad a todo miembro de los equipos de salud que participen en la elaboración o manipulación de la documentación clínica o tengan acceso al contenido de la misma, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorizada por el propio paciente;
- j) aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad;

- k) las niñas, niños y adolescentes tienen, asimismo, derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

ARTÍCULO 6°: Definiciones. Sistema Provincial de Salud. El Sistema Provincial de Salud comprende todas las instituciones (políticas públicas, conocimientos estructurados, normativa jurídica, planes, proyectos, programas, establecimientos, recursos y personas) que se dispongan en el territorio provincial con la finalidad de promover, proteger y cuidar la salud de la población que la habita.

Sistema Público Provincial de Salud. El Sistema Público Provincial de Salud refiere exclusivamente al conjunto de establecimientos asistenciales, redes de apoyo, normas, planes, programas y acciones que se asumen desde la administración estatal en cualquiera de sus instancias (provincial, municipal y comunal), sea con función prestadora de servicios de prevención, protección y cuidado o regulatoria de los otros subsistemas.

CAPITULO II - ESTRATEGIA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

ARTÍCULO 7°: Estrategia de Atención Primaria de la Salud. La presente ley establece la forma de vinculación entre la red de protección/cuidado y los ciudadanos. Dicho vínculo se desarrollará a través de los equipos básicos de salud, que tendrán asignada población a cargo, lo que se denominará adscripción.

Esta relación implica convertir al equipo básico en el principal núcleo del proceso de protección/cuidado. Será quien actúe como agente del ciudadano gestionando en el sistema de salud los bienes y servicios que para la atención de sus necesidades sean requeridos, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones y garantizar procesos terapéuticos integrales y efectivos. Para ello el sistema público provincial de salud deberá organizar sus recursos de manera acorde a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

La implementación de esta estrategia implicará la organización del sistema en regiones sanitarias, descentralizando competencias en las autoridades regionales de aplicación y el establecimiento de mecanismos de participación de los trabajadores y la comunidad en los procesos decisorios.

ARTÍCULO 8°: Redes y equipos del Sistema Público. Definiciones. Funciones. La red provincial de servicios de protección y cuidado de la salud comprende el conjunto de establecimientos asistenciales, dispositivos de soporte y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, así como también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Equipo de Salud: Se considera un equipo de salud a la estructura organizativa y funcional constituida por un conjunto de trabajadores que de manera sistemática y compartida asumen las tareas de cuidado de la salud para una población determinada en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Equipo básico o equipo de referencia directa: Se trata del equipo para la adscripción y el seguimiento de la población que habita en un determinado territorio de la provincia de Santa Fe. Cada equipo básico estará constituido mínimamente por un médico (general, pediatra o clínico), un enfermero y al menos otro trabajador con funciones de soporte en tareas administrativas y/o de servicios generales. El equipo básico es el principal núcleo del Sistema Público de Salud. A cada uno se le asignará la cobertura poblacional de un determinado territorio. Deberán estar distribuidos en forma acorde a las necesidades de la población y localizados en los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas. Cada uno de ellos será responsable por un número de familias determinado, que se asignará considerando la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas de cada zona, y también se ocupará de determinar la referencia de pacientes a otros establecimientos de la red y gestionar el respectivo seguimiento.

Equipo ampliado o soportes del primer nivel: Se trata de la configuración estructural mediante la cual los equipos básicos complementan su tarea en un plantel donde se desempeñan otros profesionales. Estos deberán asumir funciones de asistencia directa a la población en un determinado establecimiento ambulatorio y actuar como soporte matricial o referencia en su especificidad para más de un equipo básico del mismo establecimiento u otro que se encuentre próximo. Se integran a los mismos en tiempo parcial o completo a efectos de ampliar las capacidades resolutivas con la especificidad de sus competencias. Estos equipos podrán estar constituidos con otras disciplinas médicas como ginecología, obstetricia o especialidades clínicas de alta demanda y deberán contar con otros profesionales como trabajador social, odontólogo y psicólogo.

Equipo especializado o soporte de segundo nivel: Se trata de otros equipos de referencia matricial con formación en las especialidades clínicas y quirúrgicas que funcionarán en establecimientos de mayor complejidad de una región, sean estos ambulatorios o con internación. Con estos profesionales los equipos básicos interactuarán mediante consultas telefónicas, interconsultas web on line o diferidas e interconsultas por referencia y contrarreferencia y también se denominarán así los equipos interdisciplinarios constituidos ad hoc para el abordaje de problemáticas más complejas que requieren intervenciones que superan la capacidad de respuesta del equipo local, como por ejemplo las de salud mental, consumo de sustancias, situaciones de violencia, transplante de órganos, internación domiciliaria y otras que impliquen trabajo intersectorial y/o movilidad de los trabajadores entre los distintos niveles del sistema de salud.

ARTÍCULO 9°: Tipología de los establecimientos del Sistema Provincial. Acorde a las leyes nacionales, la autoridad de aplicación deberá actualizar la clasificación de los establecimientos que conforman el sistema de salud provincial, sean públicos o privados, conforme a la siguiente tipología que se define a partir de la función o el destino de los establecimientos, a saber:

a) Establecimientos sin internación:

Establecimiento para la salud sin internación de diagnóstico y tratamiento: comprende postas de salud, centros de salud, policlínicos, centros de especialidades médicas ambulatorias, centros de día y cualquier otro establecimiento que ofrezca servicios de diagnóstico y tratamiento de manera exclusivamente ambulatorio. Los consultorios individuales que no

impliquen el desempeño de al menos un equipo básico no entrarán en la clasificación.

Establecimiento para salud sin internación de diagnóstico: comprenden centros de diagnóstico por imágenes, centros de análisis en cualquier tipo de laboratorio (análisis clínicos, anatomopatológicos, inmunológicos, genéticos, de hemoterapia, etc), centros de estudios específicos de alguna especialidad y centros mixtos destinados a ofrecer acciones exclusivamente de diagnóstico como soporte al proceso de atención cuidado que ofrecen los equipos en los distintos niveles de atención. Para el caso del Sistema Público Provincial de Salud estos establecimientos deberán organizarse en redes escalonadas y establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia que garanticen el acceso a los recursos diagnósticos requeridos por los equipos básicos para todos los ciudadanos adscriptos al sistema de manera más allá de su dependencia (municipal o provincial) o su funcionamiento al interior de otro establecimiento. Para los procedimientos diagnósticos que así lo permitan se procurará descentralizar la toma de muestras y centralizar regionalmente el procesamiento de las mismas a efectos de facilitar el acceso y garantizar calidad prestacional.

Establecimiento para salud sin internación de tratamiento: incluye por ejemplo centros de terapia radiante, de diálisis, de cirugía ambulatoria y otros establecimientos ambulatorios destinados a prestar servicios exclusivamente de tratamiento como soporte especializado para la demanda procedente de otros establecimientos de cuidado. Para el caso del Sistema Público Provincial de Salud estos establecimientos deberán organizarse en redes escalonadas con mecanismos de referencia, contrarreferencia y traslado que consideren al menos un establecimiento por región de manera de facilitar el acceso al tratamiento especializado a todos los ciudadanos que lo requieran.

Establecimiento para salud sin internación de carácter complementario: comprende centros de día, talleres protegidos, centros de cuidado y cualquier otro establecimiento que brinde atención o cuidado de manera ambulatoria como parte del proyecto terapéutico definido por un equipo básico en términos de las particulares necesidades de la persona. Estos establecimientos podrán ser generales o especializados en ciertas problemáticas como salud mental, consumo problemático de sustancias o discapacidad. Exclusivamente a los fines de su registro se considerará como tales a los sistemas o redes que se constituyan para la atención de emergencias urgencias y traslados sanitarios.

b) Establecimientos con internación:

Establecimiento para la salud con internación general: incluye hospitales y sanatorios que ofrecen servicios generales de cuidado con régimen de internación para contener preferentemente la demanda procedente de los establecimientos sin internación.

Establecimiento para la salud con internación especializada en pediatría: comprende hospitales y sanatorios destinados a prestar servicios de cuidado con régimen de internación para contener preferentemente la demanda de atención o cuidado de la población infantil procedente de los establecimientos sin internación.

Establecimiento para la salud con internación de mantenimiento o cuidados paliativos: comprende viviendas asistidas, hospitales y sanatorios destinados a prestar servicios de cuidado con régimen de internación para contener preferentemente la demanda de atención o cuidado de la población procedente de los establecimientos sin internación frente a situaciones de

necesidad vinculadas con el envejecimiento o a la discapacidad o el deterioro psicofísico secundario a enfermedad cuando la situación no pueda ser contenida en el seno familiar ni con apoyo desde el Sistema de Salud para el cuidado domiciliario (asistente personal, acompañamiento terapéutico, enfermería domiciliaria, internación domiciliaria, entre otros). Estos establecimientos podrán ser generales o especializados.

Establecimiento para la salud con internación especializada en rehabilitación: comprende hospitales y sanatorios destinados a prestar servicios de cuidado ante requerimientos de terapias de rehabilitación que no puedan realizarse de manera ambulatoria para contener preferentemente la demanda de atención o cuidados procedente de los establecimientos sin internación.

Establecimiento para la salud con internación especializada en la atención de la mujer en situaciones vinculadas al embarazo, parto y puerperio, como así también la de los recién nacidos: comprende hospitales y sanatorios que dirigen su oferta a contener preferentemente la demanda de atención perinatólogica procedente de los establecimientos sin internación.

Establecimiento para la salud con internación especializada en cuidado de salud mental: comprende viviendas asistidas, hospitales y sanatorios destinados a brindar servicios transitorios de atención y cuidado frente a problemáticas vinculadas a la salud mental o el consumo de sustancias que impliquen riesgo para el paciente o la sociedad que dirigen su oferta a contener preferentemente la demanda procedente de los establecimientos sin internación y/o los equipos territoriales de soporte para esta problemática.

c) Otros establecimientos:

Otros establecimientos con internación especializada: comprende los hospitales y sanatorios de emergencias como así también los especializados en atender con régimen de internación las demandas de una sola especialidad procedente de los establecimientos sin internación.

ARTÍCULO 10°: Categorización de establecimientos con internación. Del mismo modo que con la tipología de establecimientos acorde a las leyes nacionales, la autoridad de aplicación deberá actualizar la normativa de categorización y habilitación de los establecimientos que conforman el Sistema de Salud Provincial, sean estos públicos o privados. La categoría habrá de ser definida valorando cuestiones estructurales y funcionales de los establecimientos con relación a requisitos de calidad mínimos para brindar los servicios que la necesidad de cuidado de las personas exigen y serán aplicables a todos los establecimientos con internación, sean estos del subsistema público o privado. Estas categorías son:

- a) bajo riesgo con internación simple;
- b) mediano riesgo con internación con cuidados especiales;
- c) alto riesgo con terapia intensiva;
- d) alto riesgo con terapia intensiva especializada.

ARTÍCULO 11°: Niveles de complejidad. La organización del Sistema Público Provincial con base a la estrategia de atención primaria exige un ordenamiento regional de los establecimientos y dispositivos de atención con criterio de redes escalonadas que garanticen progresividad en los cuidados, constituyendo tres niveles de atención en los que la complejidad estará determinada por

cuestiones estructurales como la disponibilidad de tecnología dura y especialización profesional requerida para la problemática de salud a atender y será valorada en términos de necesidades y oportunidades para el acceso, en tiempo de llegada a los establecimientos como así también de eficacia y eficiencia del sistema con relación a cuestiones de disponibilidad de los recursos y costos relativos.

Las redes públicas jerarquizarán el primer nivel por sobre los otros en tanto es el que adscribe la población al sistema e involucrarán desde los dispositivos para la atención domiciliaria o el abordaje territorial hasta los establecimientos con internación de mayor complejidad existentes en la región de manera independiente de su dependencia administrativa.

Los niveles de atención así definidos serán tres y deberán: estar articulados por mecanismos ágiles de referencia y contrarreferencia; establecer un sistema informatizado de acceso a turnos interestablecimientos que privilegie la demanda desde el primer nivel de atención; compartir la información referida a los contactos de los ciudadanos con los servicios en términos de diagnósticos e intervenciones realizadas, en una base de datos única que permita acceder al historial del tránsito del paciente por los distintos establecimientos y dependencias estatales desde cualquier punto de la red.

Primer Nivel: El primer nivel de atención comprenderá todas las acciones y servicios que impliquen necesidades mínimas de cuidado en términos tecnológicos. Involucra actividades de protección y cuidado de la salud que pueden ser ofrecidas por equipos territoriales o desde establecimientos sin internación a saber: promoción de la salud, cuidado del medio ambiente, prevención de enfermedades, atención integral que garantice los procesos diagnósticos y terapéuticos amplios e interdisciplinarios, seguimiento del proceso de salud/enfermedad/atención del individuo y gestión del acceso a los recursos de cuidado que están disponibles en los otros niveles de atención.

Un primer nivel de atención podrá establecerse en modalidad de cuidado domiciliario, atención en un centro de salud o en atención ambulatoria en el sector de cuidados mínimos de un establecimiento con internación que disponga la conformación de los equipos básicos y equipos de apoyo a tales fines, debiendo en todos los casos garantizar la adscripción de los ciudadanos al sistema y el seguimiento del proceso más allá del espacio en el que se desarrollen las actividades

Segundo Nivel: El segundo nivel de atención comprenderá todas las acciones y servicios de interconsulta especializada o de diagnóstico y tratamiento que se puedan ofrecer de manera ambulatoria y también aquellos que impliquen internación con requerimientos de cuidado de grado mínimo o intermedio. Involucra actividades de atención y cuidados de la salud que podrán ser ofrecidos tanto por equipos especializados que se desempeñan en el territorio (interdisciplinarios o monodisciplinarios), por centros de especialidades ambulatorias o centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento o desde establecimientos con internación. Funcionarán preferentemente a demanda de los equipos básicos.

El segundo nivel tiene obligación de disponer mecanismos de admisión privilegiados para las demandas desde el primer nivel, un sistema de turnos para prácticas e interconsultas administrable también desde el primer nivel y un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado ya que los equipos que en él se desempeñen intervendrán en procesos singulares de

atención en la especificidades de sus competencias y también funcionarán como espacios de segunda opinión o referencia matricial para un grupo determinado de equipos básicos. Será responsabilidad del segundo nivel gestionar los traslados a establecimientos de mayor complejidad cuando su capacidad de resolución se vea superada como así también contrarreferir al establecimiento de referencia o al domicilio de manera adecuada al momento de dar por finalizada su intervención.

Las prácticas del segundo nivel de atención deben procurar, en la medida de lo posible, el desarrollo de modalidades de prestación que no impliquen la internación, como ser internación abreviada o transitoria, la internación domiciliaria y la cirugía ambulatoria.

Tercer Nivel: El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y/o tecnológica se constituye el último nivel de referencia de la red de cuidados para el resto de establecimientos de la red. Este nivel de atención recibirá exclusivamente demanda referida desde equipos de los otros niveles. Puede involucrar el desempeño de equipos profesionales altamente especializados o el uso de equipamiento de alto costo y baja frecuencia. Implica siempre su utilización en establecimientos asistenciales como centros de especialidades ambulatorias, centros de diagnóstico o tratamiento o establecimientos con internación dirigidos a ofrecer cuidados especiales o alto riesgo. Por tratarse de acciones y servicios que implican el compromiso de recursos en general escasos y costosos que tienen baja incidencia poblacional, el sistema provincial habrá de procurar la concentración regional de los recursos de este nivel como única referencia para los establecimientos de ese territorio y en algunos casos en particular su centralización absoluta en términos de eficiencia.

El concepto de progresividad en los cuidados atravesará también la estructura de los establecimientos con internación, que deberán procurar una reorganización de sus recursos materiales, humanos y tecnológicos de manera acorde a la necesidad de cuidado de los pacientes internados definiendo tres sectores: de cuidados mínimos, de cuidados intermedios y de cuidados intensivos.

CAPITULO III – REGIONALIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN.

ARTÍCULO 12°: Regionalización. A los efectos de esta ley la Autoridad de Aplicación deberá organizar territorialmente su accionar en regiones sanitarias, las cuales considerarán los criterios de regionalización generales del Estado provincial a efectos de que permitan un abordaje integral de la diversidad de problemáticas a atender, en estrecha vinculación con las demás políticas estatales y en un marco estratégico de planificación que habilite la participación de la comunidad y de los trabajadores de salud en los procesos decisorios y de control de la red de cuidados de la salud.

ARTÍCULO 13°: Regiones sanitarias. Las regiones sanitarias serán definidas con límites flexibles en función del reconocimiento de la realidad sanitaria específica de cada territorio, considerando cuestiones relativas a la disponibilidad de recursos en salud, aspectos socio-demográficos y epidemiológicos y aspectos culturales, entre los que podemos mencionar la historia de utilización de los servicios, relaciones inter-efectores y disponibilidad

de transporte público. Las regiones sanitarias así definidas se constituirán en torno a ciudades que por sus dimensiones y desarrollo pueden constituirse como nodos centrales de concentración y distribución de recursos de salud, de información sanitaria y también en sedes de la autoridad regional sanitaria.

ARTÍCULO 14°: Ciudades nodo. Las ciudades nodo de cada una de las regiones sanitarias a definir son: Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto.

ARTÍCULO 15°: Constitución de la autoridad regional. El Ministerio de Salud creará cinco Direcciones de Salud, las cuáles se constituirán en autoridades regionales de cada región sanitaria, que estarán investidas de facultades y atribuciones para el cumplimiento de su cometido. Para ello, dispondrá un reordenamiento de las estructuras formales antes denominadas Zonas de Salud o Áreas Programáticas.

El Ministerio de Salud dotará a cada autoridad regional de las Direcciones Generales y de las estructuras subalternas necesarias para la ejecución de las competencias asignadas.

En cada región sanitaria, se deberá crear una estructura orgánico-funcional que asista y de soporte a la autoridad regional. A tal fin, deberán crearse dentro de dicha estructura, entre otras, las siguientes áreas funcionales: presupuestaria, financiera, contable, rendición de cuentas o control, personal, contrataciones, gestión de bienes, auditoría, jurídica, despacho, logística, informática, estadística, droguería e insumos hospitalarios, arquitectura hospitalaria, bioingeniería, fiscalización hospitalaria, entre otras.

ARTÍCULO 16°: Facultades de las autoridades regionales. Las autoridades regionales tendrán las siguientes atribuciones:

- a) integrar el Gabinete Ejecutivo del Ministerio de Salud, aportando al mismo la perspectiva regional de la problemática del sistema público provincial y representando en el mismo los intereses regionales;
- b) conformar cuerpos colegiados para la planificación y gestión de los intereses regionales integrando a los mismos a representantes de los establecimientos del territorio a su cargo;
- c) ejercer y conducir la administración de la región sanitaria y ejecutar todos los actos necesarios para la realización de sus fines;
- d) representar legalmente al Ministerio de Salud en sus relaciones con terceros y con los poderes públicos cuando se trate de asuntos de alcance exclusivamente regional, otorgando poderes, mandatos y representaciones a esos fines si lo considerara necesario;
- e) promover la reorganización de las estructuras de los servicios con internación que conforman la red provincial de servicios bajo el concepto de atención por cuidados progresivos, monitoreando y autorizando previamente todo trámite que, generados desde los mismos, impliquen la creación de nuevos cargos en la estructura orgánico-funcional;
- f) proponer la designación y remoción del personal a su cargo en virtud de los presupuestos determinados y conforme la legislación vigente;
- g) ejercer el poder disciplinario sobre el personal a su cargo;
- h) establecer un régimen de auditoría administrativa, de salud y de todos los servicios para los establecimientos que forman parte de la región sanitaria;

- i) proyectar y elevar al Ministerio de Salud, el presupuesto general de gastos y cálculo de recursos de su región sanitaria;
- j) programar la ejecución presupuestaria, financiera y física;
- k) efectuar los pagos en función de presupuestos aprobados;
- l) gestionar las compras de bienes y contrataciones de servicios y de obras menores en los términos y con los alcances que establezca el Poder Ejecutivo;
- m) coordinar los Centros Únicos Regionales de Facturación y Recupero (CURFR);
- n) celebrar contratos de prestación de servicios, tanto para la realización de tareas requeridas en el ámbito de la sede regional o sus dependencias, como en los establecimientos de salud del territorio de su competencia, cuando se trate de la resolución de problemas urgentes y el abordaje de situaciones de emergencia, debiendo en tal caso anotar de inmediato a la autoridad de aplicación;
- o) coordinar, supervisar y controlar todas las tareas que en el territorio de su competencia se desarrollen en el marco de planes o programas nacionales, provinciales o de gobiernos locales, a efectos de garantizar su adecuación al espíritu de la presente ley;
- p) suscribir convenios de gestión colaborativa con gobiernos locales de la región a los efectos del mejor cumplimiento de los objetivos de la presente ley.

ARTÍCULO 17°: Funciones de las autoridades regionales. Las autoridades regionales de salud tendrán como principales funciones la planificación, supervisión, programación, organización y evaluación de las acciones que se llevan a cabo en los establecimientos, la gestión de recursos para atender a las necesidades que surgen del funcionamiento de los mismos y fundamentalmente el desarrollo de acciones que promuevan el funcionamiento del Sistema Público Provincial en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud generando las articulaciones necesarias al interior de la red de establecimientos de cuidado y demás redes de soporte. Para el desarrollo de las funciones de articulación la autoridad regional podrá definir subregiones de salud en un número suficiente como para poder abordar de manera más próxima el acompañamiento a la gestión local, para cuya implementación la presente ley autoriza a las autoridades regionales a adscribir trabajadores de la planta permanente de la región, pudiendo cubrirse las funciones vacantes conforme lo previsto en la normativa aplicable, sin que ello implique la delegación de funciones administrativas o de conducción de la autoridad regional en estos trabajadores cuyo rol será fundamentalmente de soporte a las transformaciones con funciones pedagógicas y de enlace entre establecimientos, niveles y jurisdicciones.

ARTÍCULO 18°: Consejos de Salud Regional. A efectos de garantizar la participación de los trabajadores y la comunidad en los procesos decisorios en cada región sanitaria, se conformará un Consejo de Salud Regional el que será convocado y coordinado por la autoridad regional e integrado por las autoridades de los establecimientos de atención/cuidado, incluyendo representantes de sus respectivas comunidades y de los trabajadores, además de las autoridades de salud de los gobiernos locales, que comprometan recursos para la consolidación del Sistema Público Provincial de Salud. En este

órgano colegiado, de carácter exclusivamente consultivo, se debatirán los problemas y necesidades del sistema de salud en el nivel regional, se definirán prioridades para la inversión de los fondos generados por recupero a terceros pagadores en el Centro Único Regional de Facturación y Recupero y también será el ámbito donde la autoridad regional de cuenta de sus procesos administrativos y decisorios a efectos de asegurar transparencia en la gestión. Su funcionamiento deberá establecerse en la reglamentación de la presente ley.

ARTÍCULO 19°: Consejos de Salud Subregionales. En el plano subregional, los facilitadores del proceso de descentralización designados procuraran la conformación de consejos subregionales de salud, conformados por las autoridades locales de salud y de los establecimientos del área como espacios en los que a partir del análisis de la situación local de salud y el debate sobre los problemas de la red se producen acuerdos y compromisos, así como también se formulan y ejecutan planes y programas participativos para dar respuesta a necesidades colectivas de salud en el nivel local.

ARTÍCULO 20°: Articulación provincial-municipal/comunal en salud. Cada región sanitaria propiciará la firma de un Convenio de Acción Complementaria en Salud (COACS) entre el Ministerio de Salud y cada uno de los municipios y comunas que la integran y entre distintos municipios y comunas de la región a efectos de comprometer responsabilidades recíprocas para garantizar la atención integral de la salud de los habitantes y el funcionamiento efectivo de las redes de protección y cuidado.

Mediante estos instrumentos se irán documentando los compromisos de trabajo colaborativo con detalle de los recursos que se ponen a disposición del Sistema Público Provincial de Salud desde ambas partes, las responsabilidades relativas de cada una de ellas, los objetivos compartidos a alcanzar, los criterios de evaluación, los instrumentos de verificación y los mecanismos de control y fiscalización de la ejecución de lo estipulado por convenio.

ARTÍCULO 21°: Convenios de Acción Complementaria en Salud. Objetivos. Los Convenios de Acción Complementaria en Salud (COACS) tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) garantizar efectivamente el derecho a la salud de la población, mediante acuerdos para el trabajo en redes en el ámbito público, discutidos y acordados con las autoridades locales de salud;
- b) definir responsabilidades sanitarias de forma solidaria y/o cooperativa, regulando las relaciones de interdependencia de los distintos efectores que conforman la red, consolidando acuerdos inter- jurisdiccionales e inter- municipios con base en las directrices de las políticas provinciales de salud y los problemas y necesidades compartidos;
- c) sortear la segmentación del sistema gestionando de manera integrada los recursos que se disponen desde distintas instancias estatales a efectos de adecuar las respuestas del sistema a las necesidades de salud de la población de la región o área que suscribe el compromiso;
- d) brindar mayor transparencia y visibilidad para la población respecto a los acuerdos políticos que se establecen entre los gestores de distintas jurisdicciones y dar cuenta de cuestiones relativas a la administración de

fondos, haciendo más transparente, ágil y eficiente la gestión pública en salud.

ARTICULO 22°: Creación de los Centros Únicos Regionales de Facturación y Recupero. El Poder Ejecutivo, por sí o a través del Ministerio de Salud o la jurisdicción que determine, creará en cada una de las regiones sanitarias un Centro Único Regional de Facturación y Recupero (CURFR) dependiente de la autoridad regional.

En el mismo, se centralizará la facturación y recupero de prestaciones, prácticas y servicios a beneficiarios de obras sociales, empresas de medicina prepaga, planes, programas, seguros nacionales, compañías de seguros, aseguradoras de riesgos de trabajo y de cualquier otra entidad vinculada con el servicio de salud, que se realicen en establecimientos de dependencia provincial con y sin internación de todas las tipologías, así como las brindadas por los equipos que se desempeñan en sus redes de apoyo, que territorialmente pertenezcan a la región sanitaria.

Para la facturación de las prestaciones, el CURFR deberá utilizar el nomenclador y los valores establecidos por el Ministerio de Salud. Este último, si lo considera conveniente, podrá disponer la utilización de los aranceles y el nomenclador de prestaciones establecidos por la Obra Social Provincial.

El CURFR podrá, ante la simple constatación en el padrón de beneficiarios, facturar las prestaciones efectivamente realizadas a la obra social o entidad similar que realice la cobertura social, sin mayor requerimiento que ello. Queda prohibido el cobro directo por parte del CURFR al usuario de las prestaciones, prácticas y/o servicios.

Las autoridades regionales podrán rubricar las certificaciones de deuda por prestaciones realizadas, las que revestirán carácter de título ejecutivo.

El Ministerio de Salud podrá celebrar convenios de prestaciones, prácticas y/o servicios con obras sociales o entidades similares, como así también acuerdos de pago.

El Ministerio de Salud deberá prever que el CURFR cuente con una estructura organizativa y funcional que posibilite el cobro administrativo y judicial de las prestaciones, prácticas y servicios facturados.

Los fondos recuperados, a través del CURFR, conformarán una fuente de financiamiento específica. Para ello, el Ministerio de Salud deberá abrir una cuenta bancaria en el agente financiero de la Provincia, donde se acreditarán los fondos que se recuperen. Dichos fondos deberán ser aplicados a la finalidad Servicios Sociales función Salud.

El Ministerio de Salud junto con las autoridades regionales determinará el mecanismo y los criterios que se utilizarán para la asignación de los recursos percibidos a través de los CURFR.

CAPITULO IV – ORGANIZACIÓN Y COMPETENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA PÚBLICO

ARTÍCULO 23°: Establecimientos y dispositivos de salud del primer nivel. Los establecimientos y dispositivos del sistema público provincial que integren el primer nivel de atención dependerán jerárquicamente de las autoridades regionales que correspondan a su región sanitaria. Dichas autoridades, serán responsables de la gestión administrativa y financiera de los bienes, obras,

personal y recursos en general, que para el cumplimiento de las competencias asignadas necesiten los establecimientos o dispositivos.

ARTÍCULO 24°: Organización. Los establecimientos y dispositivos del primer nivel estarán a cargo de un coordinador, que será designado por el mecanismo que defina la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 25°: Establecimientos y dispositivos de salud del segundo nivel. Los establecimientos y dispositivos del sistema público provincial que integren el segundo nivel de atención dependerán jerárquicamente de las autoridades regionales que correspondan a su región sanitaria. Para este tipo de establecimientos o dispositivos, la autoridad de aplicación podrá asignar a las autoridades regionales la responsabilidad de la gestión administrativa y financiera de los bienes, obras, personal y recursos en general que para el cumplimiento de las competencias asignadas necesiten y/o descentralizar parcialmente competencias en los establecimientos.

ARTÍCULO 26°: Organización. Los establecimientos y dispositivos del segundo nivel estarán a cargo de un director y subdirector, que serán designados por la autoridad de aplicación, a propuesta de las autoridades regionales. En el caso que la autoridad de aplicación descentralice competencias en los establecimientos, estos podrán contar con un administrador, que será designado por el mecanismo que determine la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 27°: Establecimientos de salud del tercer nivel. Los establecimientos del sistema público provincial que integren el tercer nivel de atención dependerán jerárquicamente de las autoridades regionales. Para este tipo de establecimientos, la autoridad de aplicación establecerá un régimen de administración y funcionamiento específico.

ARTÍCULO 28°: Organización. Los establecimientos y dispositivos del tercer nivel estarán a cargo de director, subdirector y un administrador, que serán designados por la autoridad de aplicación, a propuesta de las autoridades regionales.

En estos establecimientos funcionará asimismo un Concejo Consultivo, que estará integrado por un representante de la comunidad, un representante de la Asociación Cooperadora del establecimiento o entidad similar y dos representantes de los trabajadores (uno por los profesionales y otro por los no profesionales). Todos estos cargos serán de representación, transitorios, cuya periodicidad y mecanismos de selección será establecida por reglamentación. Dicho cuerpo colegiado actuará como soporte a la gestión, garantizando la presencia de todas las perspectivas en los procesos decisivos claves. Serán funciones de estos: aplicar en forma directa e inmediata las disposiciones que garanticen el ordenamiento por cuidados progresivos y el trabajo en red del establecimiento, el monitoreo de la ética en los procesos de atención que se llevan a cabo en el establecimiento y la protección de los derechos de los pacientes y trabajadores, incluyendo su participación en los comités mixtos de higiene y seguridad en el trabajo, los comités de bioética, auditoría de calidad de atención; como así también en los Consejos Regionales de Salud.

CAPITULO V – FINANCIAMIENTO, PRESUPUESTO, PROGRAMACIÓN ANUAL

ARTÍCULO 29°: Presupuesto en salud. El funcionamiento y desarrollo del Sistema Público de Salud Provincial en términos del financiamiento a las funciones prestacionales que se ejecutan desde los establecimientos de dependencia provincial, el apoyo financiero a las que se ejecutan desde establecimientos de dependencia municipal o comunal como así también las funciones de regulación y control del conjunto del Sistema de Salud provincial en tanto esenciales para las garantías del derecho a la salud, serán garantizadas mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud provincial.

ARTÍCULO 30°: La autoridad de aplicación, a través de las autoridades regionales, deberá relevar con periodicidad anual los efectores de salud a efectos de actualizar datos en el sistema de información provincial en Salud, sobre la estructura y funcionalidades de los establecimientos de salud del territorio, sean estos de orden público o privado a efectos de mantener activa una base de datos de establecimientos y recursos humanos y tecnológicos en salud disponibles en el territorio provincial para analizar la relación recursos/necesidades, coordinar su utilización en el interior de las respectivas redes, autorizar o proponer la creación de establecimientos y la incorporación de tecnología en base a los principios y fundamentos de la presente ley.

ARTÍCULO 31°: La autoridad de aplicación formulará, ejecutará y evaluará el presupuesto provincial de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

- a) jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución;
- b) identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad;
- c) descentralización de la ejecución presupuestaria;
- d) desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
- e) definición de políticas de incorporación tecnológica;
- f) participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

A efectos de preservar la equidad en el proceso de descentralización presupuestaria, la autoridad de aplicación deberá definir por reglamentación las variables e indicadores que se aplicarán para calcular las transferencias a las autoridades regionales y los establecimientos de salud utilizando la información disponible sobre la base poblacional, el perfil socio demográfico y epidemiológico de las personas que no revistan como beneficiarias de obras sociales, mutualidades o prepagas, como indicadores de necesidades de la población que prioritariamente estará a cargo del Sistema Público de Salud en cuanto a funciones prestacionales directas.

ARTÍCULO 32°: Recursos. Los recursos que constituyan el presupuesto en salud estarán conformados con:

- a) los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio, que deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas;
- b) los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;

- c) los fondos extraordinarios para inversión en salud aprobados por la legislatura;
- d) los fondos del Tesoro Provincial, y aportes del Estado Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud;
- e) los aportes convenidos con municipios y comunas en la esfera regional o subregional;
- f) las donaciones de particulares o de la sociedad civil.;
- g) los fondos que procedan de la facturación regional o subregional a obras sociales, seguros o programas nacionales y servicios prepagos por prestaciones brindadas a ciudadanos con cobertura, sin perjuicio de los demás recursos que la reglamentación enumere; y
- h) los préstamos o aportes no reintegrables internacionales.

ARTÍCULO 33°: Fondos procedentes de sujetos de derecho privado prestadores de servicios de salud. Los sujetos de derecho privado prestadores de servicios de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos de trabajo, de medicina laboral, mutuales y/o entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud en el Centro Único Regional de Facturación y Recupero que corresponda, según los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

CAPITULO VI - SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD.

ARTÍCULO 34°: Creación del Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS). A los efectos de dar cumplimiento a los objetivos de la presente ley se crea el Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS) al que habrán de integrarse paulatinamente todos los datos disponibles en los subsistemas existentes en el campo sanitario del territorio provincial de manera de dar respuesta adecuada a las necesidades de información en salud de autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales, autoridades de los establecimientos de salud, trabajadores y equipos de trabajo en el campo, como así también a las organizaciones propias de la comunidad y ciudadanía en general.

Tanto las decisiones clínicas de los equipos como las administrativas o epidemiológicas de las autoridades de salud requieren estar respaldadas por un sistema de información integrado en base única a partir de registros sencillos y unificados para facilitar la carga de los datos respectivos a cada uno de los responsables.

En este sistema el ingreso y la consulta de datos ha de estar descentralizada. El control del buen funcionamiento del sistema así como la definición de circuitos y las tareas de procesamiento, análisis y divulgación periódica estará a cargo de instancias regionales y centrales de coordinación e integración, mientras que la gestión de los datos y registros obligatorios será responsabilidad primaria de la autoridad de aplicación.

El monitoreo de la información sobre necesidades territoriales, problemas individuales, utilización de servicios y resultados en cada uno de los establecimientos debe permitir la generación de informes por persona, por servicio, por unidad territorial, por subregión, por región y global; además de la detección de problemas de gestión.

ARTÍCULO 35°: Datos del Sistema. El Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS) registrará prioritariamente y de manera nominalizada un conjunto mínimo de datos relativos a las personas que se asisten en el sistema de salud y de los trabajadores que participan en el proceso de atención incluyendo de manera codificada y acorde a clasificaciones internacionales datos sobre los diagnósticos, las prácticas y las prestaciones que se efectúen en todas las instancias de contacto de los ciudadanos con el Sistema Público Provincial como así también datos demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, de salud y género, de recursos, de acceso y cobertura a los establecimientos y las redes, normativa vigente, presupuestarios, administrativos y financieros de manera que su análisis permita construir una visión integrada de las problemáticas y el desempeño del sistema en su totalidad.

La autoridad de aplicación definirá la estructura de datos de los sistemas de registro, las variables a ser relevadas de manera permanente atendiendo a criterios de unidad y comparabilidad y también seleccionará los indicadores pertinentes para su lectura y análisis en distintos niveles de agregación a saber: efector, localidad, departamento, región y provincia, dando participación a los usuarios de la información en el proceso de selección y asumiendo la responsabilidad de elaborar los requerimientos técnicos de los subsistemas que conformen el SIPS, acompañar y facilitar el proceso de desarrollo e implementación.

ARTÍCULO 36°: Guarda. Carácter de la información. Toda la información sanitaria que se produzca a partir de la base de datos del SIPS será conservada en guarda por la autoridad de aplicación y todas sus dependencias como información de dominio público, excepto la vinculada a datos sensibles o íntimos de los ciudadanos que sólo podrá ser entregada ante solicitud fehaciente de la persona, sus apoderados o autoridades judiciales. Tanto para la información de dominio público como para la de dominio privado será responsabilidad de la autoridad de aplicación garantizar su transparencia y el acceso a la misma en un todo de acuerdo con la normativa vigente respecto a la información pública e información en salud.

ARTÍCULO 37°: Informatización. La autoridad de aplicación dará prioridad al desarrollo e implementación de sistemas informáticos que permitan la automatización de los procesos de registro y consulta del conjunto mínimo de datos definido a través de sistemas en red en todo el territorio provincial y en toda instancia de contacto del ciudadano con el sistema, aún en las zonas más desfavorables, quedando las autoridades municipales y comunales y las entidades en las que el Ministerio de Salud haya delegado facultades como las deontológicas o los entes descentralizados obligadas a aportar al SIPS los datos necesarios para su adecuado mantenimiento y desarrollo, del mismo modo que gozarán del derecho a acceder y disponer de los datos que formando parte del SIPS les sean necesarios para el ejercicio de sus competencias.

La informatización del sistema se realizará en un todo de acuerdo con la política informática provincial, integrando los datos a una base única que será centralizada en la administración provincial a la que con distintos perfiles de usuario podrán acceder ciudadanos en general, trabajadores de salud, autoridades de los efectores y de las regiones. A partir de esa base se

generarán los reportes estadísticos y epidemiológicos oficiales, además de los paquetes de datos requeridos por suprasistemas nacionales o externos del campo de la salud. Respecto a los datos administrativos y financieros y los relativos a recursos humanos, el Ministerio de Salud y todas sus dependencias deberán adoptar el uso de los sistemas transversales que el Estado provincial dispone a esos fines o en su defecto, asegurar que los sistemas propios operen con ellos de manera automática.

La creación del SIPS implica la estricta prohibición de incorporar en el ámbito provincial sistemas informáticos de bases locales o externas que no operen con los existentes para la registración de procesos asistenciales, administrativos o normativos, sea en instancias centrales de la administración de salud, en niveles regionales o en los establecimientos de salud y redes dependientes.

CAPITULO VII – POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

ARTÍCULO 38°: Medicamentos e insumos médicos. El sistema público provincial de salud considera a los medicamentos e insumos para la salud como bienes sociales y en ese carácter elementos inseparables del proceso de protección/cuidado en función del Derecho a la Salud y considerado en su integralidad.

ARTÍCULO 39°: Responsabilidades del sistema público respecto a medicamentos e insumos. El sistema público de salud deberá:

- a) garantizar medicamentos eficaces, accesibles y seguros a toda la población; controlando y fiscalizando los procesos de producción, comercialización y dispensa que se llevan a cabo en el territorio provincial, sea en instancias públicas o privadas;
- b) asegurar la distribución oportuna en cantidad y calidad, el acceso gratuito y la continuidad de los tratamientos para todos los ciudadanos que los requieran, sea mediante su provisión desde los establecimientos y las redes para usuarios del sistema público como a través de la abogacía por el derecho a la salud frente a terceros pagadores;
- c) elaborar y actualizar permanentemente un Formulario Terapéutico Provincial de uso obligatorio en todos los establecimientos y niveles del sistema público;
- d) procurar la centralización en el nivel ministerial o regional de los procesos de compra de medicamentos e insumos y su adecuación a lo normado por el formulario terapéutico provincial;
- e) generar un espacio central experto para evaluar de manera sistemática la calidad de drogas, medicamentos e insumos para la salud, analizando en ese ámbito la información procedente de la red de fármaco-vigilancia;
- f) estimular la producción pública de medicamentos y otros insumos de salud, priorizando los de alto consumo y elevado costo, fortaleciendo el desarrollo de los laboratorios estatales ya existentes;
- g) promover la suscripción de convenios de colaboración entre los laboratorios propios con otros laboratorios de producción pública existentes en el territorio provincial o nacional a efectos de un trabajo en redes;

- h) asegurar el registro sistemático e informatizado de todas las actividades referidas a la adquisición, distribución, prescripción y dispensa de medicamentos utilizando nombre genérico y en un todo acorde al Formulario Terapéutico Provincial.

CAPITULO VIII – POLÍTICA EN MATERIA DE PERSONAL

ARTÍCULO 40°: Política en materia de personal. Selección e ingreso. El Ministerio de Salud, en tanto autoridad de aplicación de la presente ley, deberá promover una política de personal que asegure al mismo una remuneración adecuada, mecanismos de ingreso por concurso y/o selección, promoción por mérito, evaluación de desempeño y un régimen disciplinario uniforme para todos los trabajadores de salud de las redes públicas.

A estos fines, el Ministerio de Salud organizará instancias de participación y consulta tendientes a la elaboración y propuesta de proyectos normativos que regulen la relación de empleo público de los trabajadores de la salud. Los trabajadores serán convocados y representados a través de sus entidades gremiales.

La Autoridad de Aplicación deberá procurar la institución consensuada de una Carrera Sanitaria para todo el personal que se desempeñe por designación vía acto administrativo emanado del Gobierno de la Provincia de Santa Fe en los establecimientos que conforman la red, considerando en ella a los trabajadores administrativos, auxiliares, técnicos y profesionales que participan del proceso de protección/cuidado o cualquier tarea de gestión vinculada con este.

La Carrera Sanitaria a establecer abarcará las actividades destinadas a la atención integral de los ciudadanos, desde equipos responsables por las medidas de protección/cuidado como así también las que involucran redes de apoyo a ese proceso o instancias de planificación, gestión y evaluación en el nivel del establecimiento o la región sanitaria y habrá de considerar las definiciones de la presente ley al momento de la determinación de los planteles básicos para cada tipología de establecimiento y nivel de complejidad.

ARTÍCULO 41°: Formación y educación de los trabajadores. Respecto a la función del trabajador de salud en el marco del modelo de atención propuesto para el sistema público provincial, la autoridad de aplicación deberá promover la capacitación continua y la formación en salud colectiva de todos los trabajadores a través de actividades específicas, garantizando la presencia de contenidos transversales de salud colectiva en toda actividad pedagógica organizada desde el ministerio o las regiones. También deberá garantizar el desarrollo de una estrategia de educación permanente en salud que facilite la revisión de los procesos de trabajo y las prácticas para incorporar un enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario y en redes.

En cuanto a la formación de postgrado, jerarquizará el sistema de residencias, privilegiando cupos de acceso para las especialidades que constituyen los equipos básicos, para las que son escasas en la red pública de servicios y para las que implican una formación interdisciplinaria.

ARTÍCULO 42°: Salud de los trabajadores. La autoridad de aplicación adoptará las acciones necesarias para el desarrollo y la promoción de la salud de los trabajadores en consonancia con la Ley 12.913 sobre los Comités de

Salud y seguridad en el trabajo, en la consideración y la valoración del trabajador como sujeto y no como recurso humano.

CAPITULO IX – INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA

ARTÍCULO 43°: Lineamientos generales. La autoridad de aplicación adoptará los mecanismos necesarios para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y postgrado en todas las disciplinas del campo de la salud, como así también la investigación en salud y la evaluación de la calidad de tecnología sanitaria, promoviendo convenios con otras instituciones académicas o científicas dependientes del Estado en cualquiera de sus niveles a efectos de la construcción de conocimiento en salud.

Los objetivos de todas las actividades que se desarrollen desde el Estado a esos fines tendrán que procurar enfoques interdisciplinarios y con criterios de ética social y bioética, la orientación al abordaje de las problemáticas de salud y gestión en salud pública prioritarios en el territorio provincial, la integración de las actividades docentes y de investigación a la tarea asistencial o de gestión con modalidades de educación permanente, capacitación continua e investigación-acción.

ARTÍCULO 44°: La autoridad de aplicación deberá asegurar un registro sistemático de las actividades de capacitación e investigación que se desarrollen en su ámbito y el acceso público al material didáctico y a los resultados de los estudios desde el portal provincial a efectos de una adecuada divulgación y comunicación de los mismos en términos del valor social del conocimiento en salud.

ARTÍCULO 45°: La misma autoridad indicada en el artículo anterior, deberá convocar a otras dependencias del Estado provincial y a entidades científicas y académicas reconocidas del ámbito público para conformar un organismo participativo, interdisciplinario e intersectorial que coordine y regule los procesos de investigación en salud y evaluación de calidad de la tecnología sanitaria en tanto productor de conocimiento para la toma de decisiones a partir de la investigación bibliográfica.

Para su mejor funcionamiento este órgano constituirá a su interior tres comisiones de trabajo, a saber: 1) de investigación en salud, 2) de evaluación de calidad de la tecnología en salud, 3) de ética y bioética en la investigación científica.

Serán funciones de este órgano colegiado:

- a) definir las prioridades para la producción de conocimiento en salud en el territorio de la provincia de Santa Fe y otorgar becas anuales para la ejecución de proyectos de interés provincial;
- b) normatizar los procesos de investigación y de incorporación de tecnología en salud con alcance para el sistema de salud provincial en todos sus subsectores;
- c) evaluar y autorizar y registrar todo proyecto de investigación que se realice en el ámbito del sistema público provincial de salud tanto en términos de los objetivos y la metodología de la investigación como en las dimensiones éticas y bioéticas de la misma;

- d) promover la realización de proyectos colaborativos en el ámbito público que involucren trabajadores de distintos establecimientos y regiones;
- e) evaluar calidad de tecnología en salud estableciendo estándares para su incorporación y uso en los establecimientos y referencia de las funciones regulatorias de habilitación y auditoría.

CAPÍTULO X – DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 46°: Estructura Orgánica y Relaciones Contractuales.

La autoridad de aplicación deberá realizar una revisión y reforma integral de su estructura orgánico-funcional y de sus reglamentaciones internas en concordancia con lo normado por la presente ley en un plazo no mayor a dos años a partir de su entrada en vigencia.

Por vía reglamentaria la autoridad de aplicación formalizará la estructura orgánica de las Direcciones Regionales de Salud teniendo en cuenta el régimen de descentralización territorial instituido por la presente y con una configuración que reconozca las particularidades de cada región.

Para facilitar la organización de dichas estructuras y su relación de autoridad con los trabajadores, al momento de la reglamentación el Ministerio de Salud dispondrá el traslado definitivo de los trabajadores que se desempeñan actualmente en las sedes regionales de Salud y los establecimientos de salud sin internación al ámbito de la Dirección Regional de Salud a crear.

La creación de las estructuras regionales y la asignación de nuevas funciones a los trabajadores involucrados dispuestas por la presente se llevarán a cabo sin que ello vaya en desmedro de los puestos de trabajo ni la retribución percibida en cualquiera de las situaciones que se presenten.

ARTÍCULO 47°: Modificaciones presupuestarias. Facúltase en forma expresa al Poder Ejecutivo para disponer con la urgencia que el caso requiera, las modificaciones presupuestarias que fueran necesarias, a fin de posibilitar y agilizar la puesta en marcha del régimen que la presente Ley establece.

ARTÍCULO 48°: Leyes complementarias. La Autoridad de Aplicación deberá promover la revisión de las demás leyes que regulan prestaciones de salud o reconocen especiales derechos o protecciones, y de toda la normativa relativa a la salud pública, a los efectos de optimizar el funcionamiento de la Red Pública de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 49°: Derogaciones. Deróganse las Leyes N°s 6.312 y 10.608 y sus respectivas modificatorias, como así también toda norma jurídica que se oponga a los principios y preceptos contenidos en la presente. Dichas derogaciones se harán efectivas sólo en la medida que el Poder Ejecutivo reglamente los distintos capítulos previstos en la presente ley.

ARTÍCULO 50°: Provisionalidad. Hasta tanto se dicte la reglamentación de la presente ley, los entes creados por la Ley N° 6.312, así como los hospitales sometidos al régimen de la Ley N° 10.608, continuarán funcionando con la misma organización, funciones y responsabilidades establecidas por dichas normas. Durante este período los Consejos de Administración y los Consejos Asesores de los hospitales descentralizados no podrán tomar ninguna decisión sin el expreso consentimiento del Director Médico.

ARTÍCULO 51°: **Reglamentación.** La presente se reglamentará en un plazo no mayor de dos años a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 52°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.


MARÍA CECILIA DEL HUERTO AYALA
Diputada Provincial


SUSÉN DARIÓ GALASSI
Diputado Provincial


ANTONIO JUAN BONFATTI
Diputado Provincial


MIGUEL ÁNGEL SOLÍS
Diputado Provincial


OSCAR ALBERTO PIERONI
Diputado Provincial


INÉS ANGÉLICA BERTERO
Diputada Provincial



FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

La elaboración del presente proyecto parte de reconocer la Salud como un Derecho Humano inalienable y también, en tanto bien colectivo, como una construcción social, histórica y política que requiere de un Estado comprometido con ella.

Desde el regreso a la democracia, se han concretado importantes avances en materia legislativa orientados a garantizar la protección de los Derechos Humanos y su ejercicio efectivo. En las últimas décadas fueron sancionadas para nuestro territorio distintas normas jurídicas que, en términos formales, permiten la ampliación de derechos o la inclusión de grupos sociales tradicionalmente excluidos del sistema de salud, como la Ley de Derechos del Paciente o la Ley de Salud Mental -por mencionar las que mayor debate han requerido, en tanto interpelaron fuertemente al modelo organizativo imperante y al poder corporativo-.

Si bien existen múltiples acuerdos, convenios, declaraciones internacionales, regionales, leyes y decretos que también reconocen la salud como Derecho Humano y abordan algún asunto relacionado a ella, paradójicamente no hay ni en la instancia nacional ni en la provincial una norma que regule de modo integral y sistemático las innumerables actividades y servicios que en el campo desarrollan los distintos actores. El objeto de este proyecto es saldar este vacío normativo y con ello reimpulsar la presencia del Estado en el proceso colectivo de construcción de la salud.

Siendo las provincias preexistentes a la Nación y en el marco de un régimen federal, corresponde a la Provincia de Santa Fe la facultad de regular y dictar normas en la materia. Santa Fe representa un territorio de vanguardia en materia de salud, siendo la primera provincia en haber creado un Ministerio del área, aún antes de que existiera a nivel nacional. Así, el desafío y la obligación es doble: responder a una facultad propia de este cuerpo legislativo y sostener el legado de la construcción colectiva santafecina en el ámbito sanitario.

El sistema de salud argentino sufre -prácticamente desde sus orígenes- un serio problema de fragmentación y aloja en su interior distintas lógicas que se tensionan de manera solapada en los tres sub-sectores que lo componen: el público o estatal, el de la seguridad social y el privado. Hay distintas organizaciones que ofrecen servicios en un complejo y segmentado esquema de financiamiento que siempre ha privilegiado al sub- sector privado a partir de la adquisición de servicios desde el sector de obras sociales y el subsidio a la demanda no rentable desde el sector estatal.

En términos generales, se señalan los problemas de fragmentación y segmentación como determinantes de otras problemáticas como la superposición de oferta, la exclusión o las fuertes limitaciones de acceso y cobertura para grandes grupos sociales, los diferenciales de calidad, etc. En síntesis, su ineficacia en orden a la resolución de los problemas de salud de la población.

Aunque en las últimas décadas se han venido haciendo esfuerzos e inversiones, lamentablemente estas no tienen correlato con los resultados obtenidos. La oferta de los sub-sectores no es complementaria y no se ha logrado desde el Estado en su función de regulación, instalar elementos de unidad o integración que permitan que la respuesta sea más adecuada.

El rol del Estado se ha diluido paulatinamente desde mediados de los 50 y aún no logra recuperar su capacidad de conducción y regulación. Desde esa fecha, se puede señalar el comienzo de un proceso de deterioro de la capacidad instalada del sistema público e introducción de lógicas de mercado que, hasta esos momentos, eran patrimonio del sector privado. Este proceso llega a su punto de máximo desarrollo durante los '90 con la idea de hospitales auto-gestivos y se reconvierte en las últimas décadas hacia modelos de seguro público para sectores empobrecidos y/o carentes de recursos económicos.

Nuestra provincia no escapó a esta realidad. A fines de los 60 aparece la Ley 6312/67 de Servicios de Atención Médica para la Comunidad (SAMCo) dando inicio a un proceso de configuración en el sector público con organizaciones desarticuladas, ineficientes, que compiten entre sí y prestan servicios de salud omitiendo principios básicos como la gratuidad, la equidad, la integralidad o

la universalidad. Una secuencia progresiva, en el mismo sentido, incluye la sanción de la Ley 10608/91 de descentralización hospitalaria, la difusión de la idea de atención primaria selectiva como primer nivel de atención que regula el gasto y la aparición de una cantidad de programas focales.

Estos esquemas apelan a la participación social en salud como argumentos para delegar en representantes de la comunidad tareas administrativas y de procura de fondos para el sostenimiento de las instituciones de salud, desconociendo la responsabilidad estatal. Se degrada así el sentido de la descentralización, entendida como protagonismo del territorio próximo en las decisiones y la formulación de políticas. Son los representantes de la comunidad, y no el Estado, quienes deben enfrentar y responder las demandas cotidianas, contribuyendo a la construcción de un modelo cada vez más biologista, individualista, competitivo y centrado en procedimientos y tecnología, más que en las necesidades de la gente.

Se sabe que la construcción de salud en tanto derecho y bien colectivo no es algo que se pueda garantizar desde un solo sector del Estado. Así como todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí, las soluciones a las problemáticas de salud de una comunidad no siempre se encuentran vinculadas a las acciones del sector que se ocupa específicamente de ella. Ello no impide que por su relevancia, el derecho a la salud sea reconocido en términos jurídicos, generando una protección independiente de la que posibilita cualquier protección indirecta a través de la garantía de otros derechos.

Recuperar el rol de un Estado que conduzca, regule y abogue por los derechos ciudadanos en materia sanitaria, implica impulsar un nuevo paradigma jurídico. El mismo debe recuperar el carácter procesual e histórico del concepto salud y su vinculación singular y dinámica con el modo individual y colectivo de aportar al cuidado como proceso de salud/enfermedad/atención. En este marco, se entiende la enfermedad también como construcción social y cultural que cada sujeto vive de manera diferente según el momento y el espacio que habita. El tránsito por el sistema de salud es sólo una instancia, que se inicia con la percepción de un problema que se convierte en necesidad, y ésta en demanda de algún tipo de

atención, que será brindada en espacios que son parte de la misma construcción.

Si bien no todo puede ser abordado con éxito desde el sistema de salud, muchos de los fracasos tienen alguna vinculación con un modelo de atención que dificulta el acceso, no garantiza continuidad del proceso de protección-cuidado y fundamentalmente reduce la clínica a dimensiones biomédicas que no se corresponden con la complejidad de los problemas

Esta caracterización de los problemas de salud es la que justifica que el presente proyecto de ley proponga la generación de un contexto adecuado para que la Atención Primaria de la Salud deba ser inscripta como estrategia para organizar todo el sistema de salud estatal y no como un mero nivel de atención, de manera tal que equipos con distintas características se vinculen en una red de protección/cuidado que se inicia en el lugar donde las personas habitan y alcanza todos los niveles según la necesidad.

Con estos conceptos tienen correlato la descentralización del sistema de salud pública, con protagonismo de los órganos desconcentrados en la toma de decisiones, la regionalización como instrumento para ello, la agilización de los procesos y las comunidades y los ciudadanos que utilizan el sistema como sujetos activos de su construcción.

Durante todas estas décadas la provincia se plegó, con mayor o menor entusiasmo, a todas las iniciativas nacionales de salud, tales como la regionalización como instrumento para la focalización de acciones, el arancelamiento hospitalario, los programas financiados con créditos internacionales que se fueron superponiendo como paquetes parciales de un seguro federal que aún no ha completado su desarrollo como mecanismo de transferencia de fondos nacionales a las provincias.

En ese proceso, Santa Fe, al igual que otras provincias, fue dando forma orgánica al sistema actual, adhiriendo a distintas propuestas normativas que surgían del gobierno nacional en distintas gestiones o sancionando normas internas en concordancia con ellas para organizar hospitales, seleccionar y designar personal, habilitar y categorizar establecimientos sólo dentro del sector privado, atender con recetas importadas los problemas prioritarios sin definir claramente los modelos teóricos de atención, organización o gestión que hicieran a la identidad provincial en materia de salud, cual si el campo salud fuera un espacio de dominio exclusivamente técnico, aséptico y separable de las políticas generales.

Sin embargo, el complejo espectro de normas existentes que se fueron adosando o superponiendo como capas igual que las unidades organizativas inconexas en la estructura ministerial o de los hospitales dependientes, dan cuenta de la ideología que las subyace tanto en Santa Fe como en casi todo el país, a saber:

- Existe una regulación de las prácticas médicas, tanto públicas como privadas, con el eje puesto en el ejercicio de la medicina como práctica liberal.
- Existe también un régimen de habilitación de instituciones privadas de salud que se ocupa de verificar que se cumplan las condiciones mínimas necesarias para la prestación del servicio por el sector privado, sin ningún otro criterio de política sanitaria. Es más, si el ente privado reúne las condiciones estructurales que establece la reglamentación, el Estado tiene la obligación de habilitar sin valorar cuestiones relativas al proceso de atención.
- El sistema estatal de salud está dispuesto para prestar el servicio en forma gratuita a la población de escasos recursos, siendo este su deber jurídico, lo que inscripto en la cultura hospitalaria a veces termina siendo un problema para las personas con cobertura que optan por él.
- Todo el sistema público y la organización de los recursos asignados al mismo, incluyendo trabajadores y equipos, están concebidos y estructurados bajo el modelo hospitalario como referencia excluyente a los fines de la prestación de cualquier servicio.
- Existen dos categorías de hospitales: los de mayor envergadura, que están organizados bajo el esquema del régimen de descentralización, que les otorga autarquía, lo que les da autonomía administrativa pero no política y la de los hospitales de menor dimensión que quedan encuadrados en la ley de Samco, norma que en teoría pretendió crear entidades que están en un punto intermedio entre lo público y lo privado, pero que en la práctica resultan instituciones financiadas por el Estado provincial y municipal o comunal, inconexas del resto del sistema y absolutamente desreguladas, en las que en su mayoría se impone la lógica del sector privado. Ambas leyes arbitrariamente dividen lo técnico por un lado, entendido como lo médico, y lo administrativo por otro, cuando en la realidad ambas dimensiones de la gestión se imbrican y con otros elementos dan forma a lo político.
- En este esquema para el desarrollo del sector público, la creación de nuevas tipologías de establecimientos que no encuadren en ninguno de los modos de organización dispuestos por las leyes de descentralización o de Samcos, como los centros de salud, los centros de día, los centros de especialidades ambulatorias o los dispositivos en el territorio, que sin estar prohibidos, fueron cayendo dentro de lo que se denomina facultades discrecionales de la administración y tomando forma orgánica como dependencias de un hospital o una Dirección Provincial, ya que la posibilidad jurídica de

darle entidad propia estaba restringida a lo hospitalario o la administración central.

- Desde este modelo hospitalocéntrico y positivista donde lo profesional, lo médico y la tecnología dura tienen la primacía, se puede entender la categórica diferenciación entre los regímenes de empleo público de los profesionales del arte de curar y el resto de los trabajadores de la salud y ciertas diferencias en las retribuciones de los trabajadores que se desempeñan en un hospital o más precisamente en un servicio altamente especializado dentro del mismo y los que trabajan en centros de salud o pequeños hospitales, careciendo de razonabilidad, y estableciendo injustas diferencias no sólo en lo salarial sino también en el régimen de incompatibilidades y en el disciplinario.

Nuevos paradigmas en salud que se corresponden con nuevos paradigmas jurídicos implican que desde la concepción de salud como Derecho Humano debe surgir un rol claro del Estado que, se reitera, conduzca, regule y abogue por los derechos ciudadanos.

En plena correspondencia con este enunciado, el presente proyecto de ley propugna:

a) La definición de una identidad para el sistema público de salud provincial que reconoce la salud como Derecho Humano, explicita claramente los principios que han de orientar su construcción y los principales conceptos que deben ser considerados en ella para dar marco a un modelo de organización con la APS como estrategia, en el que diferentes equipos y establecimientos se vincularán entre sí configurando una red de protección/cuidado que se inicia en el lugar donde las personas habitan y obtiene para cada ciudadano, de manera oportuna y equitativa, los servicios que se prestan en todos los niveles.

A partir de allí en la interacción de los trabajadores de salud entre sí y con la ciudadanía de manera directa o a través de sus instituciones, se podrá facilitar la instauración de un nuevo modelo de atención, más horizontal, más democrático y más ajustado a las necesidades.

b) La formalización de un esquema de regionalización que reconoce las realidades territoriales en términos geográficos, sociales y culturales se constituye en instrumento para la articulación intersectorial dentro de un espacio de intervención compartido por todas las áreas estatales, de descentralización real del sistema público de salud ya que facilita la participación efectiva en procesos decisivos de distintos actores, de agilización de procesos burocráticos y de reasunción por parte del Estado de sus responsabilidades administrativas y de provisión.

En sintonía con ello se establecen las bases para la creación de nuevas centralidades u órganos desconcentrados en cada una de

las regiones, los cuales tendrán entre sus funciones más relevantes:

- Coordinar los denominados Centros Únicos Regionales de Facturación y Recupero (CURFR) para recuperar el núcleo funcional de los establecimientos y sus comunidades que es el cuidado de la salud y la defensa del derecho, desplazado actualmente por funciones administrativas, y fortalecer las tareas de procura de fondos de terceros pagadores concentrándolas en organismos específicos.
- Abrir el juego para la real participación, convocando y sosteniendo consejos regionales y subregionales de salud a efectos de descentralizar efectivamente en términos de convocar a los referentes de comunidades y trabajadores a formar parte de espacios donde se discute la política en la materia y se toman decisiones con base a ello;
- Promover y consolidar mecanismos de articulación interjurisdiccional a efectos de garantizar el trabajo colaborativo y complementario en perspectiva de redes de todas las instancias públicas (CO-ACS).
- Implementar estrategias de Educación Permanente y utilización de la información en salud para fortalecer las capacidades locales de gestión.
- Acompañar el proceso de reorganización de los establecimientos con la lógica de progresividad en los cuidados y trabajo en redes.

c) el fortalecimiento del rol regulador y conductor del sistema por parte del Estado reafirmando los derechos de los ciudadanos que lo utilizan, definiendo condiciones de calidad para la habilitación y categorización de establecimientos en todos los subsistemas, evaluando tecnología en salud, velando por la bioética y la ética de la investigación en salud y concentrando información de la totalidad del sistema en softwares de propiedad y administración provincial para una mejor planificación y ejecución de las políticas.

d) Adecuar la configuración del sistema de salud que permanece concebido y estructurado en un modelo exclusivamente hospitalario y establecer la particular identidad de los establecimientos que forman o pueden formar parte del mismo (centros de salud, los centros de día, los centros de especialidades ambulatorias, viviendas asistidas o los dispositivos territoriales) dentro de los nuevos paradigmas de protección/cuidado en los que en la actualidad los trabajadores desarrollan tareas asistenciales en equipos interdisciplinarios con dependencia de la autoridad regional y no del hospital base referencial del modelo anterior.

e) Otorgar al sistema elementos de unidad conceptual y operativa como la definición de un conjunto de datos comunes, la unicidad de formas de registro, la jerarquización del Formulario Terapéutico Provincial, el desarrollo de una estrategia de Educación Permanente

en Salud, la inclusión de contenidos transversales de salud colectiva en todas las instancias educativas o promovidas desde el Ministerio de Salud, el estímulo para la investigación e innovación en salud orientado a las necesidades de conocimiento del territorio, la definición de criterios únicos para habilitación y categorización

f) Priorizar aspectos medulares que hacen a la soberanía en el campo de la salud como la creación del SIPS, la definición de prioridades para la formación de profesionales de manera acordes a las necesidades territoriales y fundamentalmente el estímulo a la producción pública de medicamentos en tanto bien social; y finalmente

g) Impulsar la revisión y reforma de las demás leyes que regulan prestaciones de salud, reconocen especiales derechos o protecciones, y de toda la normativa relativa a la salud pública, especialmente la vinculada a la política presupuestaria y de personal en salud a efectos de lograr la coherencia normativa para hacer posible la reorganización propuesta mediante el desarrollo de la estrategia de APS en el marco de valores que la presente ley explicita, para dar inicio a un proceso paulatino de integración del sistema público de salud.

Por todo lo expuesto, solicitamos a nuestros pares la aprobación del presente proyecto.-


MARÍA CECILIA DEL HUERTO AYALA
Diputada Provincial


RUBÉN DARIÓ GALASSI
Diputado Provincial


ANTONIO JUAN BONFATTI
Diputado Provincial


INES ANGÉLICA BENÍTEZ
Diputada Provincial


MIGUEL ÁNGEL SOLÍS
Diputado Provincial


OSCAR ALBERTO PIERONI
Diputado Provincial