CÁMARA DE DIPUTADOS
MESA DE ENTRADAS
06 DIC 2017
Recibido 16⁰⁰
Expte. Nº 33969

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO 1. OBJETO, ALCANCES Y PRINCIPIOS

ARTÍCULO 1- Objeto. La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la salud integral, la gratuidad y la universalidad mediante la regulación y el ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fines.

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 - Lo dispuesto por la presente ley rige en el territorio de la Provincia de Santa Fe y alcanza a todas las mujeres y varones sin excepción, sean residentes o no residentes de la Provincia de Santa Fe.

ARTÍCULO 3- Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, higiene, vivienda, ambiente, trabajo, educación, indumentaria,

cultura y participación.

b. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
c. La cobertura universal de la población sin ningún tipo de discriminación.
d. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones.
e. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
f. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y por niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
g. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
h. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
i. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria.
j. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
k. La descentralización en la gestión estatal de salud, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.
m. La organización y coordinación de los servicios públicos de modo de evitar la duplicación de medios para fines idénticos.

CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.

ARTÍCULO 4 - Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

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. Adoptar las medidas necesarias para eliminar la 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. En relación con el embarazo y puerperio se deben asegurar servicios apropiados a tales fines.
d. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad.
e. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.
f. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba.
g. A la libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad.
h. A que un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud.
i. 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 docente o de investigación
j. A la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
k. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento.
l. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores.
m. Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso gratuito a la información, educación, métodos anticonceptivos y prestaciones que los garanticen.
n. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

ARTÍCULO 5 - Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y audita, controla y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

ARTÍCULO 6 - Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. Ser cuidadosas 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.
c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

ARTÍCULO 7 - Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

TITULO II. SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CAPITULO ÚNICO

ARTÍCULO 8 - El Sistema Integral y Participativo de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Provincia de Santa Fe.

ARTÍCULO 9 - Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Provincia de Santa Fe.

ARTÍCULO 10 - Consejo Provincial de Salud. El Consejo Provincial de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para la Provincia de Santa Fe. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria. El Consejo Provincial de Salud estará integrado por el Ministerio de Salud de la Provincia, los Colegios de Profesionales del ámbito de la salud, autoridades de la Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Litoral a través de los decanos de las Facultades que imparten carreras relacionadas con la salud y los presidentes de las Comisiones

de Salud de las Cámaras de Diputados y Senadores.

ARTÍCULO 11 - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley es el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

ARTÍCULO 12 - Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Provincia de Santa fe.

b. La jerarquización de las acciones de promoción y prevención en los tres subsectores.

c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención y emergencias.

d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios.

e. La promoción de la capacitación permanente del equipo de salud de los tres subsectores.

f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del equipo de salud de los tres subsectores.

g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica, sanitaria, toxicológica y farmacológica y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles y en todo el sistema.

h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social.

i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.

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

k. La regulación y control de la tecnología sanitaria para la totalidad del sistema.

l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos.

m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud.

n. La producción pública de medicamentos, sueros y vacunas.

o. El control del valor nutricional de los alimentos, bebidas y aguas para consumo humano.

p. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente.

q. La prevención y control de las zoonosis.

r. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos.

s. La protección de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales.

t. El control de la fluoración de las aguas en el ámbito de toda la Provincia.

u. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población.

v. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales.

w. 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.

x. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única.

y. La promoción e impulso de la participación efectiva de la comunidad.

z. La garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, incluyendo: la atención y protección del embarazo; la atención adecuada del parto concordando con el concepto de maternidades seguras que cuenten con las condiciones neonatales y obstétricas demandadas por los consensos internacionales; complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante; acceso a los métodos anticonceptivos y control de cumplimiento del 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 la Nación en el año 2012.

aa. La prohibición del destino de recursos públicos para auxiliar o subvencionar instituciones privadas con fines de lucro.

bb. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Provincia de Santa Fe.

cc. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

TITULO III. SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD

CAPITULO 1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

ARTÍCULO 13 - Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Provincia de Santa Fe está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Provincia de Santa Fe y de sus Municipios por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

ARTÍCULO 14 - Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector

estatal de salud:

a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles.

b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición

c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria.

d. Establecer la total gratuidad del acceso al sistema público de Salud prohibiendo el cobro de aranceles, bonos contribución, como así también aportes en dinero o materiales por parte de quienes accedan a los servicios de salud cualquiera fuera su condición.

e. Asegurar la exhibición en los centros públicos de salud (centros, salas, oficinas de admisión, consultorios externos y servicios varios) de afiches que especifiquen con claridad el derecho de acceso a la salud en forma gratuita, como así también la denuncia a todo intento de cobro.

f. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores.

g. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud.

h. Estimular, facilitar y jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones.

i. Asegurar la calidad de la atención en los servicios.

j. Organizar los servicios por redes de atención y niveles de complejidad creciente, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel.

k. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas asistenciales así como de las actividades de promoción y protección de la salud y el desarrollo de la organización por

cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención.

l. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios.

m. Establecer la creación de comités de ética en los efectores.

n. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento.

o. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus efectores.

p. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población.

q. Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura.

r. Implementar un Programa Provincial de Producción Pública de Medicamentos, ampliar la actual producción y crear canales de intercambio de lo producido con otras provincias y la Nación en cooperación con Universidades, Conicet y otros entes de docencia e investigación; realizar convenios de vinculación entre universidad, empresa privada y estado en apoyo de este programa.

s. Instituir la historia clínica única para todos los efectores.

t. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación.

u. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social.

v. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente.

w. Formar promotores sociales polivalentes, en las áreas de salud locales.

x. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que

afectan a la salud.

y. Garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos anticonceptivos y prestaciones gratuitas.

z. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud.

aa. Garantizar el acceso a maternidades seguras y al parto respetado que cumplan con condiciones neonatales y obstétricas demandadas por los consensos internacionales.

bb. Garantizar a la mujer embarazada como mínimo 5 controles durante la gestación.

cc. Garantizar el seguimiento psicológico y de salud sexual reproductiva de las mujeres que llegan a los efectores de salud con abortos incompletos o secuelas de los mismos.

dd. Garantizar la inmediata atención a las mujeres que deban realizarse un aborto no punible según lo definido en el Código Penal de la Nación y su interpretación en el Fallo "F.A.L. s/Medida Autosatisfactiva" de la Corte Suprema de la Nación, en el año 2012.

ee. 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.

CAPITULO 2. ORGANIZACIÓN

ARTÍCULO 15 - Subsector Estatal. Organización General. El subsector estatal provincial de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes de atención y niveles de complejidad creciente, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 16 - Organización Territorial. La autoridad de aplicación como nivel jerárquico superior de la provincia en materia de salud tiene a su cargo la

organización provincial general del subsector estatal en articulación con el Consejo Provincial de Salud, las Regiones Sanitarias, los Consejos Regionales, las Áreas de Salud Locales y los Consejos de Salud Locales.

ARTÍCULO 17 - Subsector estatal. Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

ARTÍCULO 18 - Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

ARTÍCULO 19 - Primer nivel. Definición. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

ARTÍCULO 20 - Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:

a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención.

b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector.

e. Promover la participación comunitaria.

f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con

los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.

g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.

h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 21 - El rol 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.

ARTÍCULO 22 - Se establecerán la **atención e internación domiciliaria**. En esta modalidad de asistencia de atención e internación domiciliaria se incluyen, particularmente, los procedimientos médicos, de enfermería, fisioterapéuticos, psicológicos y de asistencia social, entre otros necesarios para el cuidado integral de los pacientes en su domicilio. La atención y la internación domiciliaria será realizada por equipos interdisciplinarios que actuarán en los niveles de medicina preventiva, terapéutica y de rehabilitación. La atención y la internación domiciliaria sólo podrán ser realizadas por indicación del equipo de salud, con expresa autorización del paciente y de su familia.

ARTÍCULO 23 - Segundo nivel. Definición. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

ARTÍCULO 24 - Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención.

b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios.

c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquéllas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector.

e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria, el consultorio de atención inmediata y el hospital de día.

f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.

g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.

h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 25 - Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

ARTÍCULO 26 - Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados.

b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales nacionales del propio nivel o

superior, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención.

d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.

e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 27 - Efectores. Definición. Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

ARTÍCULO 28 - Efectores. Organización general. Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

ARTÍCULO 29 - Efectores. Descentralización. La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

ARTÍCULO 30 - Subsector estatal. Organización territorial. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

ARTÍCULO 31 - Regiones sanitarias. Número y delimitación. La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de nueve (9), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en

factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

ARTÍCULO 32 - Nodos de salud. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

ARTÍCULO 33 - Nodos de salud. Conducción y Consejos regionales. Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

ARTÍCULO 34 – Sub- nodos o Áreas de Salud Locales. Lineamientos. Las áreas de salud locales se desarrollan en base a los siguientes lineamientos:

a. responden a una delimitación geográfico-poblacional.

b. son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud.

c. son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera.

d. constituyen un Consejo Local de Salud, integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área.

e. analizan las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

f. planifican, organizan, controlan y evalúan las acciones y los servicios de los efectores del sistema de salud local y gestionan y ejecutan los servicios del subsector estatal.

g. participan de la planificación, programación y organización de la red

regional y provincial.

h. participan de la ejecución, control y evaluación de las acciones referentes a las condiciones y a los ambientes de trabajo.

i. ejecutan servicios:

    1. de vigilancia epidemiológica;
    2. de vigilancia sanitaria;
    3. de alimentación y nutrición;
    4. de saneamiento básico;
    5. de salud del trabajador;

j. ejecutan en el ámbito municipal la política de insumos y equipamiento para la salud
k. colaboran en la fiscalización de las agresiones al medio ambiente que tengan consecuencias sobre la salud humana y actúan, junto a los órganos municipales, regionales, provinciales y nacionales competentes para controlarlos.
l. crean y administran laboratorios de producción municipal de medicamentos, vacunas, sueros y otros.
m. colaboran con la nación, la provincia y las regiones sanitarias en la ejecución de la vigilancia sanitaria de puertos, aeropuertos y fronteras;
n. celebran contratos y convenios con entidades prestadoras de servicios privados de salud y controlan y evalúan su ejecución;
o. controlan y fiscalizan los procedimientos de los servicios privados de salud
p. normatizan complementariamente las acciones y servicios públicos de salud en su ámbito de actuación.

CAPITULO 3. FINANCIACIÓN

ARTÍCULO 35 - Presupuesto de Salud. El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud provincial.

ARTÍCULO 36 - Recursos. Los recursos del presupuesto de salud son:

a. Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio, que deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas.

b. Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción.

c. Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación.

d. Los aportes provenientes del Gobierno Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud.

e. Los préstamos o aportes nacionales e internacionales sin condicionalidad de las políticas subnacionales.

f. Los provenientes de disposiciones testamentarias y donaciones.

ARTÍCULO 37 - Fondo de redistribución. Los ingresos señalados en los incisos b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones de desigualdad de las diferentes áreas y regiones.

ARTÍCULO 38 - Presupuesto. Lineamientos. La autoridad de aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución.

b. La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad.

c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario.

d. La descentralización de la ejecución presupuestaria.

e. La definición de políticas de incorporación tecnológica.

f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones.

g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

CAPITULO 4. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL

ARTÍCULO 39 - Estatuto Sanitario. El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de la estabilidad y demás principios establecidos por el Art. 14, 20 y 21 de la Constitución Provincial.

ARTÍCULO 40 - Estatuto Sanitario. Lineamientos. El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:

a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento.

b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad de permanencia por concurso e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado.

c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso.

d. Establece la periodicidad de los cargos de conducción.

e. Contempla la necesidad de implementar de manera gradual la dedicación a tiempo completo de profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos y otros según lo requiera el efector.

f. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente.

g. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos.

h. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral.

i. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

j. Artículo transitorio: Pase a planta permanente, por única vez, de los integrantes del Plantel Profesional Interino de los Efectores Públicos, que tuvieren por lo menos 2 años de antigüedad a diciembre de 2004.

CAPITULO 5. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

ARTÍCULO 41 - Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará los mecanismos necesarias 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.
h. Promover la formación en salud pública, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias

ARTÍCULO 42 - 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 43 - 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, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 36. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar 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.

j. Promover la creación y coordinación de comités de investigación en los efectores.

TITULO IV. REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

CAPITULO ÚNICO

ARTÍCULO 44 - 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 45 - Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son 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 46 - 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 47 - Participación del capital extranjero. Queda prohibida la participación directa o indirecta de capitales extranjeros.

ARTÍCULO 48 - Seguridad social. Fiscalización. Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son 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 49 - 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 50 - 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.

ARTÍCULO 51 - Padrones de beneficiarios. La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

ARTÍCULO 52 - Legislación específica. La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:

a. Salud mental.

b. 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.

c. Producción estatal de medicamentos y vacunas

d. Trasplante de órganos y donación de sangre.

e. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional.

f. Régimen regulatorio integral de alimentos y calidad en su relación con la salud.

g. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos.

h. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales.

i. Salud reproductiva y procreación responsable.

j. Salud escolar.

k. Salud laboral.

l. Identificación del recién nacido.

ARTÍCULO 53 - Este proyecto de ley deroga la Ley Nº 6.312 del año 1967 de Servicio para la Atención Médica de la Comunidad (Ley Samco) y la ley la Ley Nº 10.608 del año 1991 de Descentralización Administrativa y Hospitalaria y sus respectivos decretos reglamentarios.

ARTÍCULO 54 – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dra. ALICIA V. GUTIERREZ
Diputada Provincial
BLOQUE SI

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Este proyecto ha sido presentado en dos oportunidades anteriores , obteniendo dictamen de la Comisión de Salúd 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 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. Garraham.
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 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 desmantelar 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:

Rol rector del Ministerio 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.

Dra. ALICIA V. GUTIERREZ
Diputada Provincial
BLOQUE SI