



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CÁMARA DE DIPUTADOS
MESA DE MOVIMIENTO
31 JUL 2014
Recibido.....1551.....Hs.
Exp. N°.....29291.....D.B.

PROYECTO DE
LEY
MÉDICOS RURALES

ARTÍCULO 1º: Objeto. La presente tiene como objeto garantizar la cobertura y calidad de la atención médica de la población radicada en zonas rurales y/o inhóspitas; y reconocer la labor de los profesionales que se desempeñan como médicos rurales en las mencionadas zonas.

ARTÍCULO 2º: Definiciones. A los efectos de esta ley se denomina:

- a) **Médico Rural:** profesional médico que desempeña su labor con dedicación full time, en zonas rurales y/o inhóspitas y que ejercen su profesión en relación de dependencia con el Ministerio de Salud;
- b) **Zona Inhóspita:** territorio donde el desarrollo profesional pleno se dificulta por la realidad poblacional, geográfica, económica y social. Debe tenerse en cuenta:
 - la inaccesibilidad geográfica definida como dificultad para acceder a las principales ciudades en distancia o infraestructuras de caminos;
 - el escaso desarrollo económico y de infraestructura de la región;
 - la población que se atiende con condiciones de riesgo sanitario elevado;
- c) **Zona Rural:** lugar con escasa densidad poblacional. Parámetros:
 - zonas cuya densidad poblacional es menor a ciento cincuenta (150) habitantes/km²; y/o,
 - tiempo de traslado a ciudades con más de cincuenta mil (50.000) habitantes superior a una (1) hora.

ARTÍCULO 3º: Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación de la presente es el Ministerio de Salud o el organismo que en el futuro lo reemplace.



ARTÍCULO 4º: Determinación de Zonas. La Autoridad de Aplicación determinará las localidades denominadas zonas inhóspitas y/o rurales.

ARTÍCULO 5º: Ingreso de Profesionales como Médicos Rurales. El ingreso de los profesionales a la categoría de Médico Rural se realizará por concurso de conformidad con lo establecido en la ley N° 9282 de acuerdo a las vacantes y postulantes existentes, cuando sea posible.

Los profesionales que sean titulares por concurso, o aquellos que desempeñen la actividad como médico rural, ambos al momento de la fecha de la vigencia de la presente, serán incorporados inmediatamente a dicha categoría.

ARTÍCULO 6º: Designación Especial de Profesionales. Cuando, por las características poblacionales de dos o más localidades no justifiquen la designación de un profesional por cada una de ellas, en forma permanente; el Poder Ejecutivo podrá designar un único profesional para la atención de las mismas.

ARTÍCULO 7º: Carga Horaria. Los cargos cuentan con una carga horaria de cuarenta y cuatro (44) horas semanales, con y sin dedicación de tiempo completo.

ARTÍCULO 8º: Capacitación. A los fines de la presente, la autoridad de aplicación adoptará las acciones necesarias a fin de capacitar en forma continua a los Médicos Rurales, con el objeto de:

- promover la carrera sanitaria;
- fomentar la radicación de Médicos Rurales;
- mejorar la cobertura y calidad de la asistencia médica centrada en la promoción, protección, y recuperación de la salud de la población de zonas rurales de nuestra Provincia;
- integrar el sistema de salud rural con las grandes ciudades a través de redes de atención por complejidad, garantizando la rotación de los Médicos Rurales hacia los centros de mayor complejidad y de médicos en formación hacia los centros menos complejos



ARTÍCULO 9º: Licencias y Franquicias. El Régimen de licencias y franquicias es el establecido en la normativa vigente. La solicitud de licencia anual ordinaria debe ser solicitada a la Subsecretaria de Salud con sesenta (60) días de antelación, la que debe garantizar la cobertura de los reemplazos en coordinación con la Dirección de Residencias Médicas y la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 10º: Cobertura de Reemplazos. Para la cobertura de los reemplazos de los Médicos Rurales debe atenderse el siguiente orden:

- a) sistema de rotaciones por zona inhóspita de los médicos residentes del último año;
- b) sistema establecido por la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud;
- c) en caso de no contar con profesionales para cubrir los reemplazos y habiendo demostrado efectivamente el cumplimiento de lo establecido en los puntos a) y b), se podrá utilizar, demostrada la necesidad y urgencia, médicos que revistan en la planta permanente del Ministerio de Salud, debiendo exceptuarse en este caso de las disposiciones por incompatibilidad, contenidas en el artículo 15 de la ley N° 9282 (texto modificado por ley N° 9839), salvo el reemplazo para cargos en zonas inhóspitas, en cuyo caso se otorgará licencia sin goce de haberes en su cargo de revista.

La Autoridad de Aplicación debe cubrir todos los reemplazos, cualquiera sea su causal. A tal efecto, debe contar con un registro actualizado de profesionales en condiciones de reemplazo.

ARTÍCULO 11º: Rotaciones. La Autoridad de Aplicación debe garantizar al médico rural la posibilidad de cambio de destino hacia centros de mayor complejidad, el que será optativo del profesional a partir de los diez (10) años de prestación de servicios, bajo esta categoría profesional.



ARTÍCULO 12º: Rotaciones. Médicos Residentes. El Profesional Residente, podrá realizar su actividad sin la supervisión prevista en la ley 9529, art. 2 inc b), en el caso de las situaciones contempladas en el artículo 10, inciso a),

ARTÍCULO 13º: Metas Sanitarias. La Autoridad de Aplicación debe elaborar con indicadores básicos, metas en salud de las zonas rurales y/o inhóspitas, las que deben ser asumidas como un compromiso de cumplimiento del Medico Rural, para la población asistida.

ARTÍCULO 14º: Modificación Ley 9282. Modifícase el Art. 17 punto 4 inciso a), de la Ley 9282, Estatuto y Escalafón de los Profesionales Universitarios de la Sanidad, el que queda redactado de la siguiente forma:

"a) Zonas inhóspitas: Los profesionales radicados en zonas inhóspitas determinadas previamente por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Salud, tendrán una bonificación del 70% del sueldo que perciba el profesional."

ARTÍCULO 15º: Incorporación Ley 6915. Incorpórase al Art. 34 de la ley N° 6915 y sus modificatorias, Régimen de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe, el siguiente inciso:

"inciso h) Los Médicos Rurales".

ARTÍCULO 16º: Modificación Ley 6915. Modifícase el Art. 35 inciso e) de la ley N° 6915 y sus modificatorias, Régimen de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe, el que queda redactado de la siguiente forma:

"e) Cada tres (3) años de servicios, uno (1) más de edad y uno (1) más de servicio, en cuyo caso los aportes personales adicionales serán del cinco por ciento (5%) de todas las remuneraciones, para los incisos d), d') y h) del art. 34".



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

ARTÍCULO 17º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.




FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Oportunamente, en fecha 07/10/10 la Diputada Silvina Frana (MC), con el acompañamiento de otros legisladores, ingresó a esta Cámara el proyecto de ley para la creación del "Sistema Provincial de Médicos Rurales", el cual fue girado a comisiones, encontrándose actualmente en la Comisión de Salud Pública, habiendo perdido Estado Parlamentario.

Lo propio, y en fecha 11/11/10 realizó el Senador Rubén Pirola con la presentación de un proyecto similar, el que fue tratado por esa Cámara, obteniendo media sanción en fecha 30/06/11. Ingresado a esta Cámara de Diputados, también se radicó en la Comisión de Salud Pública, y por el tiempo transcurrido, corrió la misma suerte del proyecto referido precedentemente.

El 07/05/12, con el acompañamiento de la firma de otros Diputados fue presentado nuevamente este Proyecto de Ley, habiendo perdido estado parlamentario por tercera vez.

Por razones de honestidad intelectual y coincidiendo plenamente con los fundamentos que oportunamente se expresaron para impulsar y propiciar la creación del Sistema Provincial de Médicos Rurales, me permito transcribir seguidamente aquel texto:



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

"En el mes de Septiembre de 1978, cuando las autoridades de Salud del Mundo, decidieron plantearse "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000" y propusieron como herramientas las estrategias de A.P.S., muy pocos prestaron debida atención que al no aplicar dichas estrategias no se cumpliría con tan importante objetivo.

Las políticas sanitarias sin planificación ni evaluación adecuada concluyo con soluciones parciales y a corto plazo. El concepto de la regionalización y descentralización; como estrategia fundamental de desarrollo de los servicios de salud, nos lleva a principios de equidad y eficiencia de los mismos. Asimismo se plantea la necesidad de desarrollo intra e intersectorial, con la participación social, la tecnología apropiada y la investigación como armas para lograr este objetivo.

Si hablamos de los Centros de Atención Primaria (Dawson OPS/1964) como puerta de entrada del individuo - la familia y la comunidad en búsqueda de servicios de salud y si el sistema le ofrece una complejidad necesaria para resolver dichos problemas, no solo estaremos ofreciendo un servicio justo, sino también que estaremos ahorrando una importante cantidad de dinero, esfuerzo y recursos. Pero para ello necesitamos que estos Centros de Atención Primaria (CAP.) estén equipados para la promoción, protección, prevención, curación y rehabilitación, manejados por Médicos Generalistas, coordinando con el trabajo en la comunidad de los Agentes Sanitarios (AS.) lo que constituye el primer contacto de la población con los servicios de salud.

En el contexto latinoamericano., Argentina es el 3° país de Latinoamérica en cantidad de médicos: . 1ro. Cuba: 5,91 por mil habitantes

. 2do. Uruguay: 3,65 por mil habitantes

. 3ero. Argentina: 3,01 por mil habitantes

Si comparamos los principales distritos argentinos:

. C. A.B.A. 1 médico cada 113 hab.

. Córdoba 1 médico cada 291 hab.



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

- . Santa Fe 1 médico cada 335 hab.
- . Buenos Aires 1 médico cada 574 hab.

Desde hace mucho tiempo se tiene como parámetro básico de cálculo, uno atribuido a la Organización Panamericana de la Salud, a saber: 10 médicos por cada 10000 habitantes. El que no sólo ha sido observado en su aplicación práctica, sino en su calidad de recomendación internacional.

Actualmente se tiene en cuenta el Informe de la Organización Mundial de Salud del año 2006, llamado Densidad de Recursos Humanos en Salud (Médicos + enfermeras).

La información fidedigna sobre estos datos discriminados por localidad y departamento son muy deficientes. Pese a esto es evidente que existen problemas serios a la hora de conseguir médicos que se quieran instalaren zonas inhóspitas de la Provincia

Pese a que Santa Fe esta bien ubicada en el número de médicos por habitante, tiene la misma problemática sobre la distribución territorial en los centros rurales, sobre todo en aquellos de poco desarrollo agro industrial.

En Julio 2008 en el 11 Encuentro de Observatorios en Recursos Humanos en Salud del Cono Sur, promovido por la OPS y el Ministerio de Salud Argentino se fija como objetivo que la razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos sea de 1 a 1 en todos los países de América y que la brecha en la distribución de personal de salud entre las zonas urbanas y rurales se haya reducido a la mitad para 2015 entre otros propósitos.

Es destacable mencionar en este fundamento párrafos de la resolución 1124/08 del INSSJyP que nos llevaría a entender el amplio concepto que tiene la ruralidad:

"Que a extensión y heterogeneidad de nuestro territorio determina un patrón de desarrollo humano desigual en relación a recursos naturales, producción, capacidad institucional y niveles de bienestar de sus habitantes de cada jurisdicción.



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Que las comunidades rurales son las que presentan los indicadores más bajos de condiciones de vida (índice de Desarrollo Humano Ampliado-IDHA-y Necesidades básicas Insatisfechas- NBI), caracterizándose por una baja densidad demográfica y por estar alejadas de los principales centros urbanos; debiendo superar obstáculos muy significativos para acceder a servicios que en un centro urbano se consideran básicos.

Que la prestación del servicio de salud no es una excepción y allí también los indicadores muestran disparidad entre las poblaciones rurales y urbanas debido a las dificultades en el acceso a la atención.

Que en cuanto a las poblaciones rurales, analizadas desde el médico rural como efector del sistema, éste enfrenta contingencias particulares tales como la gran dispersión geográfica de los pacientes, la escasez de recursos tecnológicos y las propias de la práctica médica en sí.

Que la dispersión también incluye a los profesionales que, sumado a las dificultades de comunicación, complica o prácticamente imposibilita el trabajo en equipo dando como resultado que el trabajo del médico rural se enmarque casi exclusivamente en lo asistencial, con un componente de «cierto aislamiento profesional».

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) considera población rural, a aquellas poblaciones con menos de 2000 habitantes y también a las personas que habitan en campo abierto. Tomando esta definición la Población Rural Argentina actual representaría el 0,7% de la población total del país.

Existen otras definiciones, como por ejemplo la utilizada por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que define a la población rural como aquella que tiene una densidad demográfica inferior a 150 habitantes por Km² de superficie y que habitan a una distancia de las zonas urbanas (más de 100.000 habitantes) superior a una hora de viaje".

El principio de igualdad de los habitantes que residen en Santa Fe debe ser un derecho básico y primordial de los ciudadanos que habitan la Provincia, no puede ser vulnerado y es deber del estado garantizarlo. El derecho a la salud es uno de ellos donde encontramos inequidades y desigualdades, sobre todo en poblaciones rurales con inaccesibilidad geográfica, escaso desarrollo económico, cultural y social.

Jug



Una de las primeras dificultades en el cumplimiento de este derecho es la pobre oferta estatal de salud en poblaciones rurales; siendo la principal problemática la insuficiente radicación de profesionales médicos con inserción y permanencia en poblados pequeños. También lo es, la inclusión del resto del plantel básico en los Centros de Salud, que se verá beneficiado de aprobarse este proyecto porque resultaría más fácil localizar profesionales terciarios, técnicos etc. (enfermeras, choferes, agentes de salud) que deseen radicarse en poblados rurales.

La salud debe ser pensada desde una mirada integral, donde el profesional médico, debe estar formado para afrontar los distintos niveles de complejidad, garantizando una correcta resolución de los problemas, con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia equiparando las oportunidades de los pobladores rurales con los ciudadanos urbanos.

Al elaborar este proyecto se tuvieron en cuenta cuatro pilares fundamentales: capacitación, remuneración, carrera sanitaria y licencia.

Capacitación: Dada la falencia histórica sobre la adecuada formación post-grado de los profesionales que se radican en localidades lejanas, surge la necesidad de organizar un sistema obligatorio tanto para el Estado como para el profesional que garantice la cobertura universal y los contenidos adecuados de la misma.

Remuneración: Siendo un tópico fundamental a la hora de promover un incentivo concreto para la cobertura de los cargos en zonas inhóspitas, pretende a su vez ser una herramienta de justicia para lograr el pleno desarrollo como individuo del profesional y ante la comunidad.

Carrera sanitaria: Aquí se contemplan dos situaciones, en primer término la accesibilidad al sistema a través de concursos regulados por la autoridad de aplicación, y la posibilidad de darle al profesional cambios de destino en forma optativa hacia centros de mayor complejidad.

Licencias: Prevé la cobertura no solamente de las licencias anuales ordinarias sino también para aquellas otras contingencias que puedan ocurrir o incluso cuando el profesional debe realizar la capacitación obligatoria.

Se intenta desde una mirada lógica de gestión central, atender la problemática vinculada al primer nivel de atención en áreas rurales, que presenta tópicos



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

específicos y como tal, debe ser atendida y tratada.

Considerando necesaria una normativa que regule la actividad de los médicos rurales en forma mas justa y adecuada -porque es evidente que ha sido deficiente el abordaje a tan importante temática, como es garantizar el derecho a la salud de nuestra Provincia, sobre todo en regiones desfavorables -, solicitamos a nuestros pares el acompañamiento del presente proyecto. "

Considero redundante agregar otros fundamentos, por lo que y atento a todo lo expuesto, solicito a mis pares me acompañen en el tratamiento y sanción del presente proyecto.-


LARRO


ALEJANDRA del H. OBEID
Diputada Provincial
Bloque Santa Fe en Movimiento - P.J.


LARAYA


Dra. NEBERHARD
Diputada Provincial
UNIDAD JUSTICIALISTA


Dra. NEBERHARD
Diputada Provincial
UNIDAD JUSTICIALISTA