



**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

**SANCIONA CON FUERZA DE**

**LEY:**

**SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL**

**TÍTULO I**

**DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL**

**CAPÍTULO 1**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1: Objeto.** El objeto de la presente es garantizar el derecho a la salud respetando los principios de gratuidad, integralidad, equidad, accesibilidad y participación y la construcción de un marco para el ordenamiento, la regulación y fiscalización del servicio de salud en todas las modalidades de atención y cuidado.

El Derecho a la salud incluye el derecho de acceso a servicios de calidad adecuada, equidad en la protección de los principales riesgos de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables, equidad en la información ciudadana y en la capacidad de tomar decisiones en salud.

**ARTÍCULO 2: Alcance.** Lo dispuesto por la presente rige en el territorio de la Provincia y alcanza a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes.

**ARTÍCULO 3: Integración del Sistema de Salud Provincial.** El Sistema de Salud Provincial (SSP) está integrado por el conjunto de recursos de salud constituido por tres subsectores que se desempeñan en la Provincia:

- Subsector Estatal o Público;
- Subsector de la seguridad social; y
- Subsector privado.

**ARTÍCULO 4: Principios y directrices.** El Sistema de Salud Provincial (SSP) organiza el funcionamiento de sus instituciones en el marco de los siguientes principios y directrices:

- a) la salud como Derecho Humano Inalienable;



b) una concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, higiene, vivienda, ambiente, trabajo, educación, indumentaria, cultura y participación;

c) los recursos aplicados en salud como inversión social priorizada;

d) los bienes para la protección y el cuidado de la salud como bienes sociales;

e) la solidaridad social como filosofía rectora con potestad del Estado provincial para regular, fiscalizar y controlar toda actividad que pueda incidir en la salud humana en términos individuales y colectivos;

f) 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;

g) la descentralización como estrategia para el desarrollo de capacidades locales de decisión sobre los recursos; con participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, en tanto medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo;

h) la organización en red de los servicios de cuidado como requisito de eficacia en las intervenciones;

i) la articulación inter-jurisdiccional, complementando acciones y concertando políticas con instancias nacionales, provinciales, municipales y comunales, en términos de co-responsabilidad en el acceso a los bienes y servicios;

j) la gratuidad entendida como la prohibición de cualquier forma de pago directo del usuario en el Subsector Estatal de Salud Provincial;

k) la integralidad en términos de asegurar la continuidad del proceso de protección y cuidado de la salud, abarcando funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación y amplitud de los abordajes considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de la situación de salud de cada individuo;

l) la equidad en la distribución de bienes y recursos;

m) la accesibilidad a todos los niveles de asistencia y protección de la red de cuidados de la salud;



n) la participación de los trabajadores junto a la comunidad en los distintos niveles de decisión y control en la red de cuidados de la salud;

o) el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de un territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades; y

p) el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

## **CAPÍTULO 2**

### **AUTORIDAD DE APLICACIÓN**

**ARTÍCULO 5: Autoridad de Aplicación.** La Autoridad de Aplicación de la presente es el Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 6: Principios y objetivos.** Los principios y objetivos de la autoridad de aplicación son:

a) las bases y los criterios organizativos del Subsector Estatal, conduciendo, ordenando, regulando, coordinando y controlando toda la red existente y concertando para ello con las otras instancias estatales; y

b) la regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de todos los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores.

**ARTÍCULO 7: Funciones de la Autoridad de Aplicación.** Las funciones de la Autoridad de Aplicación son:

a) garantizar el cuidado integral de la salud individual, familiar y colectiva;

b) propiciar el desarrollo de redes de establecimientos asistenciales atravesado por otras redes de soporte, a saber: de información, comunicación, emergencias y traslados, logística y distribución de insumos, servicios de diagnóstico y tratamiento complementarios para asegurar respuestas oportunas, adecuadas a la necesidad y riesgo del ciudadano y de calidad uniforme en todo el sistema;



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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 Subsistema Estatal, procurando un desarrollo equilibrado del mismo en todo el territorio a los fines de evitar la duplicidad de medios para idénticos fines;

e) regular en el marco de su competencia los servicios o redes de servicios de atención/cuidados existentes en el territorio provincial y las actividades de otro orden que puedan tener impacto en la salud de los habitantes de la provincia a saber: investigación en salud, producción de bienes y servicios, comercialización de bienes para la salud, asumiendo particularmente la regulación y el control de la tecnología sanitaria;

f) promover y proteger la salud colectiva a través de sus organismos dependientes en todo el territorio provincial;

g) promover la salud laboral y la prevención de enfermedades laborales de la totalidad de los trabajadores de la salud;

h) garantizar y controlar el ejercicio de los derechos de los usuarios de los servicios o redes de atención/cuidado existentes en la jurisdicción;

i) garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas incluyendo: atención y protección del embarazo; atención adecuada del parto; complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante; acceso a los métodos anticonceptivos y acceso a los abortos no punibles definidos en el Código Penal de la Nación e interpretado según fallo "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva" de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el año 2012;

j) asegurar que la objeción de conciencia de los profesionales de la salud no sea un impedimento para el ejercicio de los derechos consagrados de las personas;

k) controlar la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;

l) promover la capacitación y educación permanente de todos los trabajadores de la salud;



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

m) 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 Nº 12913 de los Comités mixtos de salud y seguridad en el trabajo o en la que en un futuro la reemplace);

n) desarrollar un sistema integrado de información en salud de recolección sistemática de datos que permita el análisis y la socialización de la política sanitaria a partir de datos epidemiológicos, sociodemográficos, de recursos en salud, como así también la producción y desempeño de los servicios de cuidado;

o) ejecutar acciones sistemáticas de vigilancia epidemiológica, toxicológica y sanitaria para planificar estratégicamente las respuestas estatales a los problemas que afectan a la población;

p) promover e impulsar la participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud en espacios de gestión, atención y cuidado;

q) concertar políticas sanitarias con el gobierno nacional, con otros estados sub nacionales y con los gobiernos locales;

r) regular y controlar la publicidad de medicamentos, suplementos dietarios y de todo artículo relacionado con la salud;

s) desarrollar la producción pública de medicamentos, sueros y vacunas;

t) controlar calidad y valor nutricional de los alimentos, bebidas y aguas para consumo;

u) prohibir que se destinen recursos públicos para auxiliar o subvencionar instituciones privadas con fines de lucro;

v) promover medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;

w) realizar el control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales; y

x) realizar el control sanitario de la disposición final de los desechos orgánicos e inorgánicos de consultorios, clínicas, sanatorios o establecimientos dedicados a la atención de la salud.

### **CAPÍTULO 3**

#### **USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL**

2019



**ARTÍCULO 8: Definición.** A los efectos de la presente, quedan comprendidos como sujetos activos del Sistema de Salud Provincial (SSP) toda persona que tenga residencia permanente o transitoria en el territorio provincial, independientemente de su nacionalidad, asistiéndolos, al tomar contacto con dicho sistema.

**ARTÍCULO 9: Derechos de los usuarios del Sistema de Salud Provincial.** Los derechos de los usuarios del Sistema de Salud Provincial (SSP) son:

a) el respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;

b) la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;

c) la no discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones. Atención del embarazo, parto y puerperio en servicios apropiados a tales fines;

d) a recibir atención oportuna e integral y acceder a los distintos servicios y niveles de complejidad del Subsector Estatal o de los demás subsectores, acorde a su necesidad y condición;

e) la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;

f) el acceso a su historia clínica, a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de información escrita al alta o egreso;

g) la inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

h) a rechazar la atención del profesional o el efector que le fuera asignado dentro del Subsector Estatal y optar por otra alternativa según posibilidad;

i) a 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;

j) cuando se trate de niñas, niños y adolescentes tendrán derecho: a intervenir en los términos de la Ley N° 26061 a los fines



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

k) a que un profesional sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;

l) a la solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo y fehaciente a la realización de estudios y tratamientos o para ser incluido en actividades docentes o de investigación;

m) a la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y al respeto de consultas y prácticas;

n) en el caso de enfermedades terminales, a recibir tratamientos que propendan a una mejor calidad de vida hasta su fallecimiento, instrumentando cuidados paliativos;

o) acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores; y

p) ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso gratuito a la información, educación, métodos anticonceptivos y prestaciones que los garanticen.

**ARTÍCULO 10: Garantía de derechos.** La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo 9 en el Subsector Estatal y regula, audita, controla y verifica su cumplimiento en los demás subsectores, existentes en la jurisdicción dentro de los límites de sus competencias.

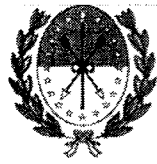
**ARTÍCULO 11: Obligaciones.** Los usuarios del SSP tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a) ser cuidadosos en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;

b) firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas; y

c) prestar información veraz sobre sus datos personales.

**ARTÍCULO 12: Información de derechos y obligaciones.** Los servicios de atención de salud deben informar a los usuarios del SSP sus derechos y obligaciones.



#### CAPÍTULO 4

### **CLASIFICACIÓN Y TIPOLOGÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL DE TODOS LOS SUBSECTORES.**

**ARTÍCULO 13: Actualización de los establecimientos existentes.**

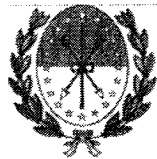
Acorde a las leyes nacionales, la autoridad de aplicación debe actualizar la clasificación de los establecimientos de salud existentes en la jurisdicción, ya sea que cuenten con financiación pública estatal, privada, o de la seguridad social, conforme a la tipología que se define a partir de la función o el destino de los establecimientos.

**ARTÍCULO 14: Clasificación según la tipología.** La clasificación según la tipología es la siguiente:

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 están comprendidos en esta clasificación.
- Establecimiento para salud sin internación de diagnóstico: comprenden centros de diagnóstico por imágenes, centros de análisis de 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.
- Para el caso del Subsector Estatal 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 cuidados 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 la 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 Subsector estatal estos establecimientos deberán organizarse en redes escalonadas con mecanismos de referencia, contra referencia 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 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, 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. Estos establecimientos dan respuesta 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. Estas instituciones 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: comprenden 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 15: Actualización de los establecimientos con internación.** La autoridad de aplicación debe actualizar la normativa de



categorización y habilitación de los establecimientos con internación existentes en la jurisdicción, del mismo modo que con la tipología de establecimientos acorde a las leyes nacionales; cuenten con financiación pública/estatal, privada, o de la seguridad social. 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.

**ARTÍCULO 16: Categorización de establecimientos con internación.**

Las categorías de los establecimientos con internación son:

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

**TITULO II**

**SUBSISTEMA ESTATAL O PÚBLICO DE SALUD**

**CAPÍTULO 1**

**ORGANIZACIÓN.**

**ARTÍCULO 17: Definición.** El Subsistema Estatal 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), como función prestadora de servicios de prevención, protección, atención y cuidado de la salud.

**ARTÍCULO 18: Adscripción. Características Principales del Subsector Estatal de Salud.** La forma de vinculación entre la red de protección/cuidado y los ciudadanos se desarrolla a través de los equipos básicos de salud, que tienen asignada una población a cargo.

El equipo básico de salud es el principal núcleo del proceso de protección/cuidado. Actúa 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 garantizan procesos terapéuticos integrales y efectivos.



El Subsistema Estatal de Salud organiza sus recursos de manera acorde a dicha estrategia.

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

**ARTÍCULO 19: 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.

**ARTÍCULO 20: Equipos del Subsector Estatal de Salud. Definiciones.** Se considera 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 lo establecido por la presente. Se estructura de la siguiente manera:

- a) **Equipo básico o equipo de referencia directa:** Equipo para la adscripción y el seguimiento de la población que habita en un determinado territorio de la Provincia y es el principal núcleo del Subsistema Estatal.  
Los Equipos Básicos deben 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 en estrecha relación con las instituciones y organizaciones sociales y comunitarias para la formación y capacitación permanente de promoción comunitaria.
- b) **Promotor social de la salud:** Trabajador de la salud cuya labor implica acciones territoriales y domiciliarias.
- c) **Equipo ampliado o soporte del primer nivel:** Se trata de la configuración estructural a la cual los equipos básicos apelan para complementar sus tareas de diagnóstico y tratamiento a efectos de ampliar sus capacidades mediante la intervención de otros profesionales.  
Están constituidos mínimamente con: psicólogo, odontólogo y trabajador social y podrán contar también con especialidades médicas como ginecología, obstetricia u otras especialidades clínicas de alta demanda.



- d) **Equipos especializados o soporte de segundo nivel:** Estos Equipos Especializados poseen formación en las especialidades clínicas y quirúrgicas

**ARTÍCULO 21: Funciones de los Equipos del Subsector Estatal de Salud.** Son funciones de los Equipos del Subsector Estatal de Salud:

- a) **Equipo básico o equipo de referencia directa:**
- tiene asignada la cobertura poblacional de un determinado territorio;
  - es responsable por un número de familias determinado, que se le asigna considerando la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas de cada zona;
  - se ocupa de determinar la referencia de pacientes a otros establecimientos de la red y gestionar el respectivo seguimiento; y
  - está constituido mínimamente por un médico (general, pediatra o clínico), un enfermero y otro trabajador con un perfil sociocomunitario con funciones de apoyo al equipo de salud en tareas administrativas, de promoción y cuidado de la salud y/o de servicios generales. También conforman este Equipo un trabajador social, psicólogo y odontólogo.
- b) **Promotor social de la salud:** es el referente respecto a la salud en lo relativo a: informar, relevar, cuidar, prevenir, ayudar y apoyar a las familias en el ámbito de la salud, de la alimentación, de la higiene, del ambiente. Asume un papel relevante especialmente en equipos de salud reducidos en número de integrantes y en territorios con población dispersa.
- c) **Equipo ampliado o soporte del primer nivel:** Los equipos de soporte del primer nivel asumen funciones de asistencia directa a la población en un determinado establecimiento ambulatorio y actúan como soporte matricial o referencia en su especificidad para más de un equipo básico sea del mismo establecimiento u otro que se encuentre próximo.  
Los trabajadores se integrarán a los mismos en tiempo parcial o completo a efectos de ampliar las capacidades resolutivas del equipo básico con los recursos de conocimiento de su competencia.
- d) **Equipos especializados o soporte de segundo nivel:** funcionan en establecimientos de mayor complejidad de una región, sean éstos ambulatorios o con internación e interactúan con los profesionales



especializados mediante consultas telefónicas, interconsultas web on line o diferidas e interconsultas por referencia y contrarreferencia. También reciben esta denominación los equipos interdisciplinarios constituidos ad hoc para el abordaje de problemáticas más complejas: salud mental, consumo de sustancias, situaciones de violencia, trasplante de órganos, internación domiciliaria y otras que implican trabajo intersectorial y/o movilidad de los trabajadores entre los distintos niveles del sistema de salud.

## CAPÍTULO 2

### NIVELES DE COMPLEJIDAD

**ARTÍCULO 22: Organización del Subsector Estatal.** El Subsector Estatal se organiza en tres niveles de atención, articulados entre sí, por mecanismos ágiles de referencia y contrarreferencia:

- a) **Primer Nivel:** El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que implican necesidades mínimas de atención y cuidado en términos tecnológicos. Involucra actividades de protección y cuidado de la salud 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.

El primer nivel de atención puede 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.

- b) **Segundo Nivel:** El segundo nivel de atención comprende 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 unidisciplinarios), 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. Los equipos que en él se desempeñan intervienen en procesos singulares de atención en la especificidades de sus competencias y funcionan como espacios de segunda opinión o referencia matricial para un número determinado de equipos básicos. Es responsabilidad del segundo nivel gestionar los traslados a establecimientos de mayor complejidad cuando su capacidad de resolución se ve 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 las siguientes modalidades de prestación: internación abreviada o transitoria, internación domiciliaria y cirugía ambulatoria.

- c) **Tercer Nivel:** El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad profesional y/o tecnológica se constituye en el último nivel de referencia de la red de cuidados para los 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 comprometen recursos en general escasos y costosos de baja incidencia poblacional, el SPSP habrá de procurar su concentración regional como única referencia para los establecimientos de ese territorio y en algunos casos en particular su centralización absoluta en términos de eficiencia.

**ARTÍCULO 23: Gestión administrativa y financiera del Subsector Estatal.** Los establecimientos y dispositivos del Subsector Estatal 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 de Establecimientos y dispositivos de salud del primer nivel.** 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 SPSP 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 del segundo nivel.** 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 subsector estatal 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 de Establecimientos de salud del tercer nivel.** 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 Consejo Consultivo, que estará integrado por un representante de la ciudadanía que utiliza o es potencial usuaria de sus servicios en términos de su adscripción a la red de servicios del territorio de su competencia, un representante de la Asociación Cooperadora del establecimiento o entidad similar si la hubiera 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 decisorios 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.

### CAPÍTULO 3

#### REGIONALIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

**ARTÍCULO 29: Regionalización.** A los efectos de esta ley la Autoridad de Aplicación organiza territorialmente su accionar en regiones sanitarias, considerando los criterios de regionalización generales del Estado provincial a efectos de permitir 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 30: Constitución de la autoridad regional.** El Ministerio de Salud crea cinco Direcciones de Salud, las cuáles se constituyen en autoridades regionales de cada región sanitaria, investidas de facultades y atribuciones para el cumplimiento de su cometido.

Cada Dirección General cuenta con estructuras subalternas necesarias para la ejecución de las competencias asignadas.

**ARTÍCULO 31: Facultades de las autoridades regionales.** Las autoridades regionales poseen las siguientes atribuciones:

- a) integrar el Gabinete Ejecutivo del Ministerio de Salud, aportando al mismo la perspectiva regional de la problemática del Subsector Estatal de Salud 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 organización 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 de todos los servicios en 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 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) 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; y,



- p) suscribir convenios de gestión colaborativa con gobiernos locales de la región a los efectos del mejor cumplimiento de los objetivos de la presente.

**ARTÍCULO 32: Funciones de las autoridades regionales.** Son funciones de las autoridades regionales:

- a) planificación, supervisión, programación, organización y evaluación de las acciones que se llevan a cabo en los establecimientos;
- b) 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 Subsector Estatal generando las articulaciones necesarias al interior de la red de establecimientos de cuidado y demás redes de soporte; y,
- c) podrá definir subregiones de salud en un número suficiente que permitan abordar de manera 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.

## CAPÍTULO 4

### CONSEJOS DE SALUD. ARTICULACIÓN

**ARTÍCULO 33: 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 Subsistema Estatal de Salud. Este órgano colegiado debatirá los problemas y necesidades del sistema de salud en el nivel regional, definiendo las prioridades para la inversión de los fondos generados por recupero a terceros pagadores en el Centro Único Regional de Facturación y Recupero- CURFR . En el ámbito de



dicho Consejo la autoridad regional deberá dar cuenta de sus procesos administrativos y decisorios a efectos de asegurar transparencia en la gestión, ya que los Consejos no ejecutarán los recursos.

Su funcionamiento deberá establecerse en la reglamentación de la presente.

**ARTÍCULO 34: 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, 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 35: 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 Subsector Estatal: responsabilidades relativas de cada una de ellas, objetivos compartidos a alcanzar, criterios de evaluación, instrumentos de verificación y mecanismos de control y fiscalización de la ejecución de lo estipulado por convenio.

**ARTÍCULO 36: Convenios de Acción Complementaria en Salud.**

**Objetivos.** Los Convenios de Acción Complementaria en Salud (COACS) tienen 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,
- e) dar cuenta de cuestiones relativas a la administración de fondos, haciendo más transparente, ágil y eficiente la gestión pública en salud.

## CAPÍTULO 5

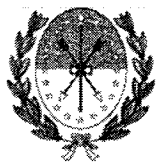
### FINANCIAMIENTO, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN ANUAL

**ARTÍCULO 37: Financiamiento.** El funcionamiento y desarrollo del SPSP 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 que lleva a cabo el Ministerio de Salud en la jurisdicción 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 38: Actualización de datos en el sistema de información provincial en Salud.** 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.

**ARTÍCULO 39: Presupuesto.** 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; y,
- 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 SPSP en cuanto a funciones prestacionales directas.

**ARTÍCULO 40: 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 prestación de servicios de docencia e investigación a cargo del Ministerio de Salud;
- 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. Los mismos podrán ser asignados únicamente, salvo en situación de emergencia sanitaria, a los siguientes fines:



- mejoramiento de los determinantes sociales de la salud mediante intervenciones intersectoriales en comunidades que habitan en condiciones de exclusión que afectan de manera directa o indirecta la salud colectiva;
  - desarrollo de la capacidad instalada, equipamiento y puesta en valor de los efectores públicos de salud para la modernización y el fortalecimiento del sector público, incluyendo la creación de centros regionales de referencia para las prácticas de alta complejidad como por ejemplo; diálisis, trasplante, cirugía cardiovascular, etc.;
  - dotación de ofertas alternativas a la internación para la red pública como servicios de internación domiciliaria, centros de día, viviendas asistidas, cirugía ambulatoria, etc.;
  - producción pública de medicamentos y bienes para la salud; y,
  - desarrollo de la infraestructura de Atención Primaria de la Salud y provisión de insumos para los equipos básicos.; y,
- h) los préstamos o aportes no reintegrables internacionales.

**ARTÍCULO 41: 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.

**ARTÍCULO 42: 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.

**ARTÍCULO 43: Control de los Centros Únicos Regionales de Facturación y Recupero (CURFR).** Los Centros Únicos Regionales de Facturación y Recupero (CURFR) estarán sometidos al control de la Sindicatura General de la Provincia y al control del Tribunal de Cuentas de la Provincia, de conformidad con lo estipulado en los Títulos V y VI de la Ley N° 12510 -Ley de Administración, Eficiencia y Control del Estado-.

## CAPÍTULO 6





## **CREACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PROVINCIAL EN SALUD (SIPS)**

**ARTÍCULO 44: Creación del Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS).** A los efectos de dar cumplimiento a los objetivos de la presente se crea el Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS) al que habrán de integrarse paulatinamente todos los datos disponibles en el campo sanitario del territorio provincial incluyendo aquellos producidos por los prestadores de servicios de salud de la seguridad social o empresas privadas 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 han 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 estarán 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.

### **CAPÍTULO 6**

#### **SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD**

**ARTÍCULO 45: 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. Los datos a registrar refieren a "los diagnósticos, las prácticas y las prestaciones que se efectúen en todas las instancias de contacto de los ciudadanos con el SPSP 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 46: 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 47: 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.

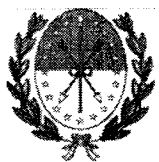
## CAPÍTULO 8

### POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

**ARTÍCULO 48: Medicamentos e insumos médicos.** El sistema de salud provincial 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 49: Responsabilidades del Subsistema estatal respecto a medicamentos e insumos.** El Subsistema estatal debe:

- 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 Subsistema estatal



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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 Subsector estatal.
- 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; y,
- 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.

### **CAPÍTULO 9**

#### **POLÍTICA EN MATERIA DE PERSONAL**

##### **ARTÍCULO 50: Política en materia de personal. Selección e ingreso.**

El Ministerio de Salud, en tanto autoridad de aplicación de la presente, debe 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 SPSP. A estos fines:

- a) 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



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

trabajadores de la salud. Los trabajadores serán convocados y representados a través de sus entidades gremiales;

b) 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 éste;

c) 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;

d) formación y educación de los trabajadores. Respecto a la función del trabajador de salud en el marco del modelo de atención propuesto para el subsistema estatal, la autoridad de aplicación deberá promover 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; y,

e) incluir en la Ley N° 9282 – Estatuto Escalafón para Profesionales Universitarios de la Sanidad Oficial – a todas las profesiones que presten tareas en el ámbito del Sistema Público de Salud Provincial.

**ARTÍCULO 51: 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 N° 12913 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.

### CAPÍTULO 10

2019



## INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA

**ARTÍCULO 52: 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 53: Registro de actividades de capacitación e investigación.** 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 sus resultados desde el portal provincial a efectos de una adecuada divulgación y comunicación de los mismos en términos del valor social del conocimiento en salud.

### CAPÍTULO 11

#### DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**ARTÍCULO 54: Docencia. Lineamientos.** La autoridad de aplicación adoptará los mecanismos necesarios para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y postgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, apoyándose en la educación continua como así también en la capacitación permanente, bajo los siguientes lineamientos:

- a) enfoque multidisciplinario e interdisciplinario;
- b) promoción de la capacitación permanente y en servicio;



- c) inclusión de todos los integrantes del equipo de salud (multidisciplina-interdisciplina);
- d) calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
- e) jerarquizar la residencia como sistema formativo de postgrado;
- f) articular convenios con los entes formadores;
- g) otorgar becas de capacitación y perfeccionamiento; y,
- h) promover la formación en salud pública, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias.

**ARTÍCULO 55: Consejo de investigación de salud. Creación.** El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura un proyecto de creación de un Consejo de Investigación de Salud, como organismo que coordine y conduzca la actividad de investigación en el sistema de salud. La importancia de esta área radica en la producción de conocimientos, tomando en cuenta la situación sanitaria de la población, sus componentes y determinantes (necesidades básicas, situación laboral y medio ambiente, grupos etarios, regiones, clima, etc.)

**ARTÍCULO 56: Consejo de Investigación de Salud. Lineamientos.** El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- a) propiciar la investigación científica y su integración con la actividad asistencial;
- b) promover la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios;
- c) autorizar previa fiscalización todo plan de investigación en el subsector estatal, elaborando convenios de investigación con instituciones públicas o privadas que aseguren al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos;
- d) favorecer el intercambio científico, nacional e internacional;
- e) otorgar becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos;
- f) realizar convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional;
- g) impulsar la carrera de investigación en salud;
- h) constituir una instancia de normatización y evaluación ética en investigación;



- i) institucionalizar la cooperación técnica con Universidades y entidades académicas y científicas; y,
- j) promover la creación y coordinación de comités de investigación en los efectores.

### TÍTULO III

## REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN DEL SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DEL SUBSECTOR PRIVADO

### CAPÍTULO ÚNICO

**ARTÍCULO 57: Regulación y fiscalización. Funciones generales.** La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

**ARTÍCULO 58: Subsector privado. Fiscalización.** Los prestadores del subsector privado son regulados, fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

**ARTÍCULO 59: Subsector privado. Entes financiadores.** Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

**ARTÍCULO 60: Participación del capital extranjero.** Queda prohibida la participación directa o indirecta de capitales extranjeros.

**ARTÍCULO 61: Seguridad social. Fiscalización.** Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son regulados, fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.





**ARTÍCULO 62: Seguridad social. Prestaciones estatales.** La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

**ARTÍCULO 63: Seguridad social. Reclamos por prestaciones estatales.** Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

#### TITULO IV

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

**ARTÍCULO 64: 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 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 con una configuración acorde a 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 65: 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 establece.



**ARTÍCULO 66: 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 del Servicio de Salud Provincial, incluyendo las leyes:

- a) Salud mental;
- b) Derechos del paciente y propiedad de la historia clínica;
- c) Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones;
- d) Directivas médicas anticipadas;
- e) Ablación de órganos;
- f) Donación de sangre. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional;
- g) Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos;
- h) Producción estatal de medicamentos y vacunas;
- i) Régimen regulatorio integral de alimentos y calidad en su relación con la salud;
- j) Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos;
- k) Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales;
- l) Salud sexual, reproductiva y procreación responsable;
- m) Reproducción médicamente asistida;
- n) Salud escolar;
- o) Salud laboral; y,
- p) Identificación del recién nacido.

**ARTÍCULO 67: Derogaciones.** Deróganse las Leyes N° 6312 y 10608 y sus respectivas modificatorias, como así también toda norma que se oponga a los principios y preceptos contenidos en la presente como el Reglamento General de Hospitales y la Ley de Regionalización Sanitaria. Dichas



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

derogaciones se harán efectivas sólo en la medida que el Poder Ejecutivo reglamente los distintos capítulos previstos en la presente. Mientras que otras normas jurídicas o internas deberán ser revisadas y modificadas en consonancia con el espíritu de la presente (por ejemplo: ley de auditoría médica,, decreto sobre agentes sanitarios y promotores de salud, leyes de adhesión a planes y programas).

**ARTÍCULO 68: Provisionalidad.** Hasta tanto se dicte la reglamentación de la presente ley, los entes creados por la Ley N° 6312, así como los hospitales sometidos al régimen de la Ley N° 10608, continuarán funcionando con la misma organización, funciones y responsabilidades establecidas por dichas normas. Durante este periodo 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 69: Reglamentación.** La presente se reglamentará en un plazo no mayor de dos (2) años a partir de su promulgación.

**ARTÍCULO 70:** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ALICIA VERÓNICA GUTIERREZ  
Diputada Provincial

### FUNDAMENTOS

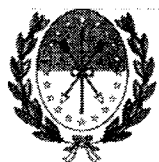
Señor Presidente:

Este proyecto ha sido presentado en dos oportunidades anteriores, obteniendo dictamen de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en su última presentación pero ha perdido el estado parlamentario por no obtener sanción definitiva en dos períodos legislativos. El sistema de salud en la Argentina, caracterizado por la fragmentación, la superposición de lógicas, la sobreoferta y la exclusión es un verdadero despropósito que ha vuelto a mostrar sus falencias durante la crisis del 2002. El sistema de salud, si es que así se lo puede denominar, puede ser visto como la consecuencia de fuertes pujas redistributivas que operaron en el país desde mitad del siglo XX.

No es posible ignorar los antecedentes más remotos, de una construcción de la Salud Pública, que puede remontar sus orígenes al protomedicato o a las fuertes tensiones entre la Iglesia y el Estado en las décadas posteriores a la Revolución de Mayo, o a la creación de la Sociedad de Beneficencia en



la época de Rivadavia o al grupo de médicos emprendedores que pueden ser incorporados con mérito propio en la denominada generación del 80'. Ya en las primeras décadas del siglo XX la obra desarrollada por Cabred, los Hospitales psiquiátricos de puertas abiertas, los Hospitales regionales, el Instituto Malbrán, las Asistencias Públicas en las grandes ciudades fuertemente influidos por la Higiene Pública Francesa. El gobierno peronista recoge y amplía fuertemente la apuesta por una Salud Pública nacional, basándose en la figura carismática de Carrillo quién duplica la capacidad instalada del sector público; generando una fuerte imagen institucional de una Salud Pública nacional organizada con delegaciones sanitarias, primero regionales y luego en todas las provincias. En pleno clima de Revolución Libertadora comienza a surgir un clima contrario a este gran aparato que podría haber llevado a crear condiciones parecidas a las del National Health Service de Inglaterra. El eje en este caso se colocó sobre la idea de descentralización y bajo el aspecto mas tecnocrático de centralización normativa y descentralización operativa. En realidad se pensó en disipar los riesgos de una Salud Pública nacional fuerte argumentando que ... "como las provincias son anteriores a la Nación y éstas nunca le transfirieron expresamente la función Salud Pública al Estado Nacional la responsabilidad primaria sobre la salud pública era una ingerencia de las provincias". Vale la pena señalar que esta discusión no era independiente de la derogación de la constitución de 1949 y la reinstauración de la de 1853. Discutir que las provincias no habían facultado o delegado a la nación en 1853 la función Salud Pública es un argumento falaz, ya que ninguna provincia podía reconocer por entonces siquiera que la Salud Pública fuera una función del Estado. El carácter político de esta orientación puede verificarse a través de la instalación de un péndulo que duró de 1956 a 1983. La inestabilidad política que instauró la Revolución Libertadora abrió un período de 27 años de inestabilidad institucional caracterizado por la alternancia de gobiernos civiles débiles, que nunca terminaron sus mandatos, y golpes de Estado que se agotaban por una combinación de resistencia popular y su propia incapacidad para gobernar. En el campo de la Salud Pública estos 27 años vieron deambular un conjunto de casi 90 hospitales que eran transferidos de la Nación a la provincia en los gobiernos de facto y eran recuperados por la Nación en los gobiernos democráticos. Cuando en 1983 el gobierno de Alfonsín cortó esta tradición, pareció terminar con esta puja bajo el imaginario de que la presencia del gobierno nacional en salud se debía orientar a la organización de un Seguro Universal. Más aún, durante la Constituyente de Santa Fe en 1994 se perdió una fuerte oportunidad de rediscutir estas definiciones, no tanto por un acuerdo político en favor de la tesis de que la responsabilidad sobre la Salud Pública debía descansar en las provincias, sino básicamente por el cumplimiento a rajatablas del



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

denominado "Pacto de Olivos" que había demarcado la agenda de lo que se podía y lo que no se podía debatir en la Convención. La Provincia de Santa Fe no es ajena a estos vaivenes de la política nacional. La Constitución de 1962 -el año del derrocamiento del Presidente Frondizi y del interinato de su Vice Provisional el Dr. José M. Guido- expresa en cierta forma y a su manera este debate; en su artículo 19 puede leerse: La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establece los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales e internacionales. Las actividades profesionales vinculadas a los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación de la ley para asegurarla. Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana. El gobierno de Onganía, que tuvo una fuerte influencia de la etapa más tecnocrática del Franquismo, soñaba con la fórmula que permitiera una estabilidad de la dictadura compensada por mecanismos de participación comunal corporativos y hasta con la posibilidad de abrir -cuando se dieran las condiciones- elecciones municipales, sin elecciones provinciales ni, lógicamente, nacionales. En este contexto se piensa una nueva ingeniería social para los servicios públicos de Salud, lo que a nivel nacional se denominaron Sistemas de Atención Médica Integral de la Comunidad (SAMIC) y que se aplicó en una serie de Hospitales Nacionales denominados por la época Pilotos (El Dorado, Comodoro Rivadavia, Güemes-Salta). La única provincia en adoptar ésta idea y generar su propio decreto ley, fue la de Santa Fe con los denominados (SAMCO) Servicios de Atención Médica para la Comunidad.

El destino del Decreto - Ley del SAMIC fue el olvido, a no ser por la curiosidad que este instrumento jurídico nunca derogado prestó muchos años después la base legal para la organización del Hospital Nacional de Pediatría J. Garrahan. En cambio los SAMCO (Servicios de Atención Médica para la Comunidad) sistema creado por la Ley Nº 6312/ 67 han permanecido y se han desarrollado como una institución paradigmática de la salud de la Provincia de Santa fe y por lo que se ve, si se lo compara con las otras grandes provincias del país, Buenos Aires y Córdoba, ha operado como un obstáculo para facilitar el proceso de municipalización creciente de la salud, que se observa en el país en general y en esas provincias en particular (baste mencionar que desde 1995 el gasto consolidado de los municipios en salud -sin incluir la CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)- supera el gasto nacional en salud). La provincia se plegó, con mayor



## CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

o menor entusiasmo, a todas las iniciativas nacionales de salud traducidas con su peculiar estructura sanitaria. Así, diferentes políticas como la regionalización, la atención primaria, la provincialización de los hospitales nacionales, el arancelamiento hospitalario, el hospital de autogestión, la participación en los nuevos programas financiados con créditos internacionales como el PROMIN o el Remediar, hasta un Seguro de Salud se fueron superponiendo como capas geológicas sin un plan director que permita establecer claramente la identidad sanitaria de la provincia, sus estrategias de lucha contra la exclusión, su modelo de desarrollo humano sustentable, sus estrategias de transparencia y democratización imprescindible en un marco en que la representación política es un capital volátil y en la que el propio sector no puede permanecer ajeno ya que es éste uno de los sectores con mayores potencialidades en el campo de la participación social y la descentralización. Por ello y por la organización particular de la Provincia de Santa Fe, el debate sobre el rol de los municipios no puede demorarse por mucho tiempo más, sobre todo considerando que a pesar de todo 16 municipios de la provincia han comenzado a delinear servicios propios y la provincia cuenta hoy con 28 centros de salud municipales además de los 7 hospitales y 47 centros de salud municipales de Rosario. La ciudad de Rosario es un caso muy singular en el sistema de salud de la provincia. Luego del último intento de dismantelar los servicios públicos de salud por parte del entonces Intendente Usandizaga, desde 1990 viene desarrollando una fuerte inversión en salud con 7 Hospitales, 510 camas, 47 centros de salud, 3600 agentes y enormes dificultades por un régimen sanitario y de carrera funcionaria pensado desde la Ciudad de Santa Fe.

### **Consideramos necesario marcar los rasgos generales para el Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe.**

#### **Doctrina o principios rectores:**

- **Derecho a la salud** entendida no sólo como el derecho a un acceso a servicios de calidad adecuada sino también como una equidad en la protección de los principales riesgos de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables y una equidad en la información ciudadana y en la capacidad de tomar decisiones en salud.
- **La concepción integral de la salud**, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, higiene, vivienda, ambiente, trabajo, educación, indumentaria, cultura y participación.
- **Cobertura universal** a los habitantes sin ningún tipo de discriminación



- **La gratuidad de las acciones de salud**, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal;
- Fuerte énfasis en la Promoción de la Salud
- Organizado a partir de y alrededor de un subsector público redefinido a partir de la estrategia de **Atención Primaria de la Salud**.
- **Equidad** en el financiamiento.
- **Regulación** del subsector privado.
- **Mayor involucramiento de los municipios** especialmente en la atención primaria para generar mejores condiciones para la participación social, mecanismos de presupuesto participativo, aportes financieros solidarios mejor articulación entre salud de las personas y ambiente y políticas públicas saludables.

#### **Las bases para un Sistema de Salud:**

El Ministerio de Salud de la Provincia debe equiparse con las herramientas necesarias para:

- Monitorear la equidad global del sistema lo que significa garantizar a todos los habitantes una adecuada protección de los riesgos ambientales y de las condiciones de vida que no pongan en riesgo la salud.
- Articular intersectorialmente con otros Ministerios y Secretarías. En primer lugar con Educación y Promoción Comunitaria y en forma más amplia con Trabajo, Gobierno y Economía

**Financiamiento** La red de servicios públicos de salud se conformará con fondos presupuestarios del Gobierno de Santa Fe y por el ingreso de terceros pagadores garantizándose en todo el territorio la gratuidad en el acceso a los servicios. Transferencias de la Nación Fondos del Tesoro Provincial Donaciones y préstamos internacionales Facturación a Obras Sociales y prepagas por servicios a ciudadanos con cobertura.

**La estrategia de la Atención Primaria de la Salud:** La aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, como mecanismo principal de organización del sistema supone entre otras cosas:

- Organizar los servicios con bases territoriales.
- Construir el servicio a partir de la lógica de los derechos ciudadanos garantizado a todos los habitantes de la provincia.
- Establecer una base ancha de captación que brinde cobertura total a todas aquellas prestaciones efectivas para modificar favorablemente la situación de salud y reducir enfermedades evitables.



- Proteger selectivamente a los grupos sociales en riesgo compensando estos riesgos hasta garantizar igualdad de oportunidades.
- Desarrollar actividades programadas y llevar los servicios de salud allí donde la gente vive, estudia, trabaja, o desarrolla actividades de recreación. (nivel cero).
- > Definir un área programática para cada efector de salud.
- > Establecer una red extensa de servicios de primer nivel de atención que permita que todos los habitantes de la provincia puedan tomar contacto con un servicio de salud primario ( centros de salud) a no más de 60 minutos de su domicilio.
- > Promover el papel del promotor social polivalente. El promotor social polivalente en su labor de visita casa por casa y en su carácter de referente barrial, tendrá un papel fundamental en lo referente a: informar, relevar, cuidar, prevenir, ayudar y apoyar a las familias en el ámbito de la salud, de la alimentación, de la higiene, del ambiente, del tratamiento de efluentes y aguas, de la educación, del trabajo, de la vivienda, de la cultura y la participación. Su base será el Efector o Centro de Atención Primaria barrial, zonal o regional.
- > Garantizar la atención e internación domiciliaria.

### **Regulación del sector privado**

Los servicios privados de toda la provincia, deberán cumplir como requisitos para su funcionamiento además de lo que establece el régimen legal vigente:

- > Garantizar los primeros auxilios a personas sin cobertura que se encuentren en situación de riesgo hasta garantizar que otro servicio se haga cargo.
- > Entrar en la red de emergencias y catástrofes. Señor Presidente, para lograr incluir a los excluidos del modelo económico y social es necesario que ellos tengan acceso a la educación, a la alimentación, al trabajo y a la salud. Por todo lo expuesto es que solicito a mis pares la aprobación de este Proyecto de Ley.

VERÓNICA GUTIERREZ  
Directora Provincial

