

**La Legislatura de la Provincia de Santa Fe Sanciona con Fuerza de
LEY:
LEY DE SALUD PÚBLICA**

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Capítulo 1

Objeto, principios, características

ARTICULO 1º: **Objeto.** La presente ley tiene por objeto establecer un régimen uniforme para la organización y financiamiento de la atención integral e integrada de la salud en el territorio de la Provincia de Santa Fe, a través de la creación de la Red Pública Provincial de Servicios de Salud.

ARTICULO 2º: **Definición.** Se entiende por Red Pública de Servicios de Salud al conjunto de recursos, servicios y acciones del Estado Provincial conducentes a garantizar el derecho a la salud de todos los sus habitantes.

ARTICULO 3º: **Principios.** La Red Pública de Servicios de Salud tiene como fundamentos políticos los siguientes principios:

- a) la salud es un derecho humano y por lo tanto es responsabilidad indelegable del Estado asegurar a la ciudadanía su ejercicio;
- b) el gasto público en salud es una inversión social prioritaria;
- c) un sistema de salud humanizado, solidario, eficiente, efectivo y eficaz con base en la gratuidad, equidad y trato igualitario;
- d) la construcción consensuada de un sistema de salud que compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio en el acceso, cobertura y calidad del sistema, sobre una concepción de salud integral vinculada con la satisfacción de necesidades;
- e) la participación de la población y de los trabajadores 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;
- f) la regionalización, entendida como práctica de la gestión pública que permite un abordaje racional y estratégico de las intervenciones estatales en un territorio determinado, en cercanía con la población involucrada;
- g) la descentralización, entendida como una estrategia de gestión de los recursos de un territorio determinado mediante la atribución de competencias y capacidad de gestión a los actores regionales y locales;
- h) la complementación y concertación de las políticas de salud con las órbitas municipales y nacionales;
- i) el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y, a cada persona, la correspondiente a su salud individual; y,
- j) la fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

ARTICULO 4º: **Características.** La Red Pública de Servicios de Salud tiene las siguientes características:

- a) universalidad en el acceso a los bienes y servicios de salud;
- b) integralidad, a los efectos de garantizar la promoción; prevención, curación y rehabilitación de la salud resolviendo cada caso en el nivel de complejidad adecuado;
- c) gratuidad, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; y,
- d) oportunidad y continuidad de la atención.

Capítulo 2

Derechos y obligaciones

ARTICULO 5º: **Derechos.** 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 persona, su 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 intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
- d) el acceso a su historia clínica;
- e) recibir información completa, precisa y comprensible sobre su estado de salud, sobre las estrategias terapéuticas disponibles a efectos de la toma de decisiones y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
- f) a la 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 solicitud de su consentimiento informado por parte de los profesionales actuantes:
 - sobre los beneficios, riesgos, consecuencias del acto o la práctica a realizar luego de recibir la información y previo a la concreción de la misma;
 - en el caso de participar en actividades de investigación y docencia luego de recibir información sobre las misma;
- h) a la atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento, en el caso de enfermedades terminales;
- i) el acceso a dispositivos alternativos de internación cuando la complejidad del caso para su tratamiento así lo permita; y, que faciliten el contacto con los familiares en el caso de los niños; alojamiento conjunto con la madre o quien la reemplace en la función de cuidado;
- j) al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos anticonceptivos y prestaciones que los garanticen; aun cuando el personal del efector sea en su totalidad objetor de conciencia; y,

- k) el acceso a la sala de parto de la persona elegida por la mujer que va a parir, cuando la infraestructura edilicia así lo permita

ARTICULO 6º: **Obligaciones.** Son obligaciones de las personas 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) brindar información veraz sobre sus datos personales; y,
- c) firmar la historia clínica, el alta voluntaria u otra documentación que corresponda, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas.

Capítulo 3

Estrategia de Atención Primaria de la Salud

ARTICULO 7º: **Estrategia APS.** La estrategia a utilizar debe ser la de Atención Primaria de la Salud (APS), que involucra a todo el sistema, independientemente del grado de complejidad de los efectores.

ARTICULO 8º: **Equipos profesionales de referencia.** A los efectos de desarrollar la estrategia de APS se deben conformar en todo el territorio provincial equipos de referencia, los que situados en el primer nivel de atención de la Red Pública Provincial de Servicios de Salud, deben:

- a) garantizar la asistencia integral (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) de las personas y su grupo familiar;
- b) gestionar la continuidad de su atención en toda la red de servicios mediante el seguimiento del paciente derivado; y,
- c) supervisar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que se presten en otros niveles de la misma.

ARTICULO 9º: **Equipos profesionales de referencia. Constitución Mínima.** La constitución mínima de los equipos de profesionales de referencia incluye un médico, un enfermero y un agente polivalente.

ARTICULO 10: **Equipos profesionales de referencia. Conformación.** Un servicio de salud de primer nivel de atención debe contar con:

- a) uno o más equipos básicos según la cantidad de población a la que se dirija su respuesta;
- b) otras disciplinas profesionales, personal administrativo y de servicios generales.

ARTICULO 11: **Equipos profesionales de referencia. Funciones.** Un servicio de salud de primer nivel tendrá las siguientes funciones:

- a) tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias, según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio;
- b) debe ocuparse de determinar la referencia de pacientes a otros niveles de complejidad requerida y realizar el respectivo seguimiento; y,
- c) el personal que constituya estos equipos, dependerá de la coordinación regional en salud.

ARTICULO 12: **Equipos profesionales multidisciplinarios.** La Autoridad Regional decidirá la integración de:

- a) equipos multidisciplinarios;
- b) equipos especializados;
- c) dispositivos de apoyo para condiciones particulares;
- d) personal de logística; y,
- e) la tecnología diagnóstica necesaria conforme las condiciones de la población en los territorios bajo su jurisdicción para dar soporte a todos los equipos de referencia que se desempeñan en la misma.

ARTICULO 13: **Historias clínicas.** Los equipos de referencia del primer nivel de atención deben iniciar y proseguir una historia clínica familiar e individual para los pacientes bajo su cuidado. La información que debe contener la historia clínica familiar será establecida por acuerdo entre las autoridades del nivel central y de cada una de las Regiones de Salud.

Capítulo 4

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 14: **Autoridad de Aplicación.** La Autoridad de Aplicación de la presente es el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

ARTICULO 15: **Funciones.** La Autoridad de Aplicación conduce, controla y regula la Red Pública de Servicios de Salud. Son sus funciones:

- a) el cumplimiento de los principios y objetivos establecidos en la presente ley;
- b) la descentralización de los servicios estatales de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias regionales o nodales y locales, y de la capacidad de gestión de los servicios;
- c) la promoción de la capacitación permanente de todo el personal de la salud;
- d) la implementación de una instancia de información estadística, epidemiológica y socio demográfica, para la planificación y gestión de políticas sanitarias en todos los niveles;
- e) la articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social, incluyendo los mecanismos de recupero de costos asumidos por la red pública;
- f) 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;
- g) la promoción e impulso de la participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud en todos los espacios de gestión;
- h) la concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional y con los demás estados subnacionales con contenido e incidencia social;
- i) eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud;
- j) la regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evacuación de la calidad de atención de todos los subsectores;
- k) 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 zooterapicos, productos de higiene y cosméticos;

- l) la regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
- m) el control del valor nutricional de los alimentos, bebidas y aguas para consumo humano;
- n) la prevención y control de la zoonosis;
- o) la prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
- p) la protección de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales;
- q) el control de la fluoración de las aguas en el ámbito de toda la provincia;
- r) 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;
- s) el control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales; y,
- t) 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.

ARTICULO 16: Regionalización Sanitaria. Organización. La Autoridad de Aplicación debe organizar territorialmente su accionar en "Regiones de Salud", las cuales tendrán límites flexibles en función del reconocimiento de la realidad específica de cada una. Éstas deben diseñarse articulando criterios epidemiológicos, sociales y culturales, que permitan un abordaje integral de la diversidad de problemáticas a atender y vinculado con las demás políticas estatales, y con el plan estratégico de la Provincia de Santa Fe.

ARTICULO 17: Autoridad Regional de Aplicación. Cada una de las regiones debe estar a cargo de una Autoridad Regional de Aplicación, de carácter colegiado, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, conformada por los Coordinadores Regionales designados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 18: Autoridad Regional de Aplicación. Atribuciones. La Autoridad Regional de Aplicación posee las siguientes atribuciones:

- a) conducir, controlar y regular la Red Pública de Servicios de Salud en el territorio involucrado, de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y los lineamientos fijados por la Autoridad de Aplicación;
- b) definir, si lo considera necesario y sobre la base de los mismos criterios del artículo 16, subregiones al interior del espacio territorial determinado; y,
- c) delegar competencias y atribuciones en Coordinadores Territoriales, quienes se integrarán al Cuerpo Colegiado de gestión local.

TÍTULO II FORMAS DE PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN

Capítulo 1

Consejos de Salud

ARTICULO 19: **Consejos de Salud.** Creación. Créase el Consejo de Salud como organismo que garantiza el debate de las políticas de salud con la ciudadanía, la interacción de los subsectores que integran el sistema de salud y la articulación con otros sectores del Estado.

ARTICULO 20: **Constitución.** Los Consejos de Salud se constituyen con referencia a un determinado territorio provincial, regional o local y, desde la perspectiva de red; tendrán incumbencia en todos los servicios que se ofrezcan en el mismo, con el fin de garantizar un orden orgánico y territorial.

ARTICULO 21: **Participación ciudadana.** La autoridad de aplicación de cada nivel de competencia debe promover la participación ciudadana, de los trabajadores de la salud; e integrar a funcionarios para la conformación de Consejos de Salud como instrumentos deliberativos permanentes combinando mecanismos de participación directa y representativa con paridad en la representación de las partes. La definición de necesidades a satisfacer y el control de la operatoria de las redes se realizará a través de reuniones periódicas, como un mecanismo sistemático de participación directa.

ARTICULO 22: **Funciones.** Cada Consejo de Salud establecerá por reglamentación:

- a) la cantidad de miembros que los compongan;
- b) sus normas de funcionamiento; y,
- c) la periodicidad de las sesiones.

ARTICULO 23: **Defensor de la salud del ciudadano.** En los efectores de alta complejidad, la autoridad de aplicación deberá promover y garantizar la elección de un representante de la comunidad, que se denominará defensor de la salud del ciudadano. El mismo, integrará el Consejo de Salud regional correspondiente y su misión será la de velar por el reconocimiento y el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía.

ARTICULO 24: **Funciones específicas.** La autoridad de aplicación, establecerá vía reglamentación los derechos, deberes, sistema de articulación y vinculación con la ciudadanía, con las autoridades hospitalarias y regionales y con los centros de salud vinculantes del defensor de la salud de ciudadano.

ARTICULO 25: **Forma de elección.** El defensor de la salud del ciudadano será promovido por entidades intermedias vecinales o asociaciones vinculadas con asiento en las zonas o territorios de influencia de cada uno de los efectores de alta complejidad, confeccionándose para ello un Registro de Organizaciones de la Comunidad. El sistema de elección, el plazo del mandato y la remuneración será la que establezca la reglamentación de la presente ley. Su actividad será auditada por las Organizaciones de la Comunidad registradas y por el Ministerio de salud.

ARTICULO 26: **Decisiones.** Las decisiones de los Consejos de Salud deben ser de referencia y homologadas por el/los responsable/s del órgano de ejecución en el nivel de competencia,

provincial, regional o local comprometiéndolos a la rendición de cuentas por lo actuado en consecuencia.

Capítulo 2

Congreso Provincial de Salud Pública y Colectivo Regional de Gestión Sanitaria

ARTICULO 27: **Creación.** Créase el Congreso Provincial de Salud Pública y el Colectivo Regional de Gestión Sanitaria.

ARTICULO 28: **Congreso Provincial de Salud Pública.** El Congreso Provincial de Salud Pública debe ser convocado por el Poder Ejecutivo con una periodicidad no menor a dos años con representación de funcionarios del mismo, trabajadores del sector, entidades académicas, organizaciones profesionales, entidades gremiales del sector salud, organizaciones sociales y los Consejos de Salud de todos los niveles.

ARTICULO 29: **Congreso Provincial de Salud Pública. Funciones.** El Congreso Provincial de Salud Pública, de carácter no vinculante, debe discutir la situación provincial de salud, identificar necesidades, socializar conocimiento y experiencias innovadoras; y; proponer las directrices para la formulación de los planes estratégicos de salud provincial.

ARTÍCULO 30: **Colectivo Provincial de Gestión Sanitaria.** El Colectivo Provincial de Gestión Sanitaria debe ser convocado por el Poder Ejecutivo con una periodicidad no menor a un año y conformado por los responsables políticos de la conducción regional, subregional y municipal en salud pública.

ARTICULO 31: **Colectivo Provincial de Gestión Sanitaria. Funciones.** El Colectivo Provincial de Gestión Sanitaria debe evaluar la situación de salud, formular prioridades para el desarrollo de la Red Pública; establecer los acuerdos ínter jurisdiccionales necesarios para garantizar a los ciudadanos el ejercicio del derecho; y, publicar un informe anual de gestión.

TÍTULO III

DISPOSICIONES ESPECIALES

Capítulo 1

Organización

ARTICULO 32: **Presupuesto en Salud.** El funcionamiento y desarrollo de la Red Pública de Servicios de Salud 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.

ARTICULO 33: **Recursos.** Los recursos del presupuesto en salud estarán conformados con:

- a) los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio, que deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas;
- b) los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;:
- c) los fondos extraordinarios para inversión en salud aprobados por la legislatura;
- d) los fondos del Tesoro Provincial, y aportes del Estado Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud;

- e) los aportes convenidos con municipios y comunas en la esfera regional o subregional;
- f) las donaciones de particulares o de la sociedad civil.;
- g) los fondos que procedan de la facturación regional o subregional a obras sociales, seguros o programas nacionales y servicios prepagos por prestaciones brindadas a ciudadanos con cobertura, sin perjuicio de los demás recursos que la reglamentación enumere; y,
- h) los préstamos internacionales.

ARTICULO 34: **Subsector Privado. Entes financiadores.** Los entes privados de financiación 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; por los mecanismos y en plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

ARTICULO 35: **Efectores.** Los efectores son todas las sedes estatales en las que se prestan servicios públicos de salud, dependen de la autoridad regional o central según su nivel de complejidad y están conducidos por profesionales de la salud.

ARTICULO 36: **Identificación de Efectores y Distribución de Tareas.** La Autoridad de Aplicación junto con las Autoridades de Salud de cada Región, debe organizar los efectores disponibles en cada una de las regiones teniendo en cuenta la distancia entre ellos, la distribución de la población, los medios de comunicación existentes y la complejidad de los mismos. En cada una de las regiones se debe definir una Red de Servicios de Salud, organizada atendiendo a la identificación realizada y la población a cargo en el territorio determinado.

ARTICULO 37: **Categorización.** El Ministerio de Salud debe elaborar una nueva categorización de los efectores según perfiles prestacionales y nivel de complejidad, que incluya en la red servicios alternativos a la internación para todos los problemas de salud.

ARTICULO 38: **Elaboración de Índices. Objetivos.** El Ministerio de Salud debe utilizar la información disponible sobre la base poblacional, el perfil socio demográfico, epidemiológico de las personas que no revistan como beneficiarias de obras sociales, mutualidades o prepagos, como indicadores de necesidades de la población a cargo, para calcular la transferencia de recursos a cada una de las regiones.

ARTICULO 39: Programación y Control. Las autoridades máximas de cada uno de los efectores deben:

- a) programar con periodicidad anual las prácticas a realizar en cada establecimiento; y los recursos técnicos, materiales y financieros necesarios; y,
- b) elevar esa información a las autoridades regionales, quienes son responsables de supervisar su adecuación con el marco reglamentario existente, relativo a la utilización del presupuesto provincial, y de monitorear el respectivo desempeño.

ARTICULO 40: **Relevamiento y Coordinación.** La Autoridad de Aplicación y las Autoridades Locales de Aplicación deben:

- b) relevar los recursos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento disponibles;
- c) coordinar su utilización en el interior de las respectivas redes ;

- d) autorizar la incorporación de nueva tecnología; y,
- e) otorgar especial importancia a las relaciones entre efectores de diferente nivel de complejidad que aseguren un adecuado flujo de pacientes entre ellos.

ARTICULO 41: **Áreas Especiales.** En el caso de áreas con insuficiencia de determinadas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, la Autoridad de Aplicación debe evaluar:

- a) la conveniencia de instalarlas o, en su defecto, utilizar la capacidad disponible en instituciones de servicios de salud del sector privado; y,
- b) la factibilidad de poner en marcha un sistema de contratos que regule la mecánica de tales referencias observando siempre las normativas vigentes para la derivación al subsector privado.

Capítulo 2

Sistema de Información Único

ARTICULO 42: **Respaldo.** Las decisiones de las autoridades de gestión de la Red Pública deben estar respaldadas por un sistema de información único. La carga de los datos respectivos es responsabilidad de los diferentes espacios donde se genere interacción entre personal de salud y usuarios y donde se produzcan acciones de soporte para ellas. La delimitación de la información destinada a monitorear el desempeño de los distintos efectores de la Red Pública estará a cargo de un área especializada dependiente del Ministerio de Salud.

ARTICULO 43: **Control.** El control del funcionamiento del sistema y el cumplimiento de las responsabilidades de carga de cada nivel está en manos de organismos específicos a nivel de unidades territoriales y central. 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 3

Cogestión

ARTICULO 44: **Convenios.** La Autoridad de Aplicación así como la autoridad regional de Aplicación pueden acordar con los municipios y/o comunas la cogestión de los servicios existentes en su jurisdicción. Cada convenio de cogestión debe establecer la conformación de un equipo de gestión local, y podrá contemplar su financiamiento con recursos provenientes del estado provincial o de los municipios o comunas. El respectivo organismo municipal y/o comunal deberá tener como mínimo una jerarquía de Subsecretaría o Dirección (responsable local de salud) y estar dotado de personal suficiente para el cumplimiento de las tareas a su cargo.

Capítulo 4

Producción Pública de Medicamentos

ARTICULO 45: **Promoción.** La Provincia de Santa Fe debe estimular la producción pública de medicamentos y otros insumos de salud, priorizando los de alto consumo y elevado costo. A tal fin debe fortalecer los laboratorios estatales ya existentes.

ARTICULO 46: **Compras.** Las compras deben realizarse en base al formulario terapéutico provincial, y estarán centralizadas en el Ministerio de Salud. Cada autoridad en su nivel de actuación es responsable de garantizar la distribución oportuna en cantidad y calidad, el acceso gratuito y la continuidad de los tratamientos.

Capítulo 5

Personal

ARTICULO 47: **Política de Personal.** La Autoridad de Aplicación debe organizar instancias de participación y consulta a los fines de proponer proyectos normativos que regulen la relación de empleo público de los trabajadores de la salud a través de sus representaciones gremiales en el marco de las negociaciones paritarias de la ley 9282, o por sí mismo, o a través de los Colegios Profesionales respectivos.

La autoridad de Aplicación debe tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) que comprenda a la totalidad del personal del subsector estatal de salud y contemple las cuestiones específicas de cada agrupamiento;
- b) que garantice igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconociendo la antigüedad de permanencia por concurso, idoneidad y revalida del cargo cada cinco (5) años (Directores de Hospitales); asegurando el trabajo decente;
- c) que los ingresos y ascensos sean exclusivamente por concurso;
- d) que contemple la necesidad de implementar de manera gradual la dedicación de tiempo completo de una parte de los profesionales, médicos, odontólogos, bioquímicos y otros según lo requiera el efector;
- e) que contemple prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral; y,
- f) que establezca la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

ARTICULO 48: **Educación continua y Formación Permanente.** La capacitación se regirá por 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) jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado;
- f) articulación de convenios con los entes formadores;
- g) otorgamiento de becas de capacitación y perfeccionamiento; y,
- h) promoción de la formación en salud pública, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias.

TÍTULO IV

DISPOSICIONES ORGÁNICAS

ARTICULO 49: **Estructura Orgánica.** La reglamentación establecerá la estructura orgánica de los hospitales de la provincia así como de los demás efectores de salud de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 1, Título II, de la presente Ley.

Esta nueva estructura orgánica debe disponerse teniendo en cuenta el régimen de descentralización territorial instituido por la presente, para lo cual se deberán asignar competencias a los organismos dependientes de los organismos dependientes de la Autoridad de Aplicación: autoridades regionales y de los efectores de salud, en función de su asiento territorial.

ARTICULO 50: **Disolución.** A partir de la nueva reglamentación para efectores públicos se disolverán los entes creados por la Ley N° 6.312, así como los consejos de administración y consejos asesores creados en el marco del régimen de descentralización establecido por la Ley N° 10.608, siendo responsables hasta su disolución, de sus actos jurídicos conforme mandato oportunamente otorgado.

ARTICULO 51: **Reforma Integral.** La Autoridad de Aplicación debe:

- a) realizar una reforma integral de su estructura orgánico-funcional y de las reglamentaciones internas, en concordancia con los alcances de esta Ley; y,
- b) promover la revisión de las demás leyes que regulan prestaciones de salud o reconocen especiales derechos o protecciones, y de todas las leyes relativas a la salud pública, a los efectos de optimizar el funcionamiento de la Red Pública de Servicios de Salud.

ARTICULO 52: **Relaciones Contractuales.** Las modificaciones en la organización de los efectores dispuestas por la presente se llevarán a cabo sin que ello vaya en desmedro de los puestos de trabajo, en cualquiera de sus modalidades existentes.

ARTICULO 53: **Conflictos Normativos.** En caso de duda, las normas y principios de la presente Ley tendrán preponderancia respecto de toda norma que se le oponga y serán resueltas por la Autoridad de Aplicación.

TÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 54: **Derogaciones.** Deróganse las Leyes Números 6.312 y 10.608 y sus respectivas modificatorias. Dichas derogaciones se harán efectivas sólo en la medida que el Poder Ejecutivo, a través de la Autoridad de Aplicación, implemente las reglamentaciones previstas en la presente.

ARTICULO 55: **Facultades.** Facúltase en forma expresa al Poder Ejecutivo para disponer con la urgencia que el caso requiera, las modificaciones presupuestarias que fueran necesarias, a fin de posibilitar y agilizar la puesta en marcha del régimen que la presente Ley establece.

ARTICULO 56: **Medidas transitorias.** Provisoriamente y hasta tanto entre en vigencia la reglamentación, los entes creados por la Ley N° 6312 así como los hospitales sometidos al régimen de la Ley N° 10.608, continuarán funcionando con la misma organización, funciones y responsabilidades según lo establecido por dichas normas. Durante este período Los consejos de

administración y los consejos asesores de los hospitales descentralizados no podrán tomar ninguna decisión sin el expreso consentimiento del Director Médico.

ARTICULO 57: **Reglamentación.** La presente se reglamentará en un plazo no mayor de un año a partir de su promulgación.

ARTICULO 58: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DICTAMEN DE MINORÍA

DIPUTADAS Y DIPUTADOS DE SANTA FE:

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social ha considerado el Expediente N° 23358 Mensaje 3697 PE Poder Ejecutivo, por el cual se crea la Red Pública de Servicios de Salud; y, teniendo en cuenta los ítems que a continuación desarrollaré, entiendo que el texto propuesto no implica en si mismo un avance sobre el sistema actual, por el contrario genera un esquema de “centralización”, tanto normativa como de decisión que fue superado ampliamente en nuestra provincia por un sistema de participación ciudadana absolutamente perfectible, cuyas deficiencias de ninguna manera deben ser el argumento que provoque un retroceso en las políticas públicas de Salud:

- a) que la salud es un derecho inherente al ser humano desde su concepción y un bien social que se construye solidaria y colectivamente,
- b) que en todas las culturas es considerada como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como desde la sociedad misma;
- c) que no es un concepto unívoco, sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico y sin lugar a dudas es un excelente camino para disminuir las desigualdades y el más potente instrumento para el crecimiento económico y la integración social; y,
- d) que el Estado tiene la responsabilidad ineludible de establecer políticas que trasciendan a las personas y las gestiones para garantizar los logros en salud;
- e) Creo que el proyecto presentado por el Poder Ejecutivo, tal como está planteado, no ofrece garantías adicionales para la protección de la salud de los ciudadanos en su sentido más amplio, por lo tanto creo que es un proyecto reduccionista.
- f) Se detalla a continuación el análisis realizado sobre el Mensaje remitido por el Poder Ejecutivo:

En lo atinente a los fundamentos:

- a) la ley 6312 es absolutamente perfectible, pero no por sus defectos se debe derogar, y menos sin conocer cuál es el texto legal por el que se reemplaza. Además es una ley que garantiza que todas las decisiones sean tomadas con la participación de varios sectores de la comunidad, siendo los integrantes de los Consejos de Administración elegidos por sus propios representados por voto directo en asambleas participativas, en un claro ejemplo de participación activa de la comunidad.

Los valores que la salud representa en la sociedad deben tenerse en cuenta al formular la reforma de la ley, para ello es imprescindible la participación activa, la intervención directa de cada uno de los actores sociales para llegar a un consenso que permita reflejar verdaderamente los objetivos planteados pero sobre todo para garantizar que el acceso al

mejor nivel de salud y calidad de vida son imposibles sin la intervención de cada uno de ellos.

- b) se infiere, también de los fundamentos, que se apuesta a una municipalización de los servicios de salud, y se toma el ejemplo, entre otros, el de la Provincia de Córdoba. Esta visión nunca puede ponerse en el centro de la discusión si previamente no se analizan los esquemas de financiamiento, que en este caso irían de la mano de una modificación del Régimen de Coparticipación y en el caso de esa provincia es mucho mayor el porcentaje de recursos que se coparticipa a Municipios y Comunas.

Se cita también a la ciudad de Rosario como “un caso muy singular en el sistema de salud de la Provincia”, demostrando un esquema de inequidad en el acceso a la salud, recurrir a la atención en los hospitales municipales de esa ciudad implica pagar; el servicio se factura al SAMCo, al Centro de Salud que lo derivó o al Municipio o Comuna de origen.

- c) En los fundamentos, se exponen un conjunto de decisiones que se tomaron a lo largo del tiempo, mostrando como carentes de estrategia, sin especificar los momentos económicos de cada una, como si las crisis no hubieran existido y esto no hubiera tenido un impacto negativo en ese momento histórico.

Doctrina o principios rectores:

Estoy de acuerdo con la doctrina o principios rectores ya que son principios constitucionales perfectamente garantizados con la Legislación vigente. Con excepción de la contradicción que genera el párrafo donde se establece “gratuidad en las acciones de salud”, pero por otro lado se contempla el cobro a Obras Sociales y ciudadanos con cobertura. La gran discusión que se debe dar en este aspecto es establecer si los efectores públicos deben atender o no a quienes tienen obra social, o cómo priorizar a quienes no tienen cobertura, si el resultado de esa discusión es solo atender a quienes no tienen cobertura, entonces se debe definir cuál es la fuente de financiamiento que reemplaza al ingreso de las obras sociales. Temática que no es planteada en el proyecto.

Rol rector del Ministerio de Salud:

Si bien el proyecto menciona que el Ministerio de Salud debe monitorear la equidad global del sistema, lo cual comparto, no es necesario derogar las leyes 6312 y 10608 para ello, ya que en ambas se establece el rol rector del Ministerio, así lo establece el articulado de las mismas.

Financiamiento:

Los ítems mencionados son los que actualmente se utilizan para financiar el sistema de salud.

El gran interrogatorio es por qué no se mencionan los fondos municipales y si no existen, por qué se van a reemplazar. Esquema de financiación del sistema propuesto, toda vez que al derogarse la Ley 6312 queda sin efecto el aporte de Recursos que hacen las Municipalidades y los privados. A su vez, al derogarse la Ley 10608, los hospitales pierden la posibilidad de cobrar a las obras sociales, dejando sin efecto una importante fuente de financiación. Se pretende crear un sistema único de facturación, argumentando que son más eficientes que los administrados por los mismos consejos. Esto no puede afirmarse en forma categórica, ya que se pierde la posibilidad de un

mejor control que se genera al involucrar a varios sectores interesados como son los Consejos de Administración, y puede suceder en cambio que las irregularidades pasen más desapercibidas por la comunidad si no forman parte de los Consejos de Administración.

A su vez se evidencia una voluntad de centralizar el manejo de la totalidad de los recursos, tanto al centralizar la facturación como al centralizar las compras, lo que implica un manejo financiero a alta escala, que no necesariamente asegura un mayor control, y más transparencia.

La estrategia de la Atención Primaria de la salud:

Estoy de acuerdo con la estrategia de APS planteada en el proyecto, sin desconocer que es la estrategia que rige el sistema de salud provincial desde hace muchos años.

Regulación del Sector Privado:

Figura en forma general en la argumentación pero no aparece explicitado en el articulado de la ley.

Articulado:

Si bien estoy de acuerdo en numerosos artículos donde coincido al tratarse de cuestiones fundamentales y generales ya garantizadas en la Constitución Nacional y en la Constitución Provincial y muchos de ellos encuadrados en la normativa vigente, observo los siguientes artículos:

Art. 3, inc. e y g: Participación de la población y los trabajadores en los niveles de decisión, acción y control; y descentralización. Es contradictorio ya que al derogarse las leyes 6312 y 10608 y no establecer un esquema que lo sustituye se termina con la participación de estos sectores.

Art. 15 inc. b y g: aquí plantea la descentralización de los servicios estatales de salud y la participación e impulso de la comunidad, siendo que al derogar las leyes vigentes produciría el efecto contrario.

Art. 16, 17 y 18: Se crean las "Regiones de Salud", "las cuales tendrán límites flexibles en función del reconocimiento de la realidad específica de cada una." Puedo señalar que actualmente esto no responde a la realidad; el "nodo Rafaela" cuya cobertura alcanza hasta el Departamento 9 de Julio, no es un claro ejemplo del "reconocimiento de la realidad específica de cada Región", las realidades de cada uno de estos departamentos no coinciden en ningún aspecto, por ello debería explicitarse cómo se articulan los criterios epidemiológicos, sociales y culturales en este caso.

Vuelve a contraponerse con la descentralización y participación comunitaria al incorporar la figura del coordinador regional dependiente del Ministerio de Salud. Advirtiendo aquí, además, el riesgo que se correría con esta figura ya que podría transformarse en un emisario político del gobierno de turno, siendo que la salud es transversal a cualquier ideología política y además sus funciones estarían cumplimentadas con quienes hoy son Representantes del Estado en los Consejos de Administración.

Art. 19, 20 y 21: Se desdibuja el sistema de participación comunitaria ya que los "Consejos de salud" que se crean carecen de función ejecutiva al no expresar claramente el texto de la ley cuál es el alcance de sus decisiones. Así, los Consejos se convertirían en una "reunión de profesionales" en la que se debaten ideas, sin incidencia directa en el sistema, solo cuando lo

acuerda el Poder Ejecutivo. El Sistema actual, que bien puede revisarse, asegura no solo un esquema de participación, sino también lo que en Administración se denomina un esquema de "Control por oposición de intereses", que constituyen mecanismos de control plurales frente a la centralización pretendida.

Art. 22: No asigna funciones al "Consejo de salud". Deja librada a la reglamentación del Poder Ejecutivo otro aspecto importante de las políticas de salud pública.

Art. 23 24 y 25: Si bien se acuerda con la creación de la figura de "defensor del ciudadano", deja librada a la reglamentación del Poder Ejecutivo la asignación de funciones del "defensor de la salud del ciudadano". con lo cual sigue en poder del ejecutivo la decisión de la participación ciudadana

Art. 26: Deja libradas las decisiones de los "Consejos de salud" a ser "homologadas" por el "órgano de ejecución en el nivel de competencia provincial, regional o local" dejando de lado la participación comunitaria nuevamente. Con lo cual la centralización se profundiza aún más ya que no tienen carácter vinculante

Art. 27, 28, 29,30 y 31: "Congreso Provincial de Salud Pública y Colectivo Regional de Gestión Sanitaria". Se continúa con la creación de estructuras de carácter no vinculante y no se especifica la real función de estos organismos que quedan librados a la reglamentación.

Art. 32 y 33: No menciona cuál es el porcentaje del presupuesto anual provincial que se pretende asignar al funcionamiento de la salud pública ni cual será la fuente de financiamiento que sustituya el aporte que los Municipios y Comunas realizan a los SAMCos

Art. 34 y 35: Se demuestra claramente que se piensa en descentralizar cambiando solamente la figura política, pero las decisiones y su ejecución se presentan bajo un esquema absolutamente centralizado

Art. 38: Si bien la filosofía de la forma de calcular los recursos de transferencia es aceptable, al dejar muchos puntos librados a la reglamentación, se corre el riesgo de generar artificios para la derivación de fondos a determinados lugares. Se omiten indicadores de salud y metas a alcanzar para definir el impacto que se tiene con el gasto de los recursos.

Art. 39 y 40: Se vuelve a centralizar en el Coordinador Regional del Ministerio de Salud la decisión de repartir recursos.

Art. 41: Se debería explicitar la preferencia del sector público sobre el privado para cubrir todas las prestaciones independientemente de su complejidad. Es riesgoso dejar en manos de la Autoridad de salud la decisión de derivar prestaciones al sector privado ya que puede dar lugar a negociaciones no deseadas, un esquema descentralizado asegura mayores controles. Este es otro claro ejemplo de la necesidad que el consejo de Salud tenga carácter vinculante en sus decisiones en el marco de un esquema de control por oposición de intereses, tal como ya se expresó.

Art. 44: Señala que el Ministerio "puede" acordar con los Municipios o Comunas, para lo cual, éstos deberán conformar un equipo de gestión local con rango de Subsecretaría o Dirección, con personal "suficiente" y que podrá financiarse con fondos provinciales, municipales o comunales.

Son demasiados supuestos para algo que debería tener una explicación clara y taxativa, considerando que se trata de creación de cargos y su financiamiento, y básicamente en la forma de involucrarse de los gobiernos locales en las políticas de salud, que tal como está planteado tendrán mas incidencia los de mayor poder económico.

Art. 46: Se fija un Sistema de Compras Centralizadas, que si bien es un mecanismo de eficiencia de gestión administrativa, el mismo se puede adoptar sin necesidad de preverlo en una Ley, hay sobrados ejemplos de compras centralizas que hizo y sigue haciendo el ministerio, y con ello de ninguna manera se puede limitar la posibilidad de compra de los efectores que muchas veces deben atender urgencias, o adquirir insumos propios de su especialidad.

A tal efecto, se puede citar la respuesta al pedido de informe Expediente. N° 00101-0200-561-0 realizado sobre provisión de medicamentos a la Provincia tanto por el Laboratorio de Industria Farmacéutica como por otros mecanismos en el que claramente se especifica que la compra de alrededor del 70% de medicamentos que se consumen en nuestra Provincia se realiza desde el Ministerio de Salud. En consecuencia, entendemos que no es necesaria esta limitación a la capacidad de compra de los efectores, que, analizado desde un punto de vista económico perjudicaría a los laboratorios locales que trabajan a menor escala de producción.

Art. 49; 50 y 56: Posición absolutamente contraria a estos artículos conforme a lo ya explicitado Se derogan las leyes indicadas, y se establece un esquema de transición en el que se sostiene que continúa el sistema actual. Esto es una falacia jurídica, toda vez que el esquema actual prevé un conjunto de responsabilidades en cabeza de integrantes de los Consejos de Administración de Hospitales y SAMCos que estarían en una zona gris. En tal sentido, el Dr. Olinto Rodríguez Kess, ex funcionario del Ministerio de Salud provincial en distintos estamentos y en distintas épocas, luego de analizar el proyecto expresa: "... Evidentemente, aunque se cumpla mejor con la ley, hay numerosas cosas que corregir pero es de esperar que el foco de los cambios no sea simplemente reemplazar el accionar comunitario por funcionarios de gobierno, desaprovechando una franca disposición a involucrarse en los temas de salud de muchos pueblos, algunos, verdaderos ejemplos de comunidades saludables".

Art. 49,50 y 51: En virtud de lo expresado en todas las consideraciones anteriores, estos artículos se contraponen a este dictamen.

Art. 54: Lo más trascendente es la creación de la Red Pública Provincial de Servicios de Salud a través de la derogación lisa y llana de las leyes N° 6312 y N° 10608 sin explicitar concretamente el reemplazo de las mismas, sólo lo deja sujeto a la reglamentación del Poder Ejecutivo. No debe perderse de vista que la salud es una construcción colectiva y solidaria, y el Estado debe favorecer dicha iniciativa a través de la descentralización, es decir, actuando como promotor y no delegando su rol de rector. Dichas leyes son las que rigen la organización del sistema actual de salud, y entiendo que no constituyen en sí mismas un impedimento para realizar las acciones que se proponen en los objetivos del texto en análisis.

Art. 57: No se puede dejar librada la reglamentación de la ley, de aprobarse este proyecto, al Poder Ejecutivo ya que son numerosos los aspectos trascendentes que quedan sujetos a la misma dejando de lado los principios republicanos de la división de funciones.

Las leyes vigentes de ninguna manera limitan la participación del Ministerio de Salud, toda vez que se prevé claramente que es la Autoridad de Aplicación, y además se contemplan mecanismos de control que aseguran esta figura indelegable, seguramente habría que revisar cuales fueron los controles del Ministerio de Salud a la fecha.

Si bien desde el Poder Ejecutivo se hace referencia en numerosas oportunidades que los SAMCos incumplen constantemente con sus obligaciones, es absurdo tenerlo como uno de los fundamentos para derogar la Ley que los crea, ya que, como digo en el punto anterior, no está limitada la participación del Ministerio de Salud ante supuestas irregularidades sino que tiene la obligación de hacer cumplir las normas y ejercer el poder de contralor, e incluso intervenirlos.

Proponiendo como alternativa de solución viable y superadora deben tenerse en cuenta puntos fundamentales, a saber:

- a) Profundizar la descentralización- como decía Ramón Carrillo: Centralización Normativa y Descentralización Operativa- de los efectores públicos de salud.
- b) Mejorar con esta medida el control y auditoría de los mismos, por ejemplo, modificar la Administración, incorporando en los efectores una figura equivalente a la Dirección de Administración de los organismos del Poder Ejecutivo con personal idóneo para tal función.
- c) Definir claramente la estructura de planteles básicos, de todos los estamentos de los hospitales, profesionales médicos, enfermeros, administrativos, de maestranza la que debería ser presentada al Poder Legislativo para ser promulgada por Ley.
- d) "Sistema Integral e Integrado de Salud": Modificando el sistema de gasto y financiamiento asegurando gratuidad, cobertura universal, equidad y solidaridad para que todas las personas tengan derecho a una prestación integral de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la ley con sus pilares basados en el Cuidado Progresivo de la Persona y cuya prioridad sean los más desprotegidos. Asignando mayor presupuesto al sistema de salud.
- e) Considerar un sistema de médicos full time, según lo establece la ley 9282 de los Profesionales de la salud, separando lo público de lo privado, y generando de esta forma cuadros especializados en los efectores públicos.

Reconocer los médicos rurales, y personal en general de zonas rurales, definiendo claramente la estructura de los planteles básicos y determinando de manera concreta los lugares considerados como zona inhóspita.

Jerarquizar los Programas Provinciales según Planificación Estratégica Situacional como herramienta del sistema de salud, no como fin en si mismo, de acuerdo a la magnitud y vulnerabilidad de los problemas surgidos en la Provincia y en consonancia con Programas

Nacionales. Recordar la erradicación del Paludismo con Carrillo, el primer país en el mundo que lo logró.

Finalmente, evitar que se dejen libradas a la reglamentación por el Poder Ejecutivo cuestiones trascendentes sin ningún tipo de garantías hacia qué resolución final se va a adoptar.

Una ley como la referida, no debería de ninguna manera, dejar de consensuar con todos los partícipes e involucrados en esta área.

Los valores que la salud representa en la sociedad deben tenerse en cuenta al formular la reforma de la ley, para ello es imprescindible la participación activa, la intervención directa de cada uno de los actores sociales para llegar a un consenso que permita reflejar verdaderamente los objetivos planteados pero sobre todo para garantizar que el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida son imposibles sin la intervención de cada uno de ellos. En consecuencia en vistas de la imposibilidad para rediscutir el texto propuesto por el Poder Ejecutivo, en el entendimiento que las leyes 10608 y 6312 no deben derogarse sino modificarse; que cualquier modificación tal como se expresó debería ser resultado de un profundo consenso que a la fecha no se concretó y que actualmente no hay espíritu de discusión y debate desde los impulsores del proyecto analizado; y, conforme a las razones expuestas y las que podrá dar el miembro informante, se aconseja el rechazo del mismo.

SALA DE LA COMISIÓN, 13 de octubre de 2010