



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Sede Regional Rosario

**MARCO LEGAL Y ENFOQUE SANTAFESINO DE LA ATENCION
PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

2007

Tutor: Benito Santiago Aphalo

Alumno: José Luis Giacometti

Tema: Reforma Constitucional de la Provincia de Santa Fe en el Area de Salud.

Fecha de presentación:

Este trabajo final, ha sido aprobado por el docente, Dr. Benito Santiago Aphalo, de la Universidad Abierta Interamericana, en la Facultad de Ciencias Jurídicas, de la Carrera de Abogacía, en su carácter de tutor.

MARCO LEGAL Y ENFOQUE SANTAFESINO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SUMARIO: 1. Tema. 2. Problema. 3. Hipótesis. 4. Puntos provisorios que se demostrarán y defenderán. 5. Objetivos: Generales y específicos. 6. Resumen

1. Tema:

Normativa de la atención primaria de salud

2. Problema:

¿Con qué elementos legales puede garantizarse una mayor eficacia y equidad de la atención primaria de salud en la provincia de Santa Fe?

3. Hipótesis:

A la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Santa Fe se la debe transformar jurídica y financieramente, a través de la Reforma de la Constitución Provincial, con el fin de lograr una mayor equidad de las prestaciones.

Municipalizar la atención primaria de salud de la Provincia de Santa Fe contribuiría a lograr un sistema más equitativo.

4. Puntos provisorios de tesis que se demostrarán y defenderán

- 1) Necesidad de reforma legal para la atención primaria de la salud.

- 2) Necesidad de reforma legal y constitucional de la atención primaria de la salud.

5. Objetivos:

5.1. Objetivos Generales:

- 1) Identificar los puntos más importantes que debería incluir una norma jurídica que regule la Atención Primaria de la Salud en la provincia de Santa Fe, propiciando la Reforma Constitucional pertinente.
- 2) Describir las fortalezas y debilidades de la normativa vigente acerca del tema en la provincia de Santa Fe.

5.2. Objetivos específicos:

- 1) Diseñar una solución legal para el sistema de A.P.S.
- 2) Fundamentar la propuesta de modificación legal para A.P.S.

6. Resumen:

La Atención Primaria de la Salud, constituye el núcleo del Sistema Nacional y Provincial de Salud, y forma parte del desarrollo de la comunidad, ya que fundamentalmente consiste en la atención sanitaria al alcance de todos. A través de una investigación de tipo exploratorio, se analiza la normativa legal vigente en el País, compuesta por Constitución Nacional, Constituciones Provinciales y Leyes; antecedentes específicos en la Provincia de Santa Fe (Ley N° 6312-S.A.M.C.O.) y el Municipio de Rosario ; el Derecho Internacional junto a los informes y propuestas de la Organización Mundial de la Salud. De esta manera se fundamenta la necesidad de reformar la Constitución de la Provincia de Santa Fe en el Área de Salud, proponiendo detalladamente dicha reforma, acompañándola de una Ley de Salud Provincial que la regule, reformas a la Ley S.A.M.C.O. y otras sugerencias.

Capítulo I

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

SUMARIO: 1. Atención Primaria de la Salud (APS). 2. Constitución Nacional. 3. Constitución de la Provincia de Santa Fe. 4. Reforma Constitucional.

1. Atención primaria de la salud

Según los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de salud (**A.P.S.**)(1) es fundamentalmente, asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos de la sociedad, por los medios que sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La **atención primaria de salud** constituye el núcleo del sistema nacional de salud y forma parte del conjunto del desarrollo económico social de la comunidad.

Fortalecidas las comunidades con recursos, las mismas estarán en mejor situación para aceptar mayores responsabilidades en cuanto a su propia salud y a ejercerlas mediante la atención primaria de salud.

La **A.P.S.** puede ser abordada por lo menos desde tres paradigmas diferentes:

- a. como eslabón inicial de una cadena donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica;

- b. como una medicina económica para los sectores más empobrecidos;
- a. como el lugar en el que deben concentrarse los mayores esfuerzos técnicos y recursos para lograr eficacia en la resolución de problemas sociales.

Este último criterio es avalado por quienes creen que este tipo de atención es un intento por resolver técnicamente un problema que sólo puede encontrar respuestas de tipo político, por lo que el modelo de A.P.S se presenta solamente como relevante en la reorganización sanitaria correspondiente al sector público.

Desde el año 1967 y a partir del Decreto N° 04321/67 y su Ley 6.312 (S.A.M.Co.) del 2 Mayo de 1967 en la provincia de Santa Fe, se han ido desarrollando distintas políticas de Salud, decreto en el que se crean “ los entes denominados Servicios para la Atención Medica de la Comunidad, cuya finalidades la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos cuya prestacion realiza en la actualidad directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica”... (2)

Actualmente el programa provincial de A.P.S. se aplica con distintas modalidades, adaptándose a cada zona en forma particular, en dispensarios, centros de salud, centros comunitarios, centros asistenciales, los cuales desarrollan un rol protagónico en lo que a A.P.S. se refiere.

Los Centros Provinciales de Salud han acompañado los cambios que se dieron en el rumbo de la A.P.S. Dichos cambios fueron y son determinados por variables socio económicas, sanitarias y políticas constitutivas del propio sistema.

En la actualidad, los Centros provinciales dependen orgánica, administrativa y funcionalmente de un hospital base, junto con el cual constituyen un Área Programática de conducción de dicha área, regida aun por la vieja Ley 6.312/67(3)

El funcionamiento de los hospitales, como cualquier otra institución con activa función social, es atravesado por diversas variables internas y externas, que lo determinan, siendo tres las de mayor impacto, a saber:

1. Incremento en la cantidad de demanda de atención siendo cada vez mayor.
la cantidad de habitantes que carecen de cobertura médica privada de salud.
2. Aumento del desarrollo de distintas especialidades y del diagnóstico y tratamiento de enfermedades en el 2º nivel de atención. Esta situación ha determinado para un Hospital de mediana – alta complejidad, verse obligado a correr tras el cambio para contar con los últimos beneficios de la tecnología, si desea prestar un servicio de calidad.
3. Austeridad presupuestaria: en correlato con la crisis anunciada en el punto 1º, los recursos con que cuentan los hospitales son exigüos, lo que determina la necesidad de fijar prioridades. Esto hace que se observe que existe en línea general y aún en las conducciones hospitalarias- una franca tendencia a invertir en lo que se denomina “políticas intramurales”; esto es dentro del propio hospital, en detrimento de los extramurales vale decir de los Centros de Salud, que de él dependen.

“En Argentina, si bien la mortalidad general descendió de 8,2/1000 en el periodo 1986-1988 a 7,8 en 1995, las causas principales no se distribuyeron homogéneamente. Así en las regiones del norte, con poblaciones de menores ingresos, las enfermedades infecciosas fueron las de mayor proporción mientras que en las regiones centro y sur las muertes por cáncer tienen el mayor peso proporcional. La mortalidad infantil cayó de 26,9 a 22,2/1000, siendo la caída menor en el norte. La mortalidad materna mostró inquietudes similares “(4).

”El Ministerio de salud de Colombia y el Ministerio de sanidad y Asistencia Social de Venezuela han planteado la estrategia de Municipio Saludable por la Paz y de Municipio, para la salud respectivamente en los que la participación y empoderamiento de los grupos más vulnerables de la población se fortalecen, se privilegia la promoción prioritariamente con enfoque de oportunidad de vida tendiente a la búsqueda de la justicia Social, ya que la salud depende de otros

actores que no tienen que ver con sólo el asistencial médico y estos tienen una prioridad menor, por su capacidad resolutiva”(5)

La necesidad de elaborar una propuesta acerca de los conceptos que deberían ser incorporados en la Constitución Provincial de Santa Fe sobre Salud, ha llevado a realizar un breve análisis al respecto, basado en la nueva Carta Magna Nacional y de la Constitución provincial vigente.

2. Constitución Nacional

El texto reformado en el año 1994 carece de principios rectores taxativos sobre la salud. El tema se encuentra reglado en el capítulo referido a Nuevos Derechos y Garantías.

El Art. 41 expresa “el derecho a un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano” (6) . El ser humano es un componente del medio ambiente y es determinante de la Salud de la población en general.

En el Art. 42, “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derechos, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad....” (7), está presente el tema de la Salud.

Contenidos en las atribuciones del Congreso, Capítulo IV, Art. 75, en los cuales se reconocen tratados y concordatos, con jerarquía superior a las leyes, tales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, entre otros. En ellos están explícitamente consagrados los derechos a la Salud y al Bienestar. El Inc. 23 del mismo articulado, debe ser interpretado como un compromiso con la salud (8).

Actualmente, la Constitución Nacional no es el único pacto que regula las relaciones políticas, económicas y sociales, ya que hay otros y variados pactos mediante los cuales se estructura la sociedad democrática, y el nuevo pacto es el respeto de los derechos humanos por medio de tratados internacionales

2.1. Principios fundamentales

1. Principio protector: del cual derivan regla de la condición más beneficiosa
2. Principio de la irrenunciabilidad de los derechos
3. Principio de la primacía de la realidad
4. Principio de la razonabilidad
5. De trato igual (no discriminación) y de integración o actuación colectiva

2.2. El Programa social constitucional

Se propone: “...afianzar la justicia...y promover el bienestar general...” (preámbulo), para ello “ todos los habitantes de la Nación gozan del derecho...a trabajar” (art. 14), “el trabajo en sus diversas formas gozara de la protección de las leyes...” (art. 14 bis)(9) y “el gobierno federal está obligado a afianzar sus relaciones con las potencias extranjeras por medio de tratados...” (art. 27) (10). De éstos: los que versan sobre derechos humanos y se hallan enunciados en el art. 75 inc. 22, poseen jerarquía constitucional, y los simples tratados y concordatos tiene jerarquía superior a las leyes.

A su vez, corresponde al Congreso de la Nación “proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social, ... la generación de empleo, a la formación profesional de los trabajadores...” (art. 75 inc. 19), así como “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos...” (art. 75, inc. 23).(11)

El principio protectorio: El principio protectorio ha sido reforzado por las Declaraciones, Convenciones y Tratados sobre Derechos Humanos, lo que reafirma -desde el plano constitucional- la preocupación por el legislador constituyente de lograr la paz social en base al reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de la persona humana.

Así, los pueblos de las Naciones Unidas se declaran resueltos a promover el progreso social y elevar el nivel de vida de los individuos, por lo que los gobernantes deben esforzarse con medidas progresivas al reconocimiento y aplicación universales del respeto a estos derechos y libertades.

Esta apretada síntesis, no lleva a concluir en sentido que el principio protectorio que tiene vigencia normativa en el art. 14 bis, se halla reforzado y complementado con los instrumentos internacionales que conforman el bloque de constitucionalidad. “(3^a Párrafo CN) El Estado otorgará los beneficios de la Seguridad Social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable .En especial, la protección integral de la familia y su defensa ; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna”.(12) . Como observamos es una de las formas de elevar la calidad de vida del ciudadano, lo que implica prevención en la salud pública general.

Principio de razonabilidad (Art. 28 C.N.) “Deben abstenerse de adoptar políticas y medidas que empeoren la situación de los derechos económicos sociales y culturales vigentes al momento de adoptar el tratado internacional” (13)

Principio de progresividad también ha sido fortalecido y ampliado por las normas contenidas en los instrumentos citados. La importancia de esto, reside en el hecho de que las obligaciones concretas asumidas por nuestro Estado resultan exigibles judicialmente. Nacen así, obligaciones positivas que en la mayoría de los casos deben solventarse con recursos del erario público por lo que la violación a las disposiciones internacionales puede emanar de una omisión por parte de los poderes públicos.

“Es tarea de magistrados y auxiliares de la justicia, poner lo mejor de sí para el logro de un orden democrático y social más justo, situando a la persona humana como centro del sistema, con tutela y promoción de los más débiles; y en el ámbito laboral con protección al trabajo -y al trabajador- eliminando cualquier forma de discriminación -entre las más odiosas se encuentran las que tienen como origen la pobreza y el analfabetismo”. “La protección establecida por las normas de fondo, se extienden a las cuestiones procesales, dado que hay un refuerzo de las garantías directamente operativas”. (14)

Se puntualiza discretamente algunas cuestiones, tales como, derechos humanos y sociales, deberes, municipios, etc. En cuanto a los sociales, si bien todos los puntos se vinculan con la salud, algunos se relacionan directamente con otras áreas como Promoción Comunitaria y Acción Social. Los derechos del niño que fueron incorporados en el 94 a la Constitución Nacional , como así reglamentada en la provincia la Ley de procreación.

El Art 123 , donde se expresa: ”Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a los dispuesto, por el Art. 5, asegurando, la autonomía Municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero” (15) asegura la autonomía municipal y por lo tanto su administración económico financiera, con la cual se posibilita destinar recursos para la A.P.S. y la educación primaria.

3. Constitución de la Provincia de Santa Fe.

En su última reforma desarrolla en 3 artículos su compromiso con la salud, ambos contenidos en el Capítulo correspondiente a “Principios, derechos, garantías y deberes“. El Art. 19 dispone: ”La provincia tutela la Salud como derecho fundamental del individuo e interés de la comunidad. Con tal...”(16). El Art. 21, por su parte, establece que “El Estado crea las condiciones necesarias para procurar a sus habitantes un nivel de vida que asegure su bienestar y el de sus familias, especialmente....” En ese caso tiene derechos a la readaptación o rehabilitación profesional. El estado instituye....”(17).

Art. 23^a “La Provincia contribuye a la formación y defensa integral de la familia y al cumplimiento de las funciones que le son propias con....”(18). Por tanto, la propuesta a analizar en una reforma constitucional de la Provincia de Santa Fe sería, entre otras, una Sección de los Derechos Humanos, desde la concepción del ser hasta su pleno desarrollo, considerando dentro de esta propuesta a la Salud y a la integridad psicofísica; una Sección de derechos Sociales y la Autonomía Municipal. Para el caso en que la Constitución Provincial, en concordancia a lo establecido por el Art. 123 de la C.N. (19), contemple la Autonomía municipal, institución política – administrativa – territorial que sobre una base de capacidad económica, para satisfacer a los fines de un gobierno propio se organiza independientemente dentro del Estado para el ejercicio de sus funciones, se deberá establecer cuál es el papel de dichas organizaciones en el sistema de salud.

La Provincia delega a las Comunas y municipios de su territorio, atribuciones para garantizar y desarrollar un sistema de salud conforme a estrategias de Atención Primaria, en coordinación con los lineamientos establecidos por la autoridad sanitaria provincial.

4. Reforma constitucional

Hemos analizado en el punto 3.2. los ítems a tener en cuenta para una reforma constitucional en la Provincia de Santa Fe. Es necesario aclarar, entonces, el concepto de reforma constitucional.

La reforma constitucional se enmarca dentro de un proceso de transformación, que implica reconocer a la comunidad como sujeto protagónico y exige de los gobernantes, la aceptación de que los factores de cambios no estén reservados, al poder formal del Estado. Supone la introyección de valores políticos, considerados esenciales para el gobierno, cuya realización la misma comunidad santafesina reclama como impostergable en este momento histórico.

Así entendida la reforma se proyecta más allá de los aspectos institucionales y referidos a las cuestiones orgánicas y sus relaciones, para constituir un diseño político y una formulación de cursos de acción... ”En consecuencia, esos valores señalan el camino de la reforma que entendemos debe ser solo parcial, porque la Constitución Provincial de 1962 mantiene hoy la validez de principios

fundamentales que siguen criterios aptos para el logro de los fines de la comunidad santafesina. En la inteligencia, la agenda temática de la reforma debería comprender los siguientes ítems:”.....entre otros...” La institucionalización de nuevos canales de participación comunitaria en la gestión de gobierno:”... ”El reconocimiento de la Región como nivel intermedio de decisión ” ... ”La flexibilización Jurídica del régimen Municipal y comunal, a efectos de profundizar las autonomías relativas locales y revalorizar la inserción protagónica de los entes territoriales en el ámbito provincial.”(20)

Con todo lo expuesto ya pensado y estructurado en el año 1989, en las mentes de nuestros dirigentes políticos de la época no escapaba la necesidad de realizar una reforma en la Constitución Provincial, vista ya la necesidad, de producir real participación en las decisiones de los todos los sectores de la Sociedad, para lograr esa participación que hace a individualizar el problema en la Comuna, Municipio, o Región y volcarse a la solución del mismo en forma inmediata, lográndose así una mejor calidad d Vida para la población en general, y siendo observado y controlado desde lo administrativo y de niveles superiores por la Provincia y /o la Nación según corresponda.

4.1. Salud- Diagnóstico

“Las acciones tendientes a conservar y mejorar las condiciones de salud de la población se efectúa a través de tres subsectores: Obras sociales, privado y estatal. Es el Estado el responsable de asegurar la ejecución y el control de dichas acciones “(21).

Hay un sin números de causas distintas que ocasionan la muerte , en distintos, porcentajes de la población en general, entre ellas podríamos mencionar con distintos índices: la mortalidad infantil, las patologías cardiocerebrovasculares y tumorales, las muertes ocasionadas por accidentes de vehículos motor, como así, las defunciones maternales se originan en toxemias del embarazo, las defunciones más frecuentes entre los niños menores de un año son las afecciones o sufrimientos respiratorios perinatológicos, la Tuberculosis que aun registrando tasas bajas existen , las enfermedades ocasionadas por la transmisión sexual en su manifestaciones mas visibles, entre otras y sin dejar de mencionar que las promociones, protección y rehabilitación de la salud son

ejecutadas casi con exclusividad por el sub-sector público, con participación de entidades intermedias

4.2. Metas

“Desarrollar una política de salud coherente con la realidad del país y de la provincia coordinada entre los distintos ministerios y en complementación con los distintos subsectores prestadores de salud (obras sociales y privados)”(22)

“Desarrollar progresivamente en toda la comunidad la estrategia de **atención primaria**, apuntando a la labor de los agentes emergentes de la propia comunidad donde se desarrolla la actividad; priorizando las acciones de prevención y racionalización de la utilización de los recursos”.(23). “Promover la participación comunitaria, descentralizando la toma de decisiones y la ejecución operativa” (24).

Si tomamos en consideración que la salud Pública esta ligada con fuertes lazos al medio ambiente y, por tanto, una rápida acción de la comunidad afectada hace a la prevención, y esa prevención es aún superior si está tomada por los segmentos, más próximos y afectados, que es el gobierno propio de la región (Municipalidad, o Comuna), y va a ser detectado cuanto mejor sea el sistema de prevención organizado por los sectores más apegados a la comunidad toda. Más aún si existe una atención primaria adecuada y es así como el Medio Ambiente también resulta de importancia y que, a raíz de esto, ya esta siendo tomado en cuenta en este Plan.

4.3. Medio Ambiente

“El ingente despliegue tecnológico, que en forma aceleradamente creciente nos ha llevado a cotas de bienestar indiscutidas ha producido también, por su acción vertiginosa, la aparición de Nuevos Problemas”(25)

Estos nuevos problemas, que son la generación de desequilibrios y contaminaciones, se debe a productos de uso diario, los cuales generan los cuales generan elementos, bajo la justificación del progreso y del desarrollo sin tomar en cuenta el daño que nos hacemos nosotros mismos y a toda la comunidad, con resultados negativos que caen en le campo de la ignorancia culposa, la irresponsabilidad y el desconocimiento, por ejemplo con la depredación de su fauna, de sus especies autóctonas de sus bosques, de sus recursos de agua y suelo, contaminación del aire, etc.

Objetivos:

“Procurar un hábitat donde a la escala humana se sume la situación de armonía entre las actividades y la naturaleza. “

“Restituir el equilibrio esencial de la naturaleza, en aquellos aspectos en que ya se efectuaron acciones que lo comprometan ... ”(26)

Capítulo II

METODOLOGIA Y DISEÑO

SUMARIO: 1.Tipo de estudio; diseño , fuentes.

1. Tipo de estudio y Diseño

El tipo de estudio a realizar en la presente investigación será del tipo exploratorio o formulativo ya que, familiarizará al investigador con el fenómeno ha investigar, aclarando conceptos, estableciendo preferencias, formulando hipótesis , buscando construir un nuevo marco teórico de referencia u orientar al análisis de los modelos teóricos .(27)

El Diseño ha de ser No experimental. Continuando con esta clasificación, se realizará el de transeccional o transversal, ya que tendrá el propósito de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.(28)

Para ello ha de consultarse:

1) Fuentes secundarias:

1.1. Constituciones Provinciales:

- . Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- . Constitución de la Pcia. De Mendoza.
- . Constitución de la Pcia. De Córdoba.

1. 2. Leyes Nacionales:

- . Ley 22.250-Decreto 438/92 modificada por la Ley 25.523.
- . Decreto 20/99

1. 3. Antecedentes de la Pcia de Santa Fe

1. 4. Antecedentes de Planes del Gobierno Municipal de Rosario.

1. 5. Derecho Comparado

- . Constitución de España.
- . Comunidad de Madrid.
- . Organización Mundial de la Salud
- . Sistema de Salud de Cuba

2) Otras Fuentes: opiniones al respecto vertidas por

2.1. Jornadas Provinciales de Salud en la Comunidad- (6-9- de abril de 2006)

2.2. Entrevista al dirigente justicialista Alberto Joaquín.

Capítulo III

CONSTITUCIONES PROVINCIALES

SUMARIO: 1. Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2. Constitución de la Provincia de Córdoba. 3. Constitución de la Provincia de San Luis.

Existen en nuestro país constituciones provinciales que han sido reformadas, incorporando artículos que incluyen diferentes aspectos del área de Salud. Serán expuestos a continuación, en una selección que sirva de ejemplo y referencia que sustenten nuestra propuesta

1. Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

LIBRO PRIMERO DERECHOS, GARANTÍAS Y POLÍTICAS ESPECIALES
CAPÍTULO SEGUNDO - SALUD

Art. 20. Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones.

Art. 21. La Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud, conforme a los siguientes lineamientos:

1. La Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social.
2. El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
3. Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el área metropolitana; y concertá polícticas sanitarias con los gobiernos nacionales, provinciales y municipales.
4. Promueve la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.
5. Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos.
6. Reconoce a la tercera edad el derecho a una asistencia particularizada.
7. Garantiza la prevención de la discapacidad y la atención integral de personas con necesidades especiales.
8. Previene las dependencias y el alcoholismo y asiste a quienes los padecen.
9. Promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales, sin afectar la unidad del sistema; la participación de la población; crea el Consejo General de Salud, de carácter consultivo, no vinculante y honorario, con representación estatal y de la comunidad.

10. Desarrolla una política de medicamentos que garantiza eficacia, seguridad y acceso a toda la población. Promueve el suministro gratuito de medicamentos básicos.
11. Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades.
12. Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicarán el castigo; propendan a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.
13. No se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector, ni delegarse en las mismas las tareas de planificación o evaluación de los programas de salud que en él se desarrollen.

Art. 22. La Ciudad ejerce su función indelegable de autoridad sanitaria. Regula, habilita, fiscaliza y controla todo el circuito de producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, medicamentos, tecnología médica, el ejercicio de las profesiones y la acreditación de los servicios de salud y cualquier otro aspecto que tenga incidencia en ella. Coordina su actividad con otras jurisdicciones. (29)

2. Constitución de la Provincia de Córdoba

PRIMERA PARTE

DECLARACIONES, DERECHOS, DEBERES, GARANTÍAS Y POLÍTICAS ESPECIALES

TÍTULO PRIMERO

SECCIÓN PRIMERA.

Art. 4. INVOLABILIDAD DE LA PERSONA

La vida desde su concepción, la dignidad y la integridad física y moral de la persona son inviolables. Su respeto y protección es deber de la comunidad y, en especial, de los poderes públicos.

SECCIÓN SEGUNDA

Capítulo Primero

Art. 19. DERECHOS HUMANOS

Todas las personas en la Provincia gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio:

Inc. 1. A la vida desde la concepción, a la salud, a la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal.

Inc. 2. Al honor, a la intimidad y a la propia imagen.

Capítulo Segundo

DERECHOS SOCIALES

Art. 24. MUJER

La mujer y el hombre tienen iguales derechos en lo cultural, económico, político, social y familiar, con respecto a sus respectivas características sociobiológicas.

La madre goza de especial protección desde su embarazo, y las condiciones laborales deben permitirle el cumplimiento de su esencial función familiar.

Art. 25. NIÑEZ

El niño tiene derecho a que el Estado, mediante su responsabilidad preventiva y subsidiaria, le garantice el crecimiento, el desarrollo armónico y el pleno goce de los derechos, especialmente cuando se encuentra en situación desprotegida, careciada o bajo cualquier forma de discriminación o de ejercicio abusivo de autoridad familiar.

Art. 26. JUVENTUD

Los jóvenes tienen derecho a que el Estado promueva su desarrollo integral, posibilite su perfeccionamiento, su aporte creativo y propenda a lograr una plena formación democrática, cultural y laboral que desarrolle la conciencia

nacional en la construcción de una sociedad más justa, solidaria y moderna, que lo arraigue a su medio y asegure su participación efectiva en las actividades comunitarias y políticas.

Art. 27. DISCAPACITADOS

Los discapacitados tienen derecho a obtener la protección integral del Estado, que abarque la prevención, asistencia, rehabilitación, educación, capacitación, inserción en la vida social, y a la promoción de políticas tendientes a la toma de conciencia de la sociedad respecto de los deberes de solidaridad.

Art. 28. ANCIANIDAD

El Estado Provincial, la familia y la sociedad procuran la protección de los ancianos y su integración social y cultural, tendiendo a que desarrollen tareas de creación libre, de realización personal y de servicio a la sociedad.

Capítulo Cuarto

Art. 37. DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES

La Provincia puede conferir el gobierno de las profesiones y el control de su ejercicio a las entidades que se organicen con el concurso de todos los profesionales de la actividad, en forma democrática y pluralista conforme a las bases y condiciones que establece la Legislatura. Tienen a su cargo la defensa y promoción de sus intereses específicos, gozan de las atribuciones que la ley estime necesarias para el desempeño de sus funciones, con arreglo a los principios de leal colaboración mutua y subordinación al bien común, sin perjuicio de la jurisdicción de los poderes del Estado.

SECCION TERCERA

Art. 38. DEBERES

Los deberes de toda persona son:

Inc. 8. Evitar la contaminación ambiental y participar en la defensa ecológica.

Inc. 9. Cuidar su salud como bien social.

SECCIÓN CUARTA

GARANTÍAS

Art. 50. PRIVACIDAD

Toda persona tiene derecho a conocer lo que de él conste en forma de registro, la finalidad a que se destine esa información y a exigir su rectificación y actualización. Dichos datos no pueden registrarse con propósitos discriminatorios de ninguna clase ni ser proporcionados a terceros, excepto cuando tengan un interés legítimo.

La ley reglamenta el uso de la informática para que no se vulneren el honor, la intimidad personal y familiar y el pleno ejercicio de los derechos.

TÍTULO SEGUNDO

Capítulo Primero

Art. 59. - SALUD

La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social.

El Gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y concierta la política sanitaria con el Gobierno Federal, Gobiernos Provinciales, Municipios e instituciones sociales públicas y privadas.

La Provincia, en función de lo establecido en la Constitución Nacional, conserva y reafirma para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración sobre salud.

El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos, sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción. Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria.

Asegura el acceso en todo el territorio provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos.

SEGUNDA PARTE

AUTORIDADES DE LA PROVINCIA

TÍTULO SEGUNDO

MUNICIPALIDADES Y COMUNAS

Art. 186. MUNICIPIOS - COMPETENCIA MATERIAL

Son funciones, atribuciones y finalidades inherentes a la competencia municipal:

Inc. 7. Atender las siguientes materias: salubridad; salud y centros asistenciales; higiene y moralidad pública; ancianidad, discapacidad y desamparo; cementerios y servicios fúnebres; planes edilicios, apertura y construcción de calles, plazas y paseos; diseño y estética; vialidad, tránsito y transporte urbano; uso de calles y subsuelos; control de la construcción; protección del medio ambiente, paisaje, equilibrio ecológico y polución ambiental; faenamiento de animales destinados al consumo; mercados, abastecimiento de productos en las mejores condiciones de calidad y precio; elaboración y venta de alimentos; creación y fomento de instituciones de cultura intelectual y física y establecimientos de enseñanza regidos por ordenanzas concordantes con las leyes en la materia; turismo; servicios de previsión, asistencia social y bancarios.(30)

3. Constitución de la Provincia de San Luis

Esta Constitución reconoce al municipio como una comunidad natural con vida propia e intereses específicos, con necesarias relaciones de vecindad. Como consecuencia de ello es una institución política-administrativa-territorial, que sobre una base de capacidad económica, para satisfacer los fines de un gobierno propio, se organiza independientemente dentro del Estado, para el ejercicio de sus funciones, que realiza de conformidad a esta Constitución y a las normas que en su consecuencia se dicten.

AUTONOMÍA MUNICIPAL

Art. 248. Se reconoce autonomía política, administrativa y financiera a todos los municipios. Aquellos que dicten su carta orgánica municipal, gozan además de autonomía institucional.

El Estado protege a la persona humana, desde su concepción hasta su nacimiento y, desde éste, hasta su pleno desarrollo.

Provee a la atención del menor, garantizando su derecho a la educación y a la asistencia, sin perjuicio del deber de los padres y del accionar subsidiario de las sociedades intermedias, y la atención física y espiritual de la niñez y juventud.

La Provincia asegura con carácter indelegable, la asistencia a la minoridad desprotegida y carenciada. Debe adoptar medios para que la internación de menores en institutos especializados, sea el último recurso a emplear en su tratamiento.

Para ello, fomenta la creación de centros de acción familiar en estrecha relación con la comunidad, que colaboren en la acción protectora de la minoridad. Es obligación del Estado Provincial atender a la nutrición suficiente de menores hasta los seis años y, crear un registro de la minoridad carenciada a efectos de individualizar los beneficiarios

Art. 51. El Estado asegura a los hombres de la tercera edad una protección integral que revalorice su rol como protagonista de esta sociedad. Propicia una legislación que contemple los múltiples aspectos que se plantean en el ámbito familiar, estimulando planes y programas que tiendan a su asistencia plena, por cuenta y cargo de sus familiares. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos y fundaciones creadas o que se crearon con ese fin; a una atención de carácter familiar, a establecimientos especiales enfocados con mentalidad preventiva, a los hogares o centros de día, a la asistencia integral domiciliaria, al acceso a la vivienda a través del crédito de ampliación, de adjudicación en propiedad y/o comodato de por vida, a promover su reinserción laboral a los fines de laborterapia y aprovechamiento de su experiencia y capacitación.

DE LOS DISCAPACITADOS

Art. 52. Los poderes públicos brindan a los discapacitados físicos, sensoriales y/o psíquicos, la asistencia apropiada, con especial énfasis en la terapia rehabilitadora y en la educación especializada.

Se les ampara para el disfrute de los derechos que les corresponden como miembros plenos de la comunidad

Art. 57. El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, con medidas que lo aseguran para toda persona, sin discriminaciones ni limitaciones de ningún tipo.

La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con medidas concretas y, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho a la salud.

El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y procura el fácil acceso a los mismos. Confiere dedicación preferente a la atención primaria de la salud, medicina preventiva y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas. Tiene el deber de combatir las grandes endemias, la drogadicción y el alcoholismo.

La actividad de los trabajadores de la salud debe considerarse como función social, reconociéndoseles el derecho al escalafón y carrera técnico-administrativa, de conformidad con la ley.

El Estado propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud mediante la capacitación, formación y la creación de institutos de investigación.

(31)

Capítulo IV

LEYES NACIONALES

SUMARIO: 1. Ley 22.520(con Reformas conforme Decreto 438/92 y Ley 25253). 2. Decreto 20/99

Según Ley 22.520 (con Reformas conforme Decreto 438/92 y la Ley 25.253) se escogieron los artículos que hablan de las competencias del Ministerio de Salud.

Según Decreto 20/99:

Secretaría de Políticas y Regularización Sanitaria

Secretaría de Atención Sanitaria

Subsecretaría de Coordinación

Subsecretaría de Investigación y Tecnología

Subsecretaría de Planificación, Control, Regularización y Fiscalización

Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud

Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción

1. Ley 22.520 (con Reformas conforme Decreto 438/92 y Ley 25253)

Art. 23. Compete al Ministerio de Salud y Acción Social asistir al Presidente de la Nación en todo lo inherente a la Salud de la población y asistencia social, la protección de la familia, la vivienda y en particular:

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional.
3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
4. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular las acciones médicas, odontológicas y paramédicas en el ámbito educacional.
5. Entender en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y aquellos que ya se desempeña en la misma.
6. Entender en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.
7. Entender en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.
8. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.
9. Entender en el ejercicio del poder de la policía sanitaria en lo referente a productos equipos e instrumental vinculados con salud e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.
10. ...
11.
12.
13. Entender en la organización dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios, públicos y privados.
14. Entender en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración y distribución de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
15.

16. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y la capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
17. Intervenir en las acciones destinadas a la fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos, en coordinación con el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
18. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial.
19. Entender en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud situaciones de necesidad no previstas o no cubiertos por los sistemas en vigor.
20. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.
21. ..
22. ..
23. ..
24. ..
25. ..
26. ..
27. ..
28. ..
29. Entender en la elaboración de los programas materno-infantiles en el ámbito nacional como interregional tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
30. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas y la rehabilitación de los enfermos. (32)

2. Según Decreto 20/99

2.1. Secretaría de Políticas y Regularización Sanitaria

1. Asistir al Ministro de Salud en la gestión operativa e institucional, en la elaboración de políticas de salud, y en la planificación sanitaria.

2. Entender en la regularización y fiscalización sanitaria, en el registro de normas y en la preparación de cuerpos ordenados de las mismas.
3. Entender en materia de Sistemas de Obras Sociales y en todo lo que no se encuentre delegado expresamente en esa materia en otros organismos.
4. Supervisar el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud.
5. Entender con la problemática relacionada con la infraestructura, equipamiento, aparatos, drogas, medicamentos y alimentos, conforme a la normativa vigente.
6. Entender en las relaciones y normativa de las entidades de medicina prepagada.
7. Entender en la cooperación técnica, en los convenios sanitarios internacionales de salud.
8. Entender en la conducción de las actividades del Consejo Federal de Salud y en la coordinación de las Delegaciones Sanitarias Federales.

2.2. Secretaría de Atención Sanitaria

1. Proponer las normas y propagandas para la atención de la salud de la población comprendientes de la programación y la protección de la salud, la prevención de las enfermedades, la asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud.
2. Promover la recolección de datos estadísticos y censos para responder con celeridad y eficiencia ante cualquier emergencia sanitaria.
3. Supervisar y coordinar el accionar de los organismos descentralizados de atención de la salud.
4. Desarrollar los programas de carácter nacional referentes a la prevención y promoción de la Salud

2.3. Subsecretaría de Coordinación

1. Asistir al Ministerio en el diseño de la política presupuestaria de la jurisdicción y en la evaluación de su cumplimiento. Asistir a las unidades ejecutoras de las distintas categorías programáticas, en la formulación y programación de la ejecución presupuestaria y en las modificaciones que se proyecten durante el ejercicio financiero.

2. Asistir a la unidades ejecutoras de las distintas categorías programáticas ejecutando los trámites administrativos necesarios para la obtención de los recursos humanos, materiales, equipamientos tecnológicos y de todo otro insumo necesario para el cumplimiento de los objetivos y metas de la jurisdicción.
3. Efectuar la coordinación administrativa de las áreas integrantes de la jurisdicción y de las entidades descentralizadas dependientes, así como la planificación de las actividades de administración.
4. Coordinar la aplicación de la políticas de recursos humanos, organización de sistemas administrativos o informáticos.
5. Instruir los sumarios administrativos disciplinarios.
6. Coordinar el despacho, seguimiento y archivo de la documentación administrativa determinando para cada trámite las unidades de la jurisdicción con responsabilidad primaria para entender en el tema respectivo.
7. Coordinar el servicio jurídico , intervenir en todos los proyectos de leyes, y otros actos administrativos que introduzcan o modifiquen normas vinculadas con la actividad sustantiva de la jurisdicción y supervisar el accionar de los servicios jurídicos pertenecientes a sus organismos descentralizados.

2.4. Subsecretaría de Investigación y Tecnología

1. Entender en la coordinación y conducción de la investigación clínica básica y aplicada en ciencias de la salud.
2. Entender en la aceptación, normalización y supervisión de los proyectos de investigación científica en salud.
3. Supervisar el estricto cumplimiento de las normas a seguir en la investigación científica.
4. Entender en el fomento y promoción de las relaciones de intercambio de investigadores con instituciones científicas del país y del extranjero.
5. Promover la investigación epidemiológica y definir las alternativas de solución para las patologías más significativas en el país.

2.5. Subsecretaría de Planificación, Control, Regularización y Fiscalización

1. Asistir en la planificación sanitaria global, realizar el control de gestión de planos, programas y proyectos que se ejecuten en función de lo planificado, evaluando los resultados e impacto social de los mismos y brindar la apoyatura técnica a las reuniones del Gabinete Ministerial.
2. Entender en la organización de las estadísticas de salud y los estudios de los recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad así como en el diagnóstico de situación necesaria de planificación estratégica del sector salud.
3. Coordinar las acciones para el desarrollo de las organizaciones institucionales con organismos dependientes de los poderes Legislativo y Ejecutivo del ámbito Nacional, Provincial y Municipal y con Instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales del sector de salud.
4. Coordinar la evaluación con las áreas competentes de las distintas jurisdicciones los aspectos normativos y operativos con el fin de mejorar la eficiencia de los programas.
5. Coordinar la elaboración de normas y desarrollo de mecanismos adecuados de fiscalización de los recursos de salud con el fin de garantizar la eficacia y calidad de los mismos y de los sistemas y servicios de salud.

2.6. Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud

1. Entender en la formulación, programación y coordinación de acciones en el primer nivel de atención.
2. Entender en la programación y dirección de las programas de vacunación y campañas de inmunización.
3. Promover la realización de programas de primer nivel de atención y coordinar las acciones correspondientes.

2.7.Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción

1. Formular, ejecutar y controlar los programas nacionales prioritarios encuadrados en las políticas específicas definidas.
2. Programar y coordinar las acciones relacionadas con el proceso de transformación del modelo de atención médica.
3. Proponer y conducir las acciones tendientes a garantizar la calidad de la atención médica.
4. Entender en los aspectos relacionados con la salud materno-infantil adolescente. (33)

Capítulo V

ANTECEDENTES EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

SUMARIO: 1. Antecedentes en la Provincia de Santa Fe. 2. Antecedentes de Planes del Gobierno Municipal de Rosario

1. Antecedentes en la Provincia de Santa Fe

“Coordinar las demandas regionales...” (34)

El sistema Municipal , sumamente descentralizado que posee la provincia se ha demostrado singular eficacia en el desarrollo y la prestación de los servicios locales, presenta como inconvenientes, la dificultad para coordinar debidamente la implantación y el funcionamiento de servicios mas complejos que deben cubrirse a nivel regional .

La región puede y debe constituir el ámbito adecuado para la coordinación de las solicitudes locales, que hoy se efectúan en muchos casos en forma competitiva entre Comunas o Municipios vecinos facilitando la necesaria evolución desde la prestación de servicios puntuales hasta su integración a redes o sistemas .

“Facilitar y consolidar los procesos de descentralización...” (35)

El proceso de descentralización de actividades que hoy esta en manos exclusivas del nivel provincial, requiere una organización de base territorial que integre a las autoridades locales y en muchos casos las entidades intermedias, para acelerar la concreción y asegurar su consolidación . Este proceso de singular importancia política, económica y social ,deberá procurar la organización de Sistemas Regionales de Servicios, que respondan ajustadamente a las necesidades de las diversas comunidades que integran la Región .La Región posibilitará también la necesaria vinculación entre los diversos sistemas. Ej. el Educativo, el Sanitario, el de Seguridad, los de Mantenimientos, etc)”(36)

La descentralización es el proceso de la independencia política que concluyó, en la conformación de los estados nacionales en Hispanoamérica y la particular necesidad de vincular diversos sectores aislados para consolidar una unidad nacional, contribuyeron decididamente a dar a la nueva administración, no siempre tan distante en muchos aspectos de la colonia, un fuerte carácter centralista “(37)

Esta es una herramienta política que se utilizó en muchas ocasiones para justificar la unidad nacional, que hoy impide el progreso de la Nación por la falta de participación directa de los segmentos más pequeños como son las poblaciones locales (municipios o comunas). Al disminuirse la participación, se disminuye el poder de la administración Municipal o comunal, se disminuye la participación de la ciudadanía y los aleja de las necesidades regionales o locales, disminuyendo así la Justicia social y hasta la libertad.

Todo esto conlleva a que el ciudadano, el vecino de una misma comunidad rara vez sea convocado a opinar en calidad de usuario sobre la marcha de los servicios públicos, y de las necesidades que hacen a la mejor calidad de vida de dicha comunidad lográndose todo lo contrario. De producirse una descentralización, como principio político, lo que propiciaría la participación ciudadana, conscientemente del pueblo y del poder, que en sus decisiones este toma y que lo

afectarán de todas las maneras en su situación actual y futura, propiciando las afirmaciones de el como hombre, individuo de una comunidad, pero sin dejar de reconocer en la afirmación y unidad de la Nación, como sociedad mayor y unificadora.

“Como principio económico impulsa la distribución más equitativa de la riqueza nacional a fin de que alcance a todas las regiones corrigiendo desigualdades injustas mediante una política económica que promueva el trabajo y el bienestar, basta en el reconocimiento de la diversas realidades regionales y locales “(38).

Con respecto a la participación, ejercida a través de las entidades intermedias y los gobiernos locales requiere ámbitos y escalas adecuadas a los efectos de que resulte efectiva y no entre en colisión con los mecanismos habituales de la representación democrática.

Dadas las características y dimensiones de los Gobiernos locales y sus alcances en la organización administrativa y jurídica provincial existen amplias posibilidades de participación de una gran variedad de organizaciones intermedias de la comunidad en los procesos de planeamientos, diseños de proyectos , control e incluso realización de obras, sin que esto afecte el nivel administrativo provincial en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades“ (39).

2. Antecedentes de planes del Gobierno Municipal de Rosario

Entre las debilidades que se desarrollan en el Plan Estratégico Rosario del año 1998, nos encontramos, con: ”Falta de adecuación de la Constitución Provincial a las pautas instituidas por la Constitución Nacional de 1994, en especial en lo que se refiere al reconocimiento de las autonomías municipales.“(40)

Ahora si estudiamos las amenazas que va a soportar el sistema, nos demarca tres que se encuentran totalmente relacionados entré sí: “ Colapso de algunos servicios públicos por falencias en el mantenimiento y/o renovación en tiempo y forma de las instalaciones

(particularmente las vinculadas a la energía eléctrica)”, ..”Saturación de la capacidad prestacional del Municipio en el área de salud pública ante los inconvenientes de los sistemas provinciales y de Obra Sociales“, y la tercer amenaza si bien no es directamente de la salud, esta ligado a esta por lo que hemos observado ya en varias leyes y se trata de la protección Ambiental “Degradación creciente del medio ambiente y aumento de los niveles de contaminación “(41).

Dentro del “Modelo en Salud Pública“, se encuentran los OBJETIVOS ESPECIFICOS: Diseñar un nuevo modelo de salud basado en la práctica ambulatoria que permita reordenar los recursos y aumentar la eficiencia de los Hospitales y construir, equipar y poner en marcha un Centro de atención para especialidades médicas ambulatorias que ocupe un espacio prestacional complementario a la **Atención Primaria de la Salud** y los hospitales de mediana y alta complejidad.(42).

Tratando de comprender como funciona este sistema de salud, nos encontramos con el “**PROYECTO COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD REGIONAL**”, cuya descripción es: La Secretaría de salud Pública Municipal cuenta con los siguientes efectores en el ámbito de la ciudad de Rosario, Hospitales (Roque Sáenz Peña, Alberdi, de Emergencia Clemente Alvarez, carrasco, de Niños Víctor J. Vilela), Maternidad Martín, veintidós Centro de salud propios, y veinticinco Asociaciones Vecinales involucradas en la Atención Primaria de la Salud.

Por su parte la Secretaría de salud Pública Provincial cuenta con los siguientes efectores en la Ciudad: Hospital Provincial Centenario, Hospital de Niño Zona Norte, Hospital Provincial y vinculados a ellos los Centros de salud de las respectivas áreas programáticas nucleadas en el Área VIII de salud Provincial (43) .

Para todo ello se debe buscar la FUENTE DE FINANCIAMIENTO, la cual deberá ser el aporte de la Ciudad de Rosario, y del Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Siendo los principales actores involucrados, por una parte Municipalidad de Rosario, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, en sus estamentos principales, por una parte El Poder Ejecutivo, y por la otra la Legislatura de la Provincia de Santa Fe, debiendo trabajar todos ellos en el desarrollo de un

sistema integrado de gestión que permita coordinar las acciones de salud pública en el ámbito de la Ciudad de Rosario y su Región de Influencia. Temas todos estos, que serían de más rápida coordinación si dependiera de un solo órgano de gobierno localista, que permitiera una toma de decisiones más inmediata. Esta es una de las razones por lo que entre las DEBILIDADES, figura el hecho de la AUTONOMIA MUNICIPAL.

Ahora, si avanzamos en el tiempo y ya tomando como bibliografía “Ocho años de transformaciones y participación ciudadana : Rosario 1995/2003”(44), nos encontramos, con “*Líneas para acciones concretas : el presupuesto orientado a las prioridades*”. Para el área de Salud, el Ejecutivo definió acciones que reflejan una sólida voluntad política: impulsar la participación de la comunidad, la descentralización de los servicios hospitalarios, jerarquizar la **atención primaria de la salud**, recuperar la capacidad instalada en todos los efectores municipales, capacitar al personal desarrollar la investigación y la epidemiología, impulsar la promoción y protección de la salud, y articular en una sola red los diferentes niveles de atención para facilitar la movilidad de los pacientes por todos los nodos de esa red. De hecho, es en el presupuesto donde se definió con más vigor y claridad esa voluntad política; Rosario destina el 28 % de sus recursos a la atención pública de la salud.”(45).

La atención Primaria de la Salud, no es un tema menor y ya por lo que estamos viendo, no solamente lo puso en práctica en sí la Provincia por medio de los SAMCO(Ver Anexo 1 y 2), si no también la Municipalidad de Rosario, en este caso en particular, ya que esta atención en si logra el mejoramiento de la calidad de vida en lo general, y en lo particular de la salud. Una mejor respuesta preventiva evitando así la aplicación de los segundos niveles de salud que es la Hospitalización, lo que hace que con una buena aplicación de la atención primaria, no solo se evite internaciones innecesarias, sino que además se produzcan ahorros importantes a nivel económico, para la sociedad, y la familia en lo particular.

Ante la pregunta que es este tipo de atención primaria, nos encontramos con la siguiente explicación: **Atención Primaria de la Salud**, mejor cuanto más cerca de la gente.

Apenas iniciada la gestión del Doctor Hermes Binner al frente de la Secretaría de Salud Pública, una de las primeras acciones institucionales fue fortalecer ese primer nivel y facilitar su articulación con los otros efectores.

En esa línea se creó y se organizó la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS), ámbito que integró y jerarquizó a todos los centros periféricos, constituidos en adelante como centros de salud según los criterios de los organismos internacionales y de los congresos, con la misión de promover, prevenir, curar y rehabilitar desde una concepción totalizadora de la salud y del sujeto en relación consigo mismo y en interacción con su entorno social, afectivo y ambiental.

La creación de una dirección, la asignación y la capacitación de más recursos humanos y la apertura de mas centros de salud prueban la convicción y la firmeza con que el actual gobierno de la ciudad asumió esas políticas de salud como válidas y correctas.

Es que los centros de salud son partes de la vida cotidiana de los barrios y por eso cada uno asume un perfil y una característica propia. Todos tienen el equipamiento básico necesario y en ellos, juntos a la comunidad, operan equipos interdisciplinarios que integran a trabajadores sociales, médicos generales, pediatras, clínicos, psicólogos, antropólogos, ginecólogos y obstetras, enfermeras y auxiliares.

Así ese primer nivel resuelve el 80 por ciento de las consultas, de modo que solo deriva el 20 por ciento a centros de mayor complejidad, lo que evita o reduce, la saturación de los servicios y mejora la calidad general de las respuestas.

En tanto el proceso de descentralización municipal en seis distritos facilita la articulación de la red; la gestión se perfecciona en el trabajo conjunto con los coordinadores de esos distritos y los funcionarios de otras áreas como la Administración de Servicios Urbanos (dependientes de la Secretaría de Obras Públicas) y los centros Crecer, de Promoción Social. Por otra parte, la creación del Centro de especialidades Ambulatorias Rosario (Cemar), fue clave en la

descentralización del sistema de salud y la articulación de los centros de atención primaria con el resto de la red de efectores.”(46)

Existen otras áreas de promoción de la Salud, que buscan realizar programas para una calidad de vida superior, y trata sobre la promoción de la salud que es perfeccionada por el propio control que se ejerce la propia persona sobre él y su grupo familiar, control este que ayuda a conservar y mejorar la salud. Para lograrse este objetivo se estimula la participación de la población al mismo tiempo que se concreta la participación importantísima de los profesionales en la defensa de la salud.

Capítulo VI

DERECHO COMPARADO

SUMARIO: 1. Constitución Nacional de España. 2. Competencias de la comunidad de Madrid. 3. Informe de la Organización Mundial de la Salud. 4. Sistema A.P.S. de Cuba.

1. La Constitución Nacional de España

Si observamos la Constitución de la República de España, entre los Art. 39 a 51 , nos encontramos que el Pueblo de España asegura con principios rectores, asegurando por medio de los poderes publico la protección social, económica y jurídica, asegurando la protección de los hijos , madres, paternidad , un régimen de Seguridad Social, vivienda digna ,políticas de prevención tratamiento de rehabilitación e integración de disminuidos físicos y psíquicos, problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio, la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, modificada por reforma del 27 de agosto de 1992

CAPÍTULO TERCERO

De los principios rectores de la política social y económica

Art. 39.

1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.
2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.
3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Art. 40.

1. Los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica. De manera especial realizarán una política orientada al pleno empleo.
2. Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales: velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados.

Art. 41.

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Art. 42.

El Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero, y orientará su política hacia su retorno.

Art. 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud Pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Art. 44.

1. Los poderes públicos promoverán y tutelarán el acceso a la cultura, a la que todos tienen derecho.
2. Los poderes públicos promoverán la ciencia y la investigación científica y técnica en beneficio del interés general.

Art. 45.

1. Todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.
2. Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de la vida y defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva.
3. Para quienes violen lo dispuesto en el apartado anterior, en los términos que la ley fije se establecerán sanciones penales o, en su caso, administrativas, así como la obligación de reparar el daño causado .

Art. 46.

Los poderes públicos garantizarán la conservación y promoverán el enriquecimiento del patrimonio histórico, cultural y artístico de los pueblos de España y de los bienes que lo integran, cualquiera que sea su régimen jurídico y su titularidad. La ley penal sancionará los atentados contra este patrimonio.

Art. 47.

Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación.

La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos.

Art. 48.

Los poderes públicos promoverán las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural.

Art. 49.

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Art. 50.

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Art. 51.

1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.
2. Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oirán a éstas en las cuestiones que puedan afectar a aquéllos, en los términos que la ley establezca.
3. En el marco de lo dispuesto por los apartados anteriores, la ley regulará el comercio interior y el régimen de autorización de productos comerciales. (47)

2. Competencias de la Comunidad de Madrid

Con el ejercicio 2001 se cerró una etapa trascendental para las Comunidades Autónomas de régimen común, y entre ellas para la Comunidad de Madrid, en la que el Estado ha ido traspasando

a las Comunidades la mayor parte de las competencias susceptibles de cesión, culminando así el proceso de intensa descentralización del gasto iniciado con la constitución del Estado de las autonomías. A partir de ahora las comunidades tienen bajo su responsabilidad la gestión de las competencias de mayor relevancia, tanto desde un punto de vista económico como desde un punto de vista social.

De las últimas competencias asumidas por la Comunidad de Madrid destacan por su importancia, la educación no universitaria y la sanidad, que con un coste efectivo valorado en 1.550,58 millones de euros y 3.019,63 millones de euros, respectivamente, han duplicado el volumen del presupuesto de la Comunidad, generando, en consecuencia, nuevas fuentes de financiación y una reorientación en las prioridades del gasto público. Con estos dos traspasos y el de justicia (que se hizo efectiva a lo largo de 2002), la Comunidad de Madrid tiene asumidas las competencias de mayor relevancia situándose muy próxima a su techo competencial.

Organismos Autónomos Administrativos

Servicio Regional de Bienestar Social

Patronato Madrileño de Áreas de Montaña (PAMAM)

Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid

Instituto Madrileño de Administración Pública

Servicio Regional de Empleo

Madrid 112

Agencia Financiera de Madrid

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Tribunal de Defensa de la Competencia de la Comunidad de Madrid

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infactor(48)

3. Organización Mundial de la Salud

3.1. Financiación de los sistemas de salud

Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno.

A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo.

Se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial (véase la figura 7.2). Los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos representaban menos del 20% de la población mundial en el año 2000, pero concentraban casi el 90% del gasto sanitario mundial. A la Región de África le corresponde aproximadamente un 25% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo en torno a un 2% del gasto sanitario mundial .

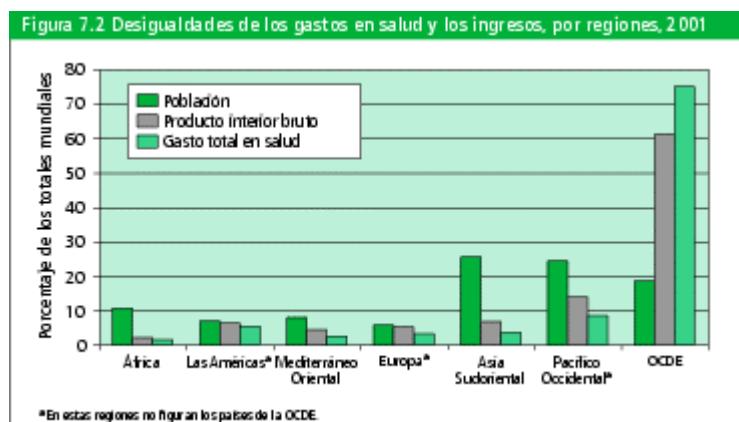


Figura 7.2

Mientras que el nivel de gasto ha cambiado, los mecanismos de financiación de los sistemas de salud no lo han hecho. En 1978, la OMS barajaba las mismas fuentes de financiación sobre las que hoy se debate, a saber, los impuestos generales, los impuestos para fines específicos, la seguridad social, la financiación de base comunitaria, los honorarios y la asistencia externa.

Aún no disponemos de estudios sobre las políticas aplicadas. Por ejemplo, en una revisión reciente de 127 estudios sobre planes comunitarios de seguro médico se halló que sólo dos de ellos presentaban la suficiente congruencia interna para poder extraer conclusiones respecto al impacto en la utilización y la protección financiera. Sin una información fidedigna, las políticas de financiación de la salud siguen estando dominadas por las opiniones más que por la evidencia.

3.2. Desarrollo de un financiamiento sostenible

Las decisiones de política sobre los mecanismos de financiación tienen muchas repercusiones. Influyen en aspectos tales como la cantidad de dinero eventualmente movilizable, la mayor o menor equidad con que se recauden y apliquen los recursos, y la eficiencia de los servicios e intervenciones resultantes. El contexto en que se despliegue la financiación sanitaria modificará significativamente sus efectos.

Sin embargo, los principios para mejorar la financiación sanitaria son esencialmente los mismos en todas partes: reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes.

Por el contrario, las cuestiones de política más importantes relacionadas con la financiación de la salud son muy diferentes en los países ricos y los pobres. Por ello, en el análisis que sigue a continuación se consideran por separado los países de ingresos altos, medios y bajos.

En los países de ingresos altos, con rentas per cápita superiores a US\$ 8000, los recursos para la salud son relativamente abundantes pero no siempre están distribuidos de forma equitativa. Una media del 8% de la renta nacional se dedica a la salud. Entre esos países, el gasto sanitario anual va de US\$ 1000 a más de US\$ 4000 per cápita. Las cuestiones que dominan los debates sobre la financiación de la salud guardan relación sobre todo con la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad.

En los países de ingresos medios, con una renta per cápita situada entre US\$ 1000 y US\$ 8000, los recursos son más limitados y el acceso a los servicios de salud es menor. Los países de esta categoría invierten entre el 3% y el 7% de la renta nacional en salud, lo que representa un gasto anual de entre US\$ 75 y US\$ 550 per cápita. En estos casos el sistema de financiación sanitaria suele ser un serio obstáculo para lograr que las intervenciones sanitarias sean accesibles para todo el mundo. Con frecuencia la población está segmentada entre aquellos que poseen un empleo en la administración o el sector formal, las personas que se benefician de unos sistemas de seguro médico relativamente bien financiados, y las personas que dependen de servicios dirigidos por el Ministerio y escasamente financiados o que se ven obligadas a pagar de su bolsillo la atención privada. Muchos de estos países, sobre todo de Asia, movilizan muy poco dinero a través del sector público.

En los países de ingresos bajos, con una renta anual per cápita de menos de US\$ 1000, los debates sobre la financiación sanitaria están dominados por la limitación fundamental que constituye la escasez de recursos. En la mayoría de esos países, sólo un 1%-3% del producto nacional bruto se dedica a la salud y, al ser tan baja la renta per cápita, eso se traduce en un gasto sanitario por habitante de entre US\$ 2 y US\$ 50. Aunque estos países invirtieran el 10% de su renta en servicios de salud, esa inversión, repartida equitativamente en toda la población, sólo permitiría ofrecer una atención sanitaria muy precaria.

Las políticas públicas deben impedir que los honorarios percibidos en el punto de servicio se conviertan en un obstáculo para obtener la atención necesaria, o en una catástrofe financiera para los hogares. En la práctica, las políticas sobre los honorarios dependen de la capacidad de pago de la población, de su impacto en la utilización, del tipo de servicios proporcionados, y del impacto de esos honorarios en la calidad y disponibilidad de los servicios.

En los casos en que es posible mantener o mejorar la calidad del servicio, la eliminación de los honorarios puede propiciar un aumento del acceso; ésta parece ser la reciente experiencia de Uganda, donde se eliminaron los honorarios cobrados a los usuarios gracias a que el Gobierno aumentó simultáneamente su apoyo financiero y administrativo.

En los casos en que no es posible mantener o mejorar la calidad del servicio por otros medios, los honorarios pueden operar como incentivos y recursos decisivos para poder seguir ofreciendo los servicios; así ha ocurrido con la Iniciativa de Bamako, en la que el mantenimiento de los honorarios ayudó a garantizar la disponibilidad de los medicamentos mientras otros programas fracasaban. Así pues, la política pública relativa a los honorarios debe ser pragmática, y ha de basarse en una detenida consideración del contexto y del impacto neto en el acceso de la población a unos servicios de salud de buena calidad.

Para sostener el sistema de salud sin depender estrechamente de los honorarios es necesario movilizar otras fuentes, incluidos impuestos generales para fines específicos, cuotas de la seguridad social, primas de seguros privados, o mecanismos de prepago de seguros comunitarios. En la práctica, el recurso a una u otra fuente dependerá de la capacidad de pago de la población, de la capacidad administrativa para recaudar dinero, del tipo y calidad de los servicios que se ofrezcan y de la eficacia de las instituciones y los mecanismos de financiación existentes.

En los países de ingresos bajos, los impuestos generales son una opción muy atractiva para cimentar un sistema público robusto de prestación de servicios de salud, por cuanto desde el punto

de vista administrativo son más fáciles de gestionar que los más complejos sistemas de seguro o regulación. Sin embargo, los impuestos generales sólo funcionan cuando coinciden una base impositiva amplia, una administración fiscal eficaz y unos mecanismos adecuados de asignación de los fondos a los servicios de salud y de uso de los mismos. Si alguna de esas condiciones no se cumple, la alternativa más eficaz puede ser establecer un administrador independiente del seguro social, o bien alentar la formación de programas de seguro comunitario.

El pragmatismo constituye un valioso principio orientativo para hallar la manera de movilizar y aplicar los recursos para mejorar la salud.

3.3. Resolver los estrangulamientos del sistema

Desde la aparición del «paquete mínimo» estándar de principios de los noventa, se han dado grandes pasos para racionalizar la elección de las intervenciones prioritarias. Hoy día disponemos de nuevos instrumentos. Por ejemplo, el proyecto OMS-CHOICE es una base de datos sobre el impacto sanitario y el costo de un gran número de intervenciones sanitarias, resumibles en medidas de prevención, promoción, curación y rehabilitación.

La priorización de las intervenciones costo-eficaces es tanto más importante cuando se dispone de nuevos fondos para invertirlos en el sector sanitario. Hay que velar por que los fondos externos se añadan a los nacionales, en lugar de reemplazarlos, pero también por que la financiación procedente de fuentes externas no ocasione una (mayor) fragmentación del sistema nacional de salud.

Los nuevos fondos eliminan sólo uno de los obstáculos a una atención equitativa y universal. Así, es necesario también que las instituciones beneficiarias de esos fondos adicionales, gubernamentales o no gubernamentales, introduzcan mejoras en la aplicación de los programas. El

manejo del creciente flujo de fondos obliga a reforzar la dotación de personal capacitado, los sistemas de información, los mecanismos de auditoría y los controles financieros.

Así pues, mientras persisten los problemas de movilización de recursos, la asignación de éstos orientada por los resultados también exige nuevas estrategias. Para gestionar eficazmente los nuevos fondos de que se empieza a disponer para el sector de la salud, sobre todo en países del África subsahariana, se requieren formas innovadoras de presupuestación a medio plazo. Hay que hallar soluciones que desatasquen los estrangulamientos del sistema -- en materia de recursos humanos y en otras áreas -- que dificultan la conversión de esas mayores cantidades de dinero en mejores resultados sanitarios.

Un enfoque prometedor es la Presupuestación Marginal para Estrangulamientos, basada en las actividades de varios países de África occidental. Cuando elaboran sus planes de gasto a medio plazo, los Ministerios de Salud tienen que identificar claramente los estrangulamientos del sistema y costear las estrategias necesarias para desbloquearlos. Este enfoque ha cosechado resultados alentadores en Malí y Mauritania, y va a implementarse ahora en varios estados de la India .

3.4. Sistemas de salud

Principios para una atención integrada

Si se quiere afrontar los retos para la salud mundial examinados en los capítulos anteriores, es necesario reforzar los sistemas de salud. Sin este requisito, los objetivos sanitarios descritos en este informe seguirán fuera de nuestro alcance.

Las enseñanzas derivadas de los éxitos del pasado, incluidas las aptitudes y estrategias desarrolladas a partir de la experiencia en la lucha contra la poliomielitis y el SRAS, se deben

aplicar en la emergencia de tratamiento contra el VIH/SIDA y en la lucha para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los progresos hacia esos y otros objetivos no serán sostenibles a menos de que las metas de salud concretas -- en particular la meta «tres millones para 2005», consistente en llevar hasta tres millones de personas de los países en desarrollo la politerapia antirretroviral contra el VIH/SIDA para finales de 2005 -- respalden un amplio desarrollo horizontal de la capacidad de los sistemas de salud.

Pese a las reformas sanitarias de las últimas décadas, no se ha progresado lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas. Sin embargo, están surgiendo nuevas oportunidades. La salud sigue figurando en lugar destacado en la agenda de desarrollo internacional, y se empieza a disponer de nuevos fondos para las actividades sanitarias en los países pobres. La extensión de los contextos favorables a la salud y de una atención de calidad a todo el mundo constituye el principal imperativo de los sistemas de salud.

En este capítulo se analiza de qué manera los valores y las prácticas de la atención primaria, adaptados a las realidades del complejo panorama sanitario actual, pueden constituir la base necesaria para mejorar los sistemas de salud. Se examinan ideas básicas sobre la atención primaria y se aclara el concepto de desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria.

Se examinan seguidamente cuatro grandes retos afrontados por los sistemas de salud, como son la crisis mundial de personal sanitario; la falta de pruebas científicas idóneas y oportunas; la falta de recursos financieros, y las dificultades de la rectoría para aplicar políticas sanitarias proequidad en un entorno pluralista. En la sección final se examina cómo está colaborando la OMS con los países para clarificar los objetivos de los sistemas de salud y reforzar los sistemas en consonancia con los principios de la atención primaria.

El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención

sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. Este capítulo se centra sobre todo en los sistemas de atención sanitaria. No obstante, los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.

El marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud desarrollado por la OMS a finales de los años noventa se propuso materializar el interés de la atención primaria por la equidad y por los resultados de salud en las poblaciones, suministrando a ese fin instrumentos analíticos que habían de permitir traducir tal empeño en pruebas científicas pertinentes. El marco señalaba a la atención de los planificadores de políticas cuestiones tales como los gastos catastróficos en salud registrados en algunos países. Aunque en este informe no se aplica directamente ese marco, se asume que las instancias normativas utilizarán este y otros instrumentos de interés para medir los logros de una estrategia de extensión masiva de los sistemas de salud basada en la atención primaria.

En los últimos años hemos adquirido conocimientos muy valiosos sobre el funcionamiento de los sistemas de salud y sobre las razones de que fallen. Iniciativas como el Observatorio Europeo de la OMS sobre los Sistemas de Atención Sanitaria están aportando importantes claves, pero quedan algunos interrogantes importantes por resolver. Este informe no propone un modelo completo del desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, tarea imposible por ahora dada la evidencia disponible; su objeto es abrir líneas de investigación que ayuden a los países y los asociados internacionales para la salud cuando deban sopesar las opciones al alcance y tomar medidas de refuerzo de los sistemas a fin de hacerlos más sensibles a las necesidades y demandas de toda la población, sobre todo de los pobres.

Los países de la Región de Europa (diversos desde el punto de vista del idioma, la historia y la riqueza) tienen una variedad de enfoques respecto de la organización de los sistemas de salud. El

Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria y las políticas correspondientes tienen el cometido de difundir información sobre más de un decenio de cambios, analizar las reformas y obtener pruebas de lo que resulta eficaz en diferentes contextos y por qué. Vela por que las instancias normativas nacionales puedan situar sus experiencias respectivas en el contexto europeo y hacer comparaciones más allá de las fronteras, inspirarse en análisis temáticos y comparativos de los principales retos a los que hacen frente, y tener acceso a pruebas claras y prácticas

El Observatorio es una asociación integrada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, gobiernos (los de España, Grecia y Noruega), organismos internacionales y no gubernamentales (el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute y el Banco Mundial) y representantes del ámbito académico (la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres). Todo el material del Observatorio está a disposición en su sitio web. (49)

Información y seguimiento. «Health Systems in Transition», una serie de 70 perfiles de países, ofrece respuestas analíticas a un conjunto normalizado de preguntas y utiliza definiciones claras para establecer información de referencia y señalar lo que es característico de un país determinado. El Observatorio abarca toda la Región de Europa y otros países de la OCDE, lo que permite hacer comparaciones sistemáticas y un examen de las reformas con el transcurso del tiempo.

Análisis: El Observatorio produce estudios integrales sobre los principales elementos de los sistemas y las políticas de salud, entre ellos los hospitales, el financiamiento, la reglamentación, la ampliación de la Unión Europea, el seguro médico social, las adquisiciones, la atención primaria, las preparaciones farmacéuticas, la salud mental, los recursos humanos y las metas. Utiliza investigaciones de otras fuentes, o investigaciones meta-analíticas, y reúne a expertos de toda Europa para sintetizar conclusiones, analizar las experiencias de los países dentro de un marco conceptual y extraer enseñanzas prácticas y alternativas.

Difusión: La colaboración con las instancias normativas y sus asesores ayuda a asegurar que éstos puedan utilizar la información y los análisis generados. El Observatorio, a menudo en asociación con organismos que apoyan la reforma de los sistemas y las políticas de salud, organiza seminarios y talleres para pequeños grupos de instancias normativas de alto nivel sobre asuntos tales como las opciones de financiamiento, las implicaciones de la adhesión de nuevos Estados Miembros o la equidad.

3.5.Documentos Conexos

Sistemas de salud pro equidad: función central de los gobiernos

Si una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria -- principio fundamental de la atención primaria un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad.

El refuerzo mutuo de la pobreza y la mala salud es un fenómeno cada vez mejor conocido, y la evidencia de que los recursos, los esfuerzos y los resultados se distribuyen desigualmente y de forma poco equitativa no hace más que crecer. Los estudios de incidencia del beneficio muestran de manera sistemática que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas

Pero la renta no es el único factor determinante. La pobreza es fundamentalmente una situación en la que los individuos carecen de la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades, colmar sus aspiraciones y participar plenamente en la sociedad, de modo que la falta de empoderamiento político y de educación son factores que también contribuyen a excluir a las

personas de la atención sanitaria. La discriminación por razón de género, raza o etnia alimenta considerablemente las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención sanitaria.

Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país no siempre son justas o favorables a la equidad. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que «ir contra corriente», con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados . Como quiera que esté configurado el sector sanitario de un país, si se desea conseguir resultados pro equidad, es fundamental que el gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud.

Perfiles de inequidad en el acceso a la atención

Las estrategias de atención sanitaria pro equidad dependerán del contexto. La diferencia más importante entre ellas guardará relación con el perfil de inequidad que caracterice al acceso a la atención, que puede adoptar tres formas.

En los países más pobres, ese perfil se resume en una situación de privación masiva: la mayoría de la población ve limitado considerablemente y en parecida medida su acceso a los servicios de atención de salud, mientras que una pequeña clase privilegiada encuentra la manera de obtener la atención que necesita.

En otros países con una situación económica algo mejor, esas inequidades adoptan la forma de «colas»: el acceso general a los servicios de salud es mejor, pero los grupos de ingresos medios y altos son los que más se benefician, mientras que los más pobres tienen que esperar a beneficiarse de un efecto de «goteo». En algunos países las inequidades adoptan la forma de exclusión, de tal

modo que la mayoría de la población tiene un acceso razonable a los servicios, pero una minoría pobre se ve privada de ellos.

Estos perfiles pueden visualizarse considerando el porcentaje de nacimientos que tienen lugar en un servicio de salud (como indicador indirecto del acceso general a los servicios de salud) en función del quintil de ingresos (véase la figura 7.3).

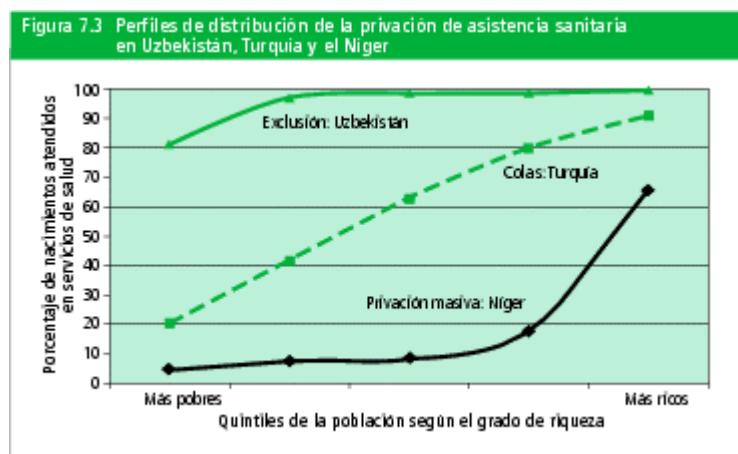


Figura 7.3

El desarrollo de los sistemas basados en la atención primaria varía de un contexto a otro. En algunos casos se necesitan urgentemente programas orientados a grupos de población específicos para conseguir resultados pro equidad, mientras que en otros casos la prioridad es reforzar en general el conjunto de sistemas. También es posible combinar esos dos enfoques.

En los países caracterizados por la exclusión, probablemente se necesitarán iniciativas focalizadas para combatir la desigualdad social y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Una estrategia así podría aplicarse a países de ingresos medios o bajos como Chile y Uzbekistán, pero también es una opción idónea para países más ricos en los que hay poblaciones marginadas que siguen excluidas de unos servicios en principio universales debido a problemas de discriminación por motivos de raza, etnia o género, pobreza de ingresos o estigmatización social.

No habrá progreso alguno sin la intervención del gobierno, ya consista ésta en la provisión o el pago de servicios o en la implantación de incentivos apropiados para el sector no gubernamental.

Como ejemplos de focalización cabe citar los esfuerzos desplegados recientemente por Chile y Nueva Zelanda con miras a conseguir unos servicios de salud más idóneos y accesibles para los pueblos indígenas así como un programa de Australia destinado a reforzar la atención primaria entre la población indígena de las Islas Tiwi.

Las remotas Islas Tiwi se encuentran a 60 km al norte de la costa australiana, en el Mar de Arafura, y tienen más de 2000 habitantes, principalmente indígenas. El desempleo es alto y las viviendas son en general de mala calidad. Se han registrado tasas muy altas de enfermedades crónicas, especialmente diabetes y afecciones renales y de las vías respiratorias.

En 1997, los Gobiernos del Commonwealth de Australia y del Territorio entablaron negociaciones con el Consejo Comunitario de Tiwi para reformar los servicios existentes de atención primaria de salud e iniciaron una prueba de prestación coordinada de atención con cuatro objetivos amplios:

1. lograr un control de los servicios de salud por parte de la comunidad de Tiwi mediante el establecimiento de un consejo de salud del área, encargado de administrar los fondos mancomunados del sector de la salud;
2. mejorar la eficacia de las medidas preventivas mediante la participación de la población local en programas comunitarios;
3. mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud mediante la utilización de mayores recursos para una combinación de atención primaria coordinada y servicios de salud orientados hacia la población;
4. mejorar el nivel de la atención de conformidad con directrices sobre prácticas óptimas y protocolos.

La prueba duró tres años. Los resultados de salud no pudieron medirse en esa fase breve, pero se consiguió determinar el éxito del proceso , por ejemplo:

1. control por parte de la comunidad mediante el establecimiento del Consejo de Salud de Tiwi, que ahora determina la política sanitaria y los gastos del sector;
2. mayor conocimiento de las cuestiones relacionadas con la salud en la comunidad de los isleños de Tiwi y mayor participación de la comunidad en la prestación de los servicios;
3. mejores servicios de prevención, especialmente de los problemas locales urgentes;
4. mayor número de servicios de atención primaria y mejor calidad de éstos;
5. reducción del número de hospitalizaciones evitables.

Se han usado comúnmente tres tipos de estrategias de focalización: directas, basadas en características y autofocalizadoras. No se excluyen mutuamente, y de hecho se emplean a menudo de forma conjunta. La focalización directa aspira a beneficiar sólo a los pobres. Un método consiste en eximir del pago de la atención a las personas que no pueden permitirse ese desembolso. Para aplicar esta estrategia hay que emplear la llamada prueba de necesidad, esto es, la evaluación de la capacidad financiera del paciente.

Esa función de exoneración basada en la prueba de necesidad exige una capacidad administrativa considerable. Las autoridades públicas pueden optar también por hacer transferencias directas condicionales de dinero en efectivo a las familias pobres para recompensar el cambio de comportamiento de los hogares, por ejemplo la costumbre de llevar a los niños a los centros de salud para someterlos a chequeos regulares. Una vez más, se requiere para ello una considerable capacidad institucional. En algunas zonas de América Latina esos enfoques han aumentado la participación en la atención sanitaria preventiva .

El objetivo de la focalización basada en características es beneficiar a grupos de personas pobres atendiendo a rasgos específicos que acentúan el estado de privación. Posibles criterios para ello son

la ubicación geográfica, el género, la etnia, determinadas enfermedades (por ejemplo el VIH/SIDA), etc. La autofocalización, por último, remite al hecho de que los mejor situados económicamente renuncian a los servicios que consideran de baja calidad. Tales servicios pueden caracterizarse por un mayor tiempo de espera o por un entorno de dispensación más deficiente.

Entre los países y áreas donde el acceso inequitativo a la atención sanitaria adopta el perfil de la cola figuran Turquía y los estados y provincias más ricos de China y la India. En esos entornos, las políticas pro equidad deben intentar hallar el equilibrio más adecuado entre, por una parte, las actividades tendentes a aprovechar y ampliar las instituciones de atención sanitaria existentes, reduciendo efectivamente los obstáculos que conducen a la formación de colas, y, por otra parte, la identificación y priorización de grupos que en caso contrario se verían excluidos y no recibirían especial atención. Una vez más, ello exige la activa participación de las autoridades.

En 2001 Tailandia inició un programa destinado a extender la cobertura del seguro médico universal a quienes carecían de acceso a los servicios de salud. En el marco del nuevo programa, bautizado como «plan de salud de 30 baht», los beneficiarios se registran como pacientes de proveedores locales de atención sanitaria y pueden así obtener toda la atención médica que precisen por un copago de 30 baht (aproximadamente US\$ 0,35).

El sistema se financia tanto con impuestos como con cuotas de los trabajadores y de los empleadores, mientras que los dispensadores de atención sanitaria son remunerados con arreglo a un sistema de capitación. El programa no está exento de problemas, pero representa con todo un esfuerzo audaz para afrontar las inequidades sanitarias. Otra iniciativa, coronada con éxito, de ampliación de la cobertura a la población pobre fue la reforma del seguro de enfermedad llevada a cabo en Colombia a mediados de los años noventa.

Entre 1995 y 2001 el número de cotizantes del seguro médico obligatorio aumentó de 9,2 a 18,2 millones de personas. Al mismo tiempo, el sistema fue reforzado para poder subvencionar claramente a los pobres y los desempleados. En 1995, tres millones de personas se beneficiaron de

esas subvenciones múltiples; en 2001 la cifra había aumentado a 11 millones. Así pues, millones de personas que no cotizaban pudieron acceder prácticamente al mismo paquete de prestaciones de que disfrutaban quienes pagaban cuotas, en el servicio público o privado de su elección, y de la misma manera que los ciudadanos más acomodados que cotizan de forma regular .

Los países con problemas de privación masiva representan el mayor reto de todos. En esos países la mayoría de la población está privada de atención sanitaria, que sólo los muy ricos pueden comprar. Hablar de «focalización» en esas circunstancias no sirve de mucho. El término que mejor define el principal esfuerzo requerido en esos casos es el de «extensión masiva», entendiendo por tal la ampliación y el refuerzo generalizados del sistema de salud.

Los países de esta categoría necesitan rápidamente una expansión de los servicios periféricos y una extensión de los servicios de atención primaria y los hospitales, así como un aumento de las inversiones en otros sectores tales como la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento. La corrección de los desequilibrios geográficos y rural-urbano puede suponer a menudo un gran paso para acelerar los progresos en esos países. Pero el carácter limitado de los recursos públicos exige además innovaciones que aprovechen y favorezcan la participación local y comunitaria y la actividad del sector no gubernamental, en la línea de los principios de la atención primaria.

Algunos enfoques innovadores han logrado ampliar la atención sanitaria a la población pobre pese a las limitaciones existentes en materia de recursos, infraestructura y fuerza de trabajo. En su Programa Ampliado de Inmunización, Bangladesh, por ejemplo, aplicó programas de extensión en zonas rurales y reclutó al activo sector no gubernamental para suministrar servicios en zonas urbanas a fin de cerrar la brecha existente en materia de infraestructura y recursos humanos.

La extensión masiva se combinó con la priorización de la prestación de servicios a los habitantes de zonas rurales y a los pobres, y el resultado fue una reducción considerable de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, esa intervención no pudo ir acompañada de un aumento complementario de los partos asistidos, pues esto requiere un enfoque muy diferente de la

prestación de servicios: las necesidades de infraestructura son mayores que las aptitudes requeridas por parte del personal de los servicios.

En ambos casos se requieren recursos adicionales sustanciales, así como capacidad para usarlos eficazmente. Esto subraya la idea de que, si bien una rectoría pública responsable es esencial para introducir mejoras pro equidad en la salud, en los países que afrontan una situación de privación masiva no es posible conseguir grandes beneficios si no se ha logrado antes aumentar sustancialmente el apoyo internacional.

3.6. Objetivo: el acceso universal

La perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria debe apuntar a asegurar el acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten, o contribuyan a agravar, un aumento de las desigualdades en salud.

Ese objetivo tropieza con numerosos obstáculos, en particular la falta de recursos financieros, educación y personal cualificado. Pero una rectoría robusta puede ser una baza importante para superar esos impedimentos. La rapidez con que los países consigan avanzar hacia la cobertura universal dependerá de si los gobiernos aceptan que los beneficios sanitarios goteen gradualmente de los ricos a los pobres o, por el contrario, prefieren acelerar las medidas encaminadas a asegurar una distribución justa de los recursos y los beneficios sanitarios entre todos los grupos sociales.

3.7. Rectoría pública, participación de la comunidad

Un trabajo de supervisión responsable del sector sanitario y la firme voluntad de favorecer la equidad por parte del Estado son condiciones esenciales para crear y mantener sistemas de salud basados en la atención primaria. Ahora bien, si quieren desempeñar con eficacia su función de rectoría, los gobiernos deben comprometerse con las comunidades y responder a ellas manteniendo una relación bidireccional. La participación de la comunidad -- incluidas las dimensiones de participación, identificación y empoderamiento -- es un componente clave del sistema sanitario en el lado de la demanda, necesario para fomentar la eficacia y una gestión responsable.

En la Declaración de Alma-Ata se reconocía la importancia de la participación de la comunidad en la definición de los objetivos de salud y en la aplicación de las estrategias. Se afirmaba en ella que «las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria». Sin embargo, no fue fácil llevar a la práctica el concepto de participación de la comunidad. En algunos casos esa participación demostró ser un factor crucial para la mejora del desempeño de los sistemas de salud.

En los centros de salud de Malí pertenecientes a la comunidad, por ejemplo, el hecho de que las comunidades pagaran el sueldo del personal de esos centros cambió radicalmente la relación de las enfermeras con sus clientes. En una aldea del Sudán, un proyecto impulsado por la comunidad ha generado ingresos y reforzado el capital social, con positivas repercusiones para la salud. Sin embargo, con demasiada frecuencia la «participación comunitaria» se ha limitado a la creación de comités de salud que han actuado como vehículos de recuperación de costos. Es más, en algunos países de África occidental, el término «participación comunitaria», aplicado en el campo de la salud, pasó a ser sinónimo de «copago».

El programa sobre necesidades básicas de desarrollo del Sudán se introdujo en 1998 en Kosha, un remoto pueblo de unos 2500 habitantes situado en el Estado del Norte. Una encuesta local de evaluación de las necesidades reveló múltiples problemas sociales, económicos y de salud.

La gran mayoría de los hogares carecía de letrinas y un 99% de la población utilizaba agua directamente del río. Muchas embarazadas tenían abortos espontáneos debido al esfuerzo de cargar el agua. Como consecuencia de la falta de saneamiento y de higiene había muchos problemas de salud, especialmente enfermedades diarreicas, malnutrición e infecciones oculares. La cobertura de vacunación de los niños y las madres era muy baja y se recurrió muy poco a los métodos de planificación de la familia, aun cuando la tasa de fecundidad figuraba entre las más altas del país. La mayor parte de la población era extremadamente pobre y el desempleo muy alto.

Poco después de la introducción del programa se registraron cambios significativos en la vida de la población. La comunidad misma ha rehabilitado el centro de salud, ha apoyado económicamente al asistente médico, y ha adoptado el seguro médico comunitario autofinanciado mediante el fondo de desarrollo de la comunidad.

Todas las viviendas tienen ahora acceso interior al agua potable, y más del 60% de ellas tienen letrinas sanitarias. Esto ha dado lugar a un marcado mejoramiento de los indicadores de salud y una reducción de las enfermedades más comunes (diarrea, infecciones respiratorias agudas, paludismo y disentería), una mayor cobertura de vacunación y de atención prenatal y una reducción de la tasa de malnutrición a menos de un 1%.

La participación de la población local en estos asuntos ha producido otros cambios positivos: la inscripción de las muchachas y los muchachos en la escuela ha aumentado y los adultos participan en clases de alfabetización no institucionalizadas; se ha establecido una guardería infantil, y se ha renovado el club social de jóvenes. Es más, se ha formado un comité de mujeres encargado de iniciar y apoyar actividades relacionadas con la promoción de la mujer.

Los ingresos de la mayor parte de las familias han aumentado enormemente gracias al cultivo de hortalizas y árboles frutales, con ayuda de pequeños préstamos del comité de desarrollo de la población. Ésta ya tiene electricidad y la comunidad puede disfrutar de televisión por satélite

para el entretenimiento vespertino. La comunidad ha establecido alianzas fuertes con la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Gobierno de los Países Bajos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Gobierno local y muchas organizaciones no gubernamentales.

El éxito de Kosha ha inspirado a cinco pueblos vecinos que se han organizado sin intervención del programa nacional. Dos de ellos ya han finalizado la encuesta de base y la capacitación de las organizaciones comunitarias utilizando recursos propios. La población de Kosha está segura de que podrá seguir mejorando su salud y su calidad de vida mediante la autoayuda e intervenciones autosuficientes sostenidas.

En los últimos años, las definiciones restringidas de comunidad y participación comunitaria (a través de comités de salud, por ejemplo) han dado paso a una perspectiva más amplia basada en la participación de organizaciones de la sociedad civil. Esas organizaciones son de muy diverso tipo. Pueden dedicarse a gestionar o cogestionar los servicios de salud (como hace en Malí la Federación de Asociaciones de Salud Comunitarias), promover la autoayuda y la autorresponsabilidad, actuar como defensoras de grupos olvidados o excluidos (como ocurre con las organizaciones de afectados por el VIH/SIDA), o realizar actividades de protección del consumidor (como la Fundación de Consumidores de Tailandia).

Una de las funciones clave de las organizaciones de la sociedad civil es hacer que tanto los proveedores de atención sanitaria como los gobiernos rindan cuentas de lo que hagan y de la manera de hacerlo. Cuando la sociedad civil está activa, las organizaciones pueden controlar las decisiones de política de los gobiernos y defender sus intereses. En su calidad de custodios del sistema sanitario, los ministerios de salud son responsables de proteger la salud de los ciudadanos y de asegurar que se preste una atención sanitaria de calidad a todos los que la necesiten. Para ello es necesario tomar las decisiones más acertadas a la luz de la evidencia disponible, y privilegiar sistemáticamente el interés público frente a otras prioridades rivales. Esa misión incumbe en última instancia a los gobiernos, incluso en un contexto de descentralización con demarcaciones de responsabilización poco definidas.

No obstante, sin unos mecanismos que permitan a la gente exigir el rendimiento de cuentas de los funcionarios, la rectoría puede fracasar. A fin de ejercer una presión eficaz para exigir el rendimiento de cuentas, es necesario que toda la sociedad civil disponga de información precisa sobre la salud y sobre el desempeño de los sistemas sanitarios. Los gobiernos deben hacer dicha información pública y accesible

La Secretaría de Salud de México, por ejemplo, ha publicado un resumen detallado y de fácil manejo sobre la situación sanitaria y el desempeño del sistema de salud de ese país. Los propios grupos de la sociedad civil, mediante su función fiscalizadora, también generan e intercambian información de utilidad para el rendimiento de cuentas. Es lo que ha ocurrido con los Foros Nacionales de Tailandia para la reforma de la atención sanitaria .

Cuando se dispone de las estructuras adecuadas, una gobernanza eficaz y una participación dinámica de la comunidad son elementos que se refuerzan mutuamente. La presupuestación participativa que se hace en Porto Alegre (Brasil) brinda un ejemplo de creación de consenso con la comunidad en lo que suele ser una actividad tradicionalmente desempeñada por el Estado. Iniciado en 1988, el sistema puesto en marcha está impulsado fundamentalmente por los consumidores, y el organismo ejecutor debe rendir cuentas a sus clientes. La adecuación de las partidas de gastos a las necesidades expresadas por la comunidad se ha traducido en mejoras cuantificables en el acceso a los servicios sociales .

Para conseguir una auténtica participación comunitaria es necesario superar numerosos obstáculos, dos de los cuales son especialmente problemáticos. El primero es que las comunidades, en especial las comunidades rurales pobres, desconocen a veces los mecanismos de participación. En segundo lugar, puede ocurrir que grupos sociales relativamente ricos y con mayor influencia dominen la vida política a nivel de la comunidad, lo cual es más frecuente también en el ámbito rural.

Si se permite que los más acomodados «representen» a toda la comunidad en las discusiones sobre la planificación y la ejecución, el resultado puede ser que los grupos relativamente prósperos sean los realmente beneficiados a expensas de los grupos pobres.

Esas dos situaciones restringen la capacidad de las personas pobres de participar plenamente en los mecanismos diseñados para fomentar la participación de la comunidad en el sistema sanitario. La aplicación de políticas que permitan superar esos obstáculos es un aspecto clave de la rectoría pública en el campo de la salud.

3.8. Crear sistemas basados en principios: cooperación de la OMS con los países

Los objetivos de salud descritos en este informe no se alcanzarán si antes no se refuerzan considerablemente los sistemas sanitarios de los países de ingresos bajos y medios. Y esto es válido tanto para alcanzar los ODM como para extender masivamente la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, manejar la doble carga de morbilidad o alcanzar los restantes objetivos fundamentales de salud.

Hay numerosas alternativas para reforzar los sistemas de salud y establecer prioridades de desarrollo de esos sistemas. En este capítulo se ha propuesto que las actividades que desplieguen los países para construir sus sistemas de salud en los próximos años estén orientadas por los valores de la atención primaria. Se ha sostenido que, pese a los grandes cambios acontecidos en el campo de la política sanitaria mundial a lo largo del último cuarto de siglo, los principios básicos de la atención primaria siguen siendo válidos.

El futuro depara retos aún mayores para los sistemas de salud. En los próximos años, los cambios ambientales afectarán a la salud de la población por mecanismos aún no bien comprendidos. Los sistemas de salud están lidiando ya con los efectos de la globalización

económica, incluidas las migraciones y el impacto de las pautas y prácticas comerciales en la salud de la población. Mientras en los foros internacionales proseguirán los debates sobre cuestiones como los derechos de propiedad intelectual y el comercio de servicios, los sistemas de salud deberán hacer frente a nuevas presiones. En ese contexto, la firme adhesión a los valores de la atención primaria -- equidad, acceso universal a la asistencia, participación comunitaria y acción intersectorial -- serán más importantes que nunca.

En este capítulo se ha comenzado a analizar de qué manera el desarrollo de unos sistemas de salud basados en la atención primaria permitiría encarar los desafíos cruciales que plantean la formación y retención de los trabajadores, la gestión de la información, la financiación de la salud y la rectoría pro equidad. Está claro, sin embargo, que hay que proseguir esta investigación. Aún tenemos mucho que aprender para entender cómo funcionan los sistemas de salud, por qué fallan o responden lentamente a algunas crisis, y cómo es posible traducir los principios de la atención primaria en políticas prácticas que redunden en mejoras de la salud de las comunidades. La intensificación de las investigaciones y el intercambio de información sobre los sistemas sanitarios son aspectos que deben figurar en lugar prioritario en la agenda de la comunidad sanitaria mundial.

El fomento de la investigación de los sistemas de salud es uno de los elementos del programa de la OMS destinado a imprimir mayor eficacia a la cooperación con los países. Además, la OMS colaborará estrechamente con los países para explotar plenamente los actuales conocimientos sobre los sistemas de salud y los resultados de las investigaciones en curso. Las prioridades en ese sentido son las siguientes:

- a. fortalecer la calidad de las investigaciones sobre políticas y mejorar el acceso internacional a la evidencia ya disponible sobre la eficacia de los modelos y las intervenciones de atención primaria;
- b. crear nuevas redes que faciliten el intercambio de las prácticas y experiencias más adecuadas;
- c.

- d. desarrollar un «programa de trabajo» coherente para la atención primaria que integre a todos los niveles de la OMS;
- e. mejorar la comunicación y colaboración con otros organismos internacionales para evitar que se difundan mensajes contradictorios sobre el desarrollo de los sistemas de salud;
- f. desarrollar un marco de evaluación y un proceso de revisión que ayude a los Estados Miembros a analizar las políticas existentes de atención primaria y a planificar los cambios eventualmente necesarios .

Por encima de todo, la adhesión de la OMS a los sistemas de atención de salud basados en la atención primaria se concreta en desplazar el interés prioritario de la Organización lo más rápidamente posible de la defensa de los principios correspondiente al apoyo a aplicaciones prácticas mediante la cooperación técnica con los Estados Miembros. Las actuales consultas mundiales sobre la atención primaria brindarán oportunidades para intercambiar pruebas científicas y comparar las experiencias de los países. La urgencia con que se plantean los retos sanitarios mundiales exige que esos conocimientos se conviertan rápidamente en medidas de mejora de los sistemas de salud basadas en la atención primaria.

La firme resolución de cooperar con los países en el campo del desarrollo de sistemas de salud forma parte de un cambio más amplio de la manera de trabajar de la OMS. En un momento en que surgen nuevos desafíos que exigen nuevas respuestas, la OMS está cambiando de perspectiva y reorientando sus recursos. La Organización está reforzando su colaboración técnica y su apoyo a todos aquellos que desde los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil están contribuyendo a la acción sanitaria. Ese apoyo provendrá de todos los niveles de la OMS y se manifestará en estrategias concretas de cooperación con los países.

El fortalecimiento de la presencia de la OMS en los países y la intensificación de la colaboración a nivel de país constituye para la Organización la mejor fórmula para acelerar los

progresos hacia los objetivos que unen a la comunidad sanitaria mundial: mejoras sanitarias cuantificables para todos, y progresos claros hacia la desaparición de las brechas de equidad.

Empezamos este informe describiendo los contrastes que caracterizan a la salud mundial. Un enfoque basado en la atención primaria reconoce la necesidad de atacar con una perspectiva intersectorial las raíces de las disparidades de salud. De ahí la importancia de los ODM, así como del pacto mundial que fundamenta esos objetivos. Lo mejor que puede hacer el sector de la salud para contribuir al logro de los ODM, las metas de tratamiento del VIH/SIDA y otros objetivos es fortalecer los sistemas de atención sanitaria. Trabajando unidos para construir sistemas de atención sanitaria eficaces, responsivos y pro equidad, la OMS, los Estados Miembros y sus asociados lograrán forjar un futuro más justo, seguro y saludable para todos.

A fin de hacer frente a los formidables desafíos descritos hasta aquí, en este capítulo se exhorta a asentar el refuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma-Ata en 1978: acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud.

Estos principios siguen siendo válidos, pero deben ser reinterpretados a la luz de los cambios radicales que ha experimentado el campo de la salud durante los últimos 25 años. Se examinan aquí cuatro problemas importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud, a saber, la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros, y el reto que supone para la rectoría la aplicación de políticas sanitarias que promuevan la equidad en un entorno pluralista. (50)

4. Sistema de APS de Cuba

No es hasta la década que se inicia en 1960, cuando aparece un movimiento que crea y desarrolla con alcance nacional, con estructura y funciones claramente definidas y con recursos

específicos que aseguran su sostenibilidad, un subsistema del Sistema Nacional de Salud que alcanza su madurez, con eficiencia y eficacia notables, en la última década del pasado siglo.

En enero de 1960 se aprueba la Ley 723, creando el Servicio Médico Social Rural (SMSR), que ofrece a todos los recién graduados de medicina, contrato con salario muy atractivo y estimulante para su tiempo y para un recién graduado. A este estímulo se añadió la cláusula de ser obligatorio cumplir este ejercicio por un período mínimo de 6 meses, para acceder posteriormente a cargos médicos estatales. En 1973 el servicio registró 1 265 profesionales trabajando en el mismo. Cada uno por un período de 2 años. En ese momento el 100 % se unía al servicio, ya se había hecho tradición proclamar en el juramento de los graduados, desde 1965, la renuncia al ejercicio privado de la profesión.

Las funciones de APS del SMSR asignadas a un hospital o consultorio (llamado Puesto Médico Rural) fueron desde sus primeros momentos: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la vacunación, la inspección sanitaria, la educación sanitaria y las actuaciones forenses. El Servicio Médico Rural fue el primer programa de impacto en lo relativo a APS y a la salud pública en general.

Coincidiendo con la implantación del SMSR en las pequeñas ciudades, cabeceras de municipios, se crearon las Unidades Sanitarias. Estas realizaban exclusivamente tareas de APS: atención ambulatoria a pacientes bajo control de los programas contra tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, embarazadas, diarreas agudas infantiles y niños desnutridos. Ejecutaban los planes de vacunación, administraban los servicios de disposición de residuales sólidos y líquidos, y ejercían la inspección sanitaria.

En estas unidades se integraron algunos programas verticales que existían desde la administración anterior, como los de Profilaxis de la Lepra, Enfermedades Cutáneas y Sífilis (PLECS), y el de control de la Tuberculosis. Posteriormente estas Unidades Sanitarias asumieron todas las funciones propias de la APS en las zonas urbanas de su municipio, dirigiendo las Casas de Socorro que continuaban funcionando y los dispensarios infantiles de la Organización Nacional de

Dispensarios Infantiles (ONDI), que fue disuelta e integrada al Ministerio de Salud Pública. Esto ratifica que desde fecha muy temprana la idea de integración de servicios se fue aplicando.

El movimiento de APS en estos primeros años y en estrecha coordinación con los servicios de salud e impulsado por la actividad de educación para la salud, generó la aparición de acciones comunitarias, populares, que se expresaron primero en Postas Sanitarias Rurales, luego en Colaboradores Voluntarios del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP), y algo más tarde, en los Responsables de Salud de los Comités de Defensa de la Revolución y las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas. Un apoyo a los servicios de APS en el área rural lo dieron los Agentes Comunales (trabajadores sociales), del Ministerio de Bienestar Social, durante el período de vigencia de este organismo.

Otro tipo de unidad de APS creada en 1962 fue el hogar materno, que se ha evaluado como útil por su contribución a los resultados del programa materno infantil.

En 1964 se creó una institución que será el centro de la APS en años sucesivos y es el Policlínico Integral. Existían ya unidades con el nombre de policlínico, pero se limitaban a la prestación de consultas a pacientes ambulatorios. El nuevo policlínico es sometido a prueba asignándole una población de 45 000 habitantes y un área de 9 km². Son innovaciones de la prueba, la adopción de la carpeta familiar, como expresión de la política propuesta de atención integral a la familia; la sectorización de la población; la implantación de programas orientados según daño o enfermedad (tuberculosis, enfermedades venéreas, mortalidad infantil, enfermedades diarreicas agudas); el estímulo a la participación comunitaria; el programa de inmunizaciones y la educación para la salud. Se fortalece la atención de los consultorios .

Al proponerse la generalización del experimento del Policlínico Integral, que se realizó en el denominado "Aleyda Fernández Chardiet", bajo la dirección del doctor *Roberto Fernández Elías*, se definió que:

- 2) Es una institución médica que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de salud sobre la población de un área geográfica determinada, mediante servicios que irradian al ámbito familiar.
- 3) Su propósito es la prestación de servicios básicos de salud con un sentido dinámico, proyectándose e irradiándose hacia las comunidades que sirven a través de personal de terreno, dentro de determinados límites geográficos que reciben el nombre de áreas de salud.

En estos años contribuyeron a la solución de problemas de salud los avances económicos y sociales que lograba el país, tales como la erradicación de la corrupción, que desviaba recursos de los presupuestos del estado; la promulgación de la nueva ley de seguridad social (Ley 1100 de 1963), que define esta como de aplicación a todos los trabajadores, en régimen no contributivo, o sea, a cargo del Estado; el establecimiento de la gratuidad de los servicios médicos a partir del 1ro de junio de 1960; la rebaja de precios de las medicinas y la nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados; la implantación de la ley de Reforma Agraria, que liberó del pago de renta al 85 % de los campesinos, elevó su poder de compras, y aumentó la ocupación en la agricultura en 208 000 puestos; la rebaja de tarifas telefónicas y eléctricas y de alquileres de viviendas, entre un 30 y 50 %;¹³⁻¹⁵ así como también la reducción del desempleo, hasta una situación de virtual pleno empleo. El porcentaje de población económicamente activa desempleada, en algunos años seleccionados fue de 12,5 en 1958, 11,8 en 1960, 9,0 en 1962 y 1,3 en 1970 .

Otro incuestionable aporte al mejoramiento de los indicadores de salud, lo constituyó la campaña de alfabetización, que erradicó el analfabetismo como fenómeno social, seguida de la campaña por el 6to grado. El policlínico integral generalizado a partir de 1964 y todo lo relativo a la APS fue revisado 10 años después, encontrándose que:

- 1) el policlínico mantenía cierta integridad en su conjunto, pero las acciones se desarrollaban de modo compartimentado
- 2) predominaban las acciones curativas
- 3) no se trabajaba en equipo

- 4) inestabilidad en el personal profesional
- 5) excesivas remisiones de pacientes al nivel secundario
- 6) influencia negativa para la APS de la formación médica en el escenario hospitalario

Hecho el diagnóstico surgió un nuevo modelo de APS, que llamamos de medicina en la comunidad y a su unidad base Policlínico Comunitario. En esta ocasión se llevó a cabo la prueba experimental en el Policlínico de Alamar, que hoy lleva el nombre del Director que condujo el experimento, el doctor *Mario Escalona Reguera*.

Las tareas fundamentales a desarrollar por estas unidades van encaminadas a cumplimentar los Programas Básicos del Área, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al medio, y se clasifican de la forma siguiente:

I. Programa de Atención a las Personas.

Programa de Atención Integral al Niño.

Programa de Atención Integral a la Mujer.

Programa de Atención Integral al Adulto.

Programa de Atención Integral Estomatológica.

Control Epidemiológico.

II. Programa de Atención al Medio Ambiente.

III. Higiene Urbana y Rural.

IV. Higiene de los Alimentos.

V. Medicina del Trabajo.

VI. Programa de Optimización de los Servicios.

VII. Programa Administrativo.

VIII. Programa Docente y de Investigación.

Otra innovación fue la introducción del concepto de equipo de salud y la búsqueda de una actitud de equipo. Dice textualmente el documento programático del policlínico comunitario (MINSA. Fundamentación de un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana:

S/F.) "En el policlínico, todo su personal integra el equipo de salud del área. El equipo primario está dado por el colectivo reducido que se forma para abordar una tarea específica, con un contacto estrecho entre sus integrantes. Ejemplo de ellos son las brigadas de trabajadores de saneamiento o el pediatra y la auxiliar de enfermería. El primero de los ejemplos constituiría un equipo primario vertical, por estar integrado por individuos con una misma profesión o actividad. El segundo, es el equipo primario horizontal, integrado por personal de distinta categoría o profesión, siendo por tanto, interdisciplinario"... "En el modelo propuesto, estos equipos horizontales lo integran el médico (internista, ginecoobstetra o pediatra), y el personal de enfermería, responsabilizado cada uno de ellos con un sector o número de habitantes".

Además de lo anterior, el modelo define medidas que procuran asegurar el trabajo integral de los equipos en su dinámica de trabajo, coordinado con los equipos verticales como el de trabajadores sanitarios, o desarrollando acciones con la intervención de los trabajadores sociales. También se imparten en el documento citado indicaciones para el estímulo y coordinación de la participación activa de la comunidad en la protección de la salud de la población, destacando el papel en ello de la educación para la salud. En lo referido se encierran los conceptos que se definieron como elementos esenciales del modelo de APS del Policlínico Comunitario: integral sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con participación activa de la comunidad.

Este modelo de atención representa un avance en la cantidad y calidad de la APS la población, pero transcurridos alrededor de 15 años, se hicieron evidentes ciertas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria; dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas; inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes; inadecuada sectorización de la población; acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico; creciente número de especialistas para la atención secundaria, frente a indefinición del tipo de médico para atención primaria e insatisfacción de la población.

Estas circunstancias motivaron una nueva evaluación integral de la situación de la APS en el país, que condujo a la formulación de un nuevo modelo, el actualmente vigente que llamamos de Medicina Familiar, o del Médico y Enfermera de la Familia. La APS es el campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos(51)

Teniendo en cuenta los objetivos de la declaración de Alma Atá, Cuba adoptó en atención primaria de salud (APS) el novedoso y ejemplar modelo del médico de la familia, y utilizó para ello a un médico especialista en medicina general integral (MGI) que al formarse como tal pudiese comprender, integrar, coordinar y administrar los cuidados de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, experiencia única en el mundo.

Esto exige que el sistema nacional de salud tenga que operar en la perspectiva del desarrollo de la APS y obliga a que se cambie la organización y el método de trabajo de todas sus instituciones de salud.

Los problemas sociales, incluidos los de la salud, son imprevisibles en sus resultados y obedecen a condiciones materiales inestables; y dado que los servicios de salud involucran a una variedad de actores y conjuntos sociales con intereses no siempre afines, el mejoramiento de la práctica de la MGI en la atención primaria de salud se constituye en prioridad de primer orden en esta etapa del perfeccionamiento del sistema nacional de salud. (52)

Capítulo VII

OTRAS FUENTES

SUMARIO: 1. Jornadas Provinciales de Salud con la Comunidad. 2. entrevista al dirigente Justicialista Alberto Joaquín.

1. Jornadas Provinciales de Salud con la Comunidad (6-9 dic. 2006 : Rosario)

Una evidencia de la preocupación de las autoridades gubernamentales fueron las Jornadas Provinciales de Salud con la Comunidad, realizadas en Rosario durante tres días, a través de doce talleres y cinco paneles en los que se presentaron trabajos sobre enfermedad y calidad de vida, con una audiencia de 1500 asistentes representando las siete zonas de salud santafesinas.

La consigna fue “La salud es una construcción colectiva y solidaria”. según los organizadores, para lograrlo es necesario el trabajo en conjunto del gobierno y la comunidad, siendo los objetivos directos: “reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir enfermedades paradigmáticas de la baja calidad de vida”.

La vicegobernadora, en el acto de clausura destacó: “Sostener la democracia significa mejorar las condiciones de vida de la gente” y en el marco del tema predistribución de la riqueza opinó que la mejor garantía para acceder a la salud es la menor brecha entre ricos y pobres. Consideró que: “Pensar en una salud que les llegue a todos tiene que ver en un primer lugar con una dimensión ideológica”.

La ministra de Salud, Silvia Simonsini, concibiendo a la salud como derecho, dijo que el encuentro también permitió prolongar, preservar y desarrollar nuevos espacios barriales y regionales para continuar intercambiando experiencias y conocimientos. (53).

2. Entrevista al dirigente justicialista Alberto

El dirigente justicialista Alberto Joaquín sostuvo, en declaraciones a la Capital, que el gobierno provincial debe llamar a Asamblea Constituyente para reformar la Carta Magna, con el fin de instaurar la autonomía municipal, eliminar el Senado y la Vicegobernación, y establecer el sistema de elecciones por circunscripción.

Señaló además que la autonomía fortalecerá institucionalmente a Rosario, convirtiéndola en gran centro de inversiones.(54) (Ver texto completo en Anexo 3)

Capítulo VIII

CONCLUSION FINAL

SUMARIO: 1. Conclusión. 2. Síntesis.

1. Conclusión

La hipótesis sugerida ha sido suficientemente comprobada a través del análisis exhaustivo de las fuentes que otorgan veracidad al modelo teórico, expresan la realidad nacional e internacional sobre el tema y fundamentan la necesidad de transformaciones jurídicas relevantes dentro de la normativa de la Provincia de Santa Fe, a fin de lograr mayor equidad en las prestaciones, mediante un sistema de salud acorde a los tiempos actuales.

Estas transformaciones han de ser de fondo e indiscutibles, por lo tanto han de tener rango constitucional, como ya lo hicieran en otras Constituciones, provinciales e internacionales, y aconseja el informe de la Organización Mundial de la Salud. A tal efecto , dicha reforma ha de ser acompañada con una ley que reglamente lo dispuesto en ella.

2.Síntesis

A fines de elaborar una propuesta acerca de los conceptos que deberían ser incorporados en la Constitución de la Provincia de Santa Fe sobre Salud, ha de tenerse en cuenta el análisis realizado al respecto en la nueva Carta Magna Nacional y en la Constitución provincial vigente, donde puede destacarse, a manera de síntesis:

Constitución Nacional

Con su texto reformado en el año 1994, carece de principios rectores taxativos sobre salud. El tema, solamente es soslayado en el capítulo referido a Nuevos Derechos y Garantías, en su artículo 41, donde se expresa el derecho a un ambiente sano, situación que, si bien es un componente determinante sobre la salud de la población, su formulación está expresada en términos de protección ambiental, vale decir desde la perspectiva del recurso y de la preservación patrimonial pero no es formulada desde el criterio del impacto sobre la salud. Por otro lado, en el artículo 42, se establece que “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud... ” donde nuevamente el tema es tocado tangencialmente.

Si bien no se encuentran enunciados taxativamente en la Constitución Nacional principios que garanticen la salud de la población, éstos están contenidos en las atribuciones del Congreso, Capítulo IV, artículo 75, donde se reconocen Tratados y Concordatos, con jerarquía superior a las leyes, tales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño, los cuales sí contienen explícitamente establecidos los derechos a la salud y al bienestar.

Paralelamente, se puede interpretar como compromiso con la salud al inciso 23 del mismo artículo, donde se promueve como garantía la defensa de los derechos, en particular, de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad, como así mismo aborda la seguridad

social para proteger a los niños en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.

En el Título Segundo se fijan las atribuciones conferidas a las provincias; aunque tampoco se menciona el tema de salud, y en su artículo 123 se expresa que “ Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5 asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero”.

Constitución de la Provincia de Santa Fe,

Reformada en el año 1962, desarrolla en tres artículos su compromiso con la salud, ambos contenidos en el Capítulo correspondiente a “Principios, derechos, garantías y deberes”. Así, el artículo 19 formula: “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 sujetas 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”.

Por su lado, el artículo 21 expresa: “ El estado crea las condiciones necesarias para procurar a sus habitantes un nivel de vida que asegure su bienestar y el de sus familias, especialmente por la alimentación, el vestido, la vivienda, los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios.

Toda persona tiene derecho a la provisión de medios adecuados a sus exigencias de vida si estuviese impedida de trabajar y careciese de los recursos indispensables. En su caso, tiene derecho a la readaptación o rehabilitación profesional. El estado instituye.....”

El artículo 23 cita, “La Provincia contribuye a la formación y defensa integral de la familia y al cumplimiento de las funciones que le son propias con medidas económicas o de cualquier otra índole encuadradas en la esfera de sus poderes.

Protege en lo material y moral la maternidad, la infancia, la juventud y la ancianidad, directamente o fomentando las instituciones privadas orientadas a tal fin”

Si bien en la Constitución de la provincia de Santa Fe está presente la problemática de la salud, teniendo en cuenta los avances que se han producido durante los últimos cuarenta años, resulta necesario adecuarla a las nuevas exigencias y necesidades sociales.

Capítulo IX

PROPUESTA DE REFORMAS

SUMARIO:1. Propuesta de Reforma de la Constitución de la Provincia de Santa Fe en el aspecto Salud- por artículo. 2. Ley Sistema Integrado de Salud Provincia-Municipios.3. Modificaciones a la Ley N^a 6312-S.AM.C.O.- Decreto Reglamentario N^a 04321/67. 4. Otras reformas a tener en cuenta. 6. Reforma de la Ley N^º 10.396-Defensoría del Pueblo

1. Propuesta de reforma de la Constitución de la Provincia de Santa Fe- en el aspecto Salud- por artículo

Derechos y garantías- Principio de igualdad:

- **Reforma del Art. 8 : Todos los habitantes de la Provincia gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio.**
- **Inc. a.** Todos los habitantes de la Provincia son iguales ante la ley humana.
- **Inc. b.** Incumbe al Estado remover los obstáculos de orden económico y social y social que, limitado de hecho la igualdad y la libertad de los individuos, impidan el libre desarrollo de la persona humana, **desde su concepción hasta su nacimiento y, desde éste hasta su pleno desarrollo, a la salud y a la integridad psicofísica** y a la efectiva

- participación de todos en la vida política, económica y social de la comunidad.
-
- **Inc. c) La mujer y el hombre tienen iguales derechos con respecto a sus respectivas características sociobiológicas.**

Protección de la familia

- Reforma art. 23. La Provincia contribuye a la formación y defensa integral de la familia y al cumplimiento de las funciones que le son propias con medidas económicas o de cualquier otra índole encuadradas en la esfera de sus poderes
- **El Estado promueve la procreación responsable, poniendo a disposición de los habitantes la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.**
- **La madre goza de especial protección, garantizándose su atención integral en el embarazo, parto y puerperio, promoviendo la lactancia materna y la adecuación de las condiciones laborales que garanticen la protección de sus derechos.**
- **El Estado Provincial garantiza mediante su responsabilidad preventiva y subsidiaria, la atención integral del niño y el pleno goce de sus derechos, sin perjuicio del deber de los padres y del accionar subsidiario de las sociedades intermedias, propendiendo a su normal crecimiento y desarrollo armónico, especialmente en situaciones de desprotección, carencia o bajo cualquier forma de discriminación o de ejercicio abusivo de autoridad familiar. Es obligación del Estado Provincial atender a la nutrición suficiente de menores hasta los seis años de edad.**
- **El Estado Provincial conjuntamente con la familia y la sociedad procuran la protección de sus ancianos, reconociéndoles el derecho a una asistencia particularizada y asegurando una protección integral que revalorice su rol como protagonista de esta sociedad. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o a través de instituciones intermedias; a una atención de carácter familiar, a establecimientos especiales enfocados con mentalidad preventiva, a los hogares o**

- **centros de día, a la asistencia integral domiciliaria, a promover su reinserción laboral a los fines de la terapia y aprovechamiento de su experiencia y capacitación.**

Limitación de derechos y libertades- **Deberes:**

Reforma art.16 – El individuo tiene deberes hacia la comunidad. **Son deberes de toda persona cuidar su salud como bien social.** En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades puede quedar sometido a las limitaciones, establecidas por la ley exclusivamente, necesarias para asegurar el respeto de los derechos y libertades ajenas y satisfacer las justas exigencias de la moral y el orden público y el bienestar general.

Para el caso en que la Constitución Provincial, en concordancia con lo establecido por el artículo 123 de la Constitución Nacional, contemple la autonomía municipal - institución política-administrativa-territorial que sobre una base de capacidad económica para satisfacer los fines de un gobierno propio se organiza independientemente dentro del Estado para el ejercicio de sus funciones - se deberá establecer cuál es el papel de dichas organizaciones en el sistema de salud. Ante esto se propone:

Pautas de organización

- Reforma art. 107:
- **Inc.1.** Los municipios son organizados por ley sobre la base:
 - 1º)- De un gobierno dotado de facultades propias, sin otras ingerencias sobre su condición o sus actos que las establecidas por esta Constitución y la ley;
 - 2º)- Constituido por un intendente municipal, elegido directamente por el pueblo y por un período de cuatro años, y un Concejo Municipal, elegido dr la misma manera, con representación minoritaria, y renovado bienalmente por mitades; y
 - 3º)- Con las atribuciones necesarias para una eficaz gestión de los intereses locales, a cuyo efecto la ley los proveerá de recursos financieros suficientes.

Inc. 2. Pueden recrear, recaudar y disponer libremente de recursos propios provenientes de las tasas y demás contribuciones que establezcan en su jurisdicción. Tienen, asimismo, participación en gravámenes directos o indirectos que recaude la Provincia, con un mínimo de cincuenta por ciento del producido del impuesto inmobiliario, de acuerdo con un régimen especial que asegure entre todos ellos una distribución proporcional, simultánea e inmediata.

Inc. 3. Estas mismas normas fundamentales rigen para las comunas, de acuerdo con la ley orgánica propia, con excepción de su forma de gobierno, el cual está a cargo de una Comisión Comunal, elegida directamente por el cuerpo electoral respectivo, y renovada cada dos años en su totalidad.

Inc. 4. Queda facultada la Legislatura para cambiar con carácter general el sistema de elección de intendentes por cualquier otro modo de designación

Inc. 5. La Provincia conserva y reafirma su función indelegable de autoridad sanitaria, por lo que conduce, controla y regula el sistema; financia el área estatal como eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el Gobierno Federal, con otros Gobiernos Provinciales, con los Gobiernos Comunales y Municipales y con instituciones sociales públicas y privadas y los organismos de seguridad social.

Inc. 6. La Provincia delega en las Comunas y Municipios de su territorio, atribuciones para organizar y desarrollar un sistema de salud conforme a la estrategia de atención primaria, en coordinación con los lineamientos establecidos por la autoridad sanitaria provincial.

Así como existe en la actual Constitución Provincial un apartado especial para la Educación, Sección Octava – Capítulo Único – Artículo 109, se propone la creación de uno para Salud donde se establezca claramente cuál es el concepto de salud, para lo cual se propone:

CAPITULO DOS

Salud

- Art. 114. La salud es un bien natural y social vinculado con el más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social de los habitantes de la Provincia.**

Derecho a la Salud

- **Art. 115.** El Gobierno de la Provincia garantiza el derecho a la salud física y mental mediante una inversión social prioritaria, a través de un área estatal de salud con capacidad de realizar acciones y prestaciones basadas en la promoción, protección, prevención, atención, recuperación y rehabilitación gratuita de la salud y en el control de los riesgos biológicos, sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción, promoviendo la participación individual y colectiva de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Se entiende por gratuidad a la eximición de cualquier forma de pago directo, rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades, asegurándose en todo el territorio provincial el acceso al uso adecuado, equitativo, integral, solidario, universal y oportuno de las tecnologías de la salud y recursos terapéuticos.
- **Art. 116.** El Estado Provincial garantiza la protección integral de los discapacitados, físicos, sensoriales y/o psíquicos, desde la prevención, asistencia, capacitación, inserción social y promoción de políticas que tiendan a concientizar a la sociedad sobre los deberes de solidaridad, poniendo especial énfasis en la terapia rehabilitadora y en la educación especializada, amparándolos para el disfrute de los derechos que les corresponden como miembros plenos de la comunidad.
- **Art. 117.** La población de pacientes internados en Instituciones Psiquiátricas es considerado como un grupo altamente vulnerable por lo que el Estado Provincial garantiza el ejercicio pleno de sus derechos, propiciando la reinserción social de las personas con sufrimiento mental.
- **Art. 118.** El Estado confiere dedicación preferente a la atención primaria de la salud física y mental, a la medicina preventiva y a la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas y emergente. Propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud mediante la capacitación y formación, incentivando la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades.

- **Art. 119. El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y procura el fácil acceso a los mismos, promoviendo el suministro gratuito de medicamentos esenciales.**

Trabajadores de la salud

- **Art. 120. La Provincia puede conferir la supervisión y el control de las actividades profesionales vinculadas a los fines de la salud con función social, a entidades que se organicen con el concurso de todos los profesionales de la actividad, en forma democrática y pluralista, sometiendo a la reglamentación de la ley para asegurarla.**
- **Art. 121. La actividad de los trabajadores de la salud debe considerarse como función social, reconociéndoseles el derecho al escalafón y carrera técnico-administrativa, de conformidad con la ley.**

Ha de cambiarse la correlatividad de los números de los artículos subsiguientes

2. Ley Sistema integrado de salud Provincia-Municipios-

La reforma de la Constitucional de la Pcia de Santa Fe se acompañaría con la promulgación de una ley que la regule.

La posibilidad de una **ley de salud provincial**, además, sería una norma de jerarquía inferior que estaría profundizando, sobre todo, el tema de las competencias a nivel provincial y municipal.

Contenidos propuestos:

* El Estado provincial conserva las competencias originarias que le otorga la Constitución Provincial a través del artículo 123.

Del Ministerio de Salud-Atribuciones

- * El Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en los artículo respectivos de la Ley 10.101, de Ministerios:, ejercerá las funciones de.organización y contralor .
- * Puede transferir la ejecución de las políticas a los estados municipales mediante las herramientas legales correspondientes.
- * El Ministerio de Salud debe formular las políticas y los planes, normalizar, evaluar, controlar, supervisar, mantener un sistema provincial único de información, informar y rendir cuentas a la comunidad, fortalecer la descentralización, reglamentar y asignar recursos.
- * Puede elaborar Planes Estratégicos adecuados a sus respectivas Zonas de Salud y ordenar la suscripción de Compromisos de Gestión entre las autoridades administrativas zonales y la conducción de los establecimientos hospitalarios. De esta forma, puede organizar los servicios y la red, administrar eficazmente los recursos provinciales y promover la transferencia de determinados servicios a los gobiernos locales. Estos pueden asociarse entre sí para atender los servicios que les sean transferidos.

Esta descentralización implica la decisión de extender el Programa del Seguro de Salud a todo el territorio provincial y se realizaría en base a la dimensión política, administrativa, técnica y financiera de dichos gobiernos locales. El proceso de descentralización debe ser establecido por ley o por Decreto fundado en ley.

Las municipalidades firmarían Convenios con el Ministerio para la Transferencia de la Administración de los Servicios destinados a la Atención Primaria de la Salud localizados en su jurisdicción. Ellos pueden ser Equipos de Atención Primaria ya conformados, centros municipales y provinciales de salud del primer nivel y SAMCo que deberán salir de la órbita de la Ley 6312 y transformarse en EAP

3. Reforma de la LEY N° 6312- S.A.M.C.O. Decreto Reglamentario N° 04321/67

La transferencia implica **la sanción de una ley modificatoria de la ley SAMCo y, a la vez, de descentralización.**

Esta modificación de la ley ha de considerar:

1. reconvertir los del primer nivel en Equipos de Atención Primaria y colocarlos bajo la administración de los gobiernos locales.
2. Los establecimientos municipales del primer nivel de atención existentes a la fecha adoptarían las modalidades de funcionamiento establecidas a nivel provincial (EAP) de manera de homogeneizar todos los componentes del sistema.
3. Los efectores municipales de 2do. Y 3er. nivel existentes a la fecha, los cuales continuarían bajo la dependencia de su respectivo gobierno municipal aunque conformando la red provincial de servicios, conjuntamente con los establecimientos provinciales y los EAP.(Efectores de Atención primaria) La integridad y óptimo funcionamiento de la red quedaría bajo la responsabilidad de los Jefes de Zona.
4. En virtud de los convenios, las municipalidades deberían gestionar los servicios puestos bajo su tutela, administrar los recursos asignados, ejecutar las políticas provinciales, elaborar planes, poseer un sistema de información municipal, organizar a la comunidad para posibilitar la participación y el control social del sistema, etc.
5. Financiamiento: el sistema se financiaría con recursos del presupuesto provincial y/o municipal, según el caso. La asignación hacia las municipalidades se realizaría en función de lo establecido por el régimen del Seguro de Salud Provincial (SSP). Otras asignaciones

que surjan como necesarias para la ejecución de las acciones encomendadas, podrán responder a criterios tales como: cantidad de habitantes, cantidad de potenciales beneficiarios del SSP, dispersión geográfica de la población, necesidades particulares de cada municipio en salud, desempeño del gobierno local para el logro de sus objetivos y metas de salud.

6. Bajo la denominación de Unidad Ejecutora Local del SSP, las municipalidades podrían administrar los recursos afectados (infraestructura, recursos financieros, humanos, etc.), previa transferencia de las capacidades necesarias.
7. Cada Zona de Salud tendrá el carácter de Unidad Ejecutora Regional y supervisará el accionar de las municipalidades.
8. La relación Ministerio - Jefes de Zona ha de regularse a través de los Planes Estratégicos. El control del óptimo funcionamiento de la red se vería favorecido con la implementación de los Compromisos de Gestión, a suscribir con SAMCo, descentralizados y provinciales y por lo que prescriban los Convenios de Transferencia con las municipalidades.

Ambas constituyen herramientas fundamentales del Ministerio de Salud para la transmisión de las políticas, la planificación y el control.

4.Otras Reformas Constitucionales a tener en cuenta:

*Bajo el título Autonomía Municipal, quedaría plasmada en la Constitución la articulación con municipios y comunas y, en este sentido, el desarrollo a nivel local de la atención primaria de la salud.

.*Ha de dejar sentado las funciones y atributos de cada uno o la forma de organizarlo en función de las actuales políticas del ministerio.

*El contralor se garantizaría por medio del control propio de la Provincia, por el Ministerio mismo y a su vez El Defensor del Pueblo.

5. Reforma de la Ley N° 10.396- DEFENSORIA DEL PUEBLO

El Defensor del Pueblo es el funcionario que bajo la órbita institucional, tiene como objetivo fundamental proteger los derechos e intereses de los individuos y la comunidad frente a los actos, acciones, hechos y omisiones de la Administración pública provincial y sus agentes que impliquen un ejercicio ilegítimo, irregular, abusivo, arbitrario, discriminatorio, negligente, inoportuno de sus funciones o configuren una desviación o abuso de poder. Asimismo tiene a su cargo la defensa de los derechos humanos y demás derechos e intereses individuales, colectivos y difusos, (de la salud publica, de la calidad de vida, de los consumidores, de la prevención y conservación del medio ambiente, de la preservación del patrimonio histórico, cultural y artístico, entre otros) tutelados por la Constitución nacional y provincia l(55).

Reforma Art. 9. El Defensor del Pueblo no estará sujeto a mandato imperativo alguno, no recibirá instrucciones de ninguna autoridad y desempeñará sus funciones con autonomía y según su criterio. **Tendrá a su cargo la defensa de los derechos humanos y demás derechos e intereses individuales, colectivos y difusos, (de la salud publica, de la calidad de vida), de los consumidores.**

ANEXOS

Anexo 1: LEY 6312 – S.A.M.C.O.- Decreto reglamentario N° 04321/67

LEY N° 6312

**SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD
Y SUS MODIFICACIONES**

DECRETO N° 04321

**ESTATUTO ORGANICO DE LOS SERVICIOS PARA
LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD
PROYECTO Y CONVENIO**

LEY N° 10440

MODIFICATORIA ARTICULO 8°

LEY N° 6312

Santa Fe, 2 de Mayo de 1967

Visto:

La autorización del Gobierno Nacional, concedida por el Decreto N° 2163/67 en ejercicio del Estatuto de la Revolución Argentina,

EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Sanciona y Promulga con Fuerza de:

LEY:

ARTICULO 1°: Créase bajo la denominación genérica de "SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD" tantos entes como fueren necesarios, cuyos objetivos, estructuras y bases jurídicas se establecen en la presente Ley y en los Decretos Reglamentarios que

en consecuencia dicte el Poder ejecutivo Provincial por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en reemplazo del régimen técnico-administrativo vigente para los organismos asistenciales sanitarios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

DE SUS OBJETIVOS

ARTICULO 2º: Los entes que se crean por el Artículo anterior, no tienen ni pueden tener fines de lucro y en todos los casos se estructurarán sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse, que dependan o debieran depender del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la finalidad de propender al mayor rendimiento y mejor prestación de los servicios médicos curativos y preventivos que es obligación del Estado prestar a la Comunidad toda en atención al valor humano económico que la salud representa en toda sociedad organizada dando a la comunidad beneficiaria la oportunidad de participar en forma activa en la concreción de esos propósitos con su aporte, e intervención directa.

ARTICULO 3º. Las prestaciones de estos establecimientos comprenden la atención a enfermos que por su situación económica estén o no en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión, creencia o ideas políticas o sociales de ninguna naturaleza. El reglamento establecerá con carácter general las condiciones y/o modalidades en que dichas prestaciones se llevarán a cabo sin descuidar que fundamental atender la salud de las clases sociales menos pudientes económicamente y que en forma especial y concreta a ellas están destinadas las disposiciones de esta Ley

La acción de estos servicios deberá hacerse extensiva al aspecto preventivo de la salud de la población.

ARTICULO 4º: A los establecimientos a los cuales se aplique el régimen de esta Ley, tienen acceso todos los habitantes de la jurisdicción donde funcione el ente y pueden disponer del mismo para la internación, operación, curación, etc., etc. de sus pacientes, todos los profesionales médicos de la

localidad y/o jurisdicción pertinente, dentro de los preceptos que fije la reglamentación que al efecto se dicte por el Poder Ejecutivo, sin otra discriminación. Todo ello sin perjuicio de lo señalado en el Artículo anterior.

DE SU NATURALEZA JURIDICA

ARTICULO 5º: Los entes que se crean genéricamente por el Artículo 1º de la presente, siendo personas de derecho privado por su naturaleza y funciones que les acuerda esta Ley, participan del derecho público y una vez cumplidos los requisitos que señala la misma para su puesta en marcha en una determinada localidad, lo que será declarado por Decreto del Poder Ejecutivo, a dictarse por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comenzará su existencia legal con la denominación de "SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD DE....." (el nombre de la localidad que corresponda).

ARTICULO 6º: Gozan de las mismas excepciones impositivas y de tasas que las reparticiones públicas provinciales y demás beneficios que las leyes acuerdan a los organismos oficiales.

ARTICULO 7º: Las instituciones primarias que promueven en cada localidad la aplicación del régimen de esta Ley en la forma que establecen los Artículos 10º y 11º no tendrán empero la representación oficial del Estado y las personas físicas que las representen no tienen calidad de agentes civiles de la Administración Pública y no gozarán de ninguna retribución especial por ningún concepto en razón de sus funciones o como integrantes de los entes que se crean.

* ARTICULO 8º: Gozan de independencia para el cumplimiento de sus fines específicos, no obstante lo cuál, estos entes pueden ser intervenidos por el Ministerio de Salud Pública, cuando existan razones de orden público y que hagan a su correcto funcionamiento, que así lo justifique o cuando de alguna manera se desvirtúe la finalidad de su creación, con exclusión del régimen de esta Ley y su reincorporación a la órbita del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para retornar en forma directa las prestaciones a cargo de la misma.

• **MODIFICADO POR LEY 10440 (al final)**

ARTICULO 9º: El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, controlará el funcionamiento de estos entes y, en especial modo, en todo lo que se relaciona con la eficaz prestación de atención médica-asistencial gratuita a personas de escasos recursos económicos, cuya deficiencia debidamente probada es causa más que suficiente para disponer su intervención.

DE SU INTEGRACION Y CONSTITUCION

ARTICULO 10º: Los entes denominados "Servicios para la Atención Médica de la Comunidad" serán promocionados en cada lugar por las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro, existentes en la localidad respectiva y/o en la zona de influencia de la jurisdicción territorial que se le asigne y que libremente deseen hacerlo, debiendo la Municipalidad o Comisión de fomento del lugar, integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del mismo.

Dichas instituciones deben ser o estar constituidas legalmente y es deber inexcusable de las mismas, promover y ayudar al mantenimiento del Servicio con fondos propios.

En el caso particular de las ciudades de Santa Fe y Rosario se constituirá un solo Consejo de Administración para cada una, el que tomará a su cargo la conducción administrativa de todos los establecimientos médico-asistenciales de la provinciales y municipales existentes al momento con exclusión de los de tipo monovalente aplicados a grandes luchas sanitarias.

"Además estos Entes serán promocionados y/o integrados exclusivamente por aquellas instituciones que posean el máximo nivel posible de representatividad dentro de cada gran sector comunitario, sea por carácter de central o de matriz o sea, en su defecto, por el número de asociados que posean dentro del ámbito local".

ARTICULO 11º: Las instituciones que señala el Artículo anterior, que en una determinada localidad deseen adoptar para la presentación del servicio médico de la comunidad, el sistema de

esta Ley, deberán promover dentro de la población respectiva la iniciativa, y una vez que hubiere criterio formado, constituirán una comisión especial que se denominará “COMISION VECINAL PARA LA PROMOCION DEL SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD DE.....” (agregar el nombre de la localidad). Esta comisión así constituida elevará el pedido correspondiente al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dicho petitorio será firmado por las personas responsables de las instituciones respectivas cuyas firmas, con la aclaración de la institución que representan, serán legalizadas por Escribano Público, Juez de Paz, etc. E indicará la forma y condiciones en que deseen tomar a su cargo el establecimiento asistencial de que se trate, para la atención del mismo en cumplimiento de los objetivos de esta Ley.

ARTICULO 12º: A esa gestión se acompañará además una copia fiel y autenticada de las firmas en la forma que indica el Artículo anterior del acta de la Asamblea General de Socios de cada Institución que constituyen dicha comisión vecinal, autorizando el pedido que se formula por intermedio de sus representantes y el mandato que en ese sentido les ha sido conferido.

ARTICULO 13º: Las actuaciones en cuestión, que deberán ser elevadas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por la Comisión Vecinal interesada, darán lugar al dictado de una resolución de la mencionada Secretaría de Estado, declarando que la misma se ha constituido en legal forma, y está autorizada para peticionar bajo la responsabilidad de la misma la constitución del Consejo de Administración que ha de regir los destinos del ente que esta Ley crea a través del sistema que articula a esos fines y para el logro de sus propósitos.

ARTICULO 14º: La Comisión Vecinal, así reconocida, propondrá de inmediato al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social las personas que integrarán el Consejo de Administración del ente en cuestión, lo que originará el dictado de un Decreto del Poder Ejecutivo por intermedio del mencionado Ministerio, reconociendo la constitución de dicho Consejo de Administración, oportunidad a partir de la cual comienza la existencia legal del ente y a funcionar como tal.

ARTICULO 15°: El Consejo de Administración procederá a elección de la Comisión Ejecutiva, que prescribe el Artículo 23° de esta Ley, dando conocimiento al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la integración de la misma, a los fines de concretar el convenio para el traspaso al ente del servicio que tomará a su cargo y en las condiciones en que ello se producirá.

ARTICULO 16°: Las Instituciones originarias que gestaron la puesta en marcha en una localidad determinada del sistema de esta Ley, pueden reducirse, cuando a ello hubiere lugar o ampliarse, en su caso, con nuevas Instituciones existentes o creadas con posterioridad, observándose en estos supuestos lo señalado en los Artículos 10° al 14° de la presente.

Estas Instituciones, para peticionar ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y para el cumplimiento de las funciones y deberes que les acuerda la Ley, se constituirán en forma permanente o ad-referendum en cada caso, en COMISION VECINAL en la forma que indica el Artículo 11°, sin perjuicio empero de que cada una puede en forma individual formular, cuando hubiere lugar y se justifique ello, peticiones, sugerencias, etc.

DE SU GOBIERNO Y ADMINISTRACION

ARTICULO 17°: En el aspecto técnico, estos entes estarán a cargo exclusivamente del Médico-Director designado y rentado por el Poder Ejecutivo de acuerdo a las normas del Decreto - Ley N° 07216/63 y/o disposición que lo reemplace, con las mismas obligaciones y derechos en ese aspecto que las que tienen en la actualidad esos agentes. El es el único responsable de la conducción técnica del servicio e integra el Consejo de Administración en calidad de Asesor y no tendrá voto en las resoluciones, pero si voz en sus deliberaciones.

ARTICULO 18°: Sin perjuicio de lo señalado en el Artículo anterior, el ente puede contratar los servicios de otros profesionales del Arte de Curar para el cumplimiento de los fines y propósitos de esta Ley, debiendo en tal caso el Médico Director compartir su responsabilidad con el o los profesionales médicos en tal caso designados, en la conducción técnica del establecimiento. En cuanto a los enfermos asistidos en el establecimiento que fueren triados por profesionales ajenos al servicio, estos son responsables de su tratamiento y curación. Para la designación de estos agentes

se estará a lo establecido en el Decreto 07216/63 debiendo los concursos realizarse con intervención de las respectivas Junta de Escalafonamiento.

Consejo de Administración.

ARTICULO 19°: En su aspecto administrativo, el SERVICO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD, estará a cargo de un CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN formado por la representación igualitaria de las Instituciones que gestionaron su puesta en marcha, en número no inferior a ocho personas como titulares y el mismo número como suplentes. Si no hubiere tantas instituciones, hasta llegar a ocho, las existentes duplicaran, triplicarán, etc., su representación de manera que se cubra por lo menos el mínimo señalado. En cuanto a su máximo, el Consejo de Administración no tiene límites.

ARTICULO 20°: Los miembros del Consejo de Administración durarán dos años en sus mandatos, siendo renovables por mitades cada año. En la primera oportunidad, se establecerá por sorteo los que durarán un o dos años. Estas personas, a propuesta de las respectivas Instituciones primarias que promocionaron la puesta en marcha del ente de la localidad respectiva, serán reconocidas como integrantes del Consejo de Administración, por Decreto del Poder Ejecutivo dictado por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En cada oportunidad se propondrá la misma cantidad de suplentes. Serán puestos en posesión de sus cargos con posterioridad al dictado del Decreto que establece este Artículo.

ARTICULO 21°: En caso de ausencia definitiva por cualquier causa que fuere de un titular del Consejo de Administración, será reemplazado por el suplente reconocido por el Poder Ejecutivo que corresponde a la institución primaria que lo propuso hasta la finalización del mandato del ausente. Si fuera por finalización de su mandato, la o las instituciones que hubiere lugar, gestionará en la forma que determina esta Ley, el reconocimiento de los nuevos miembros, titulares y suplentes que han de reemplazar a los anteriores. Las instituciones tienen la facultad de proponer en su representación a las personas que estimen han de llenar mejor el cometido que se les asigna según los objetivos de esta Ley. La ausencia definitiva de un titular y su correspondiente suplente dará

lugar a que la Institución interesada proponga a las personas que en calidad de titular y suplente reemplazarán a las anteriores hasta la finalización del mandato de aquellos.

ARTICULO 22º: Las personas físicas que integran el consejo de Administración, en cuanto al cumplimiento de sus funciones, son directas y personalmente responsables, civil y penalmente, de sus actos y conductas.

Comisión Ejecutiva

ARTICULO 23º: Del seno del Consejo de Administración, se designará una Comisión Ejecutiva compuesta de tres miembros del mismo Consejo, con la denominación de Presidente, Secretario y tesorero, que tendrá a su cargo la conducción efectiva del ente y lo representará ante los organismos y poderes públicos oficiales y privados y será el órgano ejecutivo del mismo en todas sus relaciones necesarias con terceros u con el servicio. "La Presidencia de la Comisión Ejecutiva de los Consejos de Administración de Entes que se lleguen a constituir en las ciudades de Santa Fe y Rosario será ejercida exclusivamente por el Secretario de Salud Pública y Acción Social de la respectiva Municipalidad o funcionario que dicho organismo designe en su representación.

Los demás miembros de la Comisión Ejecutiva serán designados por el Consejo de Administración según el procedimiento fijado en el párrafo anterior y en el Artículo 24º.

ARTICULO 24º: Los integrantes de la Comisión ejecutiva serán elegidos a simple pluralidad de sufragios por los miembros del Consejo de Administración, y durarán dos años en sus funciones, siendo reelegibles y pudiendo ser removidos por el Consejo en la misma forma. Actúan en nombre y representación del Consejo de Administración, y ejercerán la representación legal del ente, con las funciones que le señala esta Ley y el reglamento orgánico y la reglamentación que al efecto se dicte por el Poder Ejecutivo.

En todos los casos el Consejo de Administración deberá comunicar al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la integración de la Comisión Ejecutiva y sus modificaciones.

ARTICULO 25°: Con la firma del Presidente y Tesorero, o del Secretario de ausencia o impedimento del Tesorero, se librarán cheques y órdenes de pago con cargo a los fondos de la Entidad, en la forma que determina esta Ley y la reglamentación pertinente. El Presidente de la Comisión Ejecutiva goza de las facultades suficientes para actuar como actor o demandado ante los estrados judiciales de cualquier fuero y jurisdicción, tanto provincial como nacional, en representación y como mandato legal del ente, con las facultades procesales del Artículo 41° del Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Provincia.

DE SUS FACULTADES

ARTICULO 26°: Estos entes tendrán las más amplias facultades y atribuciones para el cumplimiento integral de su cometido, y en especial las siguientes:

- a) a) Ejercer la plena representación legal de la Entidad.
- b) b) Proyectar el presupuesto anual de gastos y cálculo de recursos, sobre la base de las necesidades reales del establecimiento, que elevará a la aprobación del Poder Ejecutivo por intermedio de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- c) c) Ejecutar el presupuesto en la forma y de conformidad con las facultades que le acuerde del estatuto orgánico y la reglamentación.
- d) d) Dictar toda clase de reglamentaciones internas para el mejor cumplimiento de los objetivos y fines de la presente Ley, dentro de los límites de las facultades que le acuerde el reglamento orgánico y en especial sobre la forma de convenir la modalidad y condiciones de las prestaciones gratuitas y onerosas que efectúe a la comunidad, y fijar las retribuciones pertinentes.
- e) e) Designar, controlar, promover y sancionar a su personal en la forma que autorice el reglamento orgánico y la reglamentación y/o proponer al Poder Ejecutivo dichas circunstancias en los casos que hubiere lugar.
- f) f) Aceptar legados donaciones y herencias con beneficio de inventario y toda otra liberalidad de cualquier especie debiendo hacerlo ad-referendum del Poder Ejecutivo cuando tuvieran cargos o condiciones.
- g) g) Vender bienes muebles que no sean necesarios y/o que deben ser renovados, de acuerdo con la reglamentación a dictarse.

ARTICULO 27º: Las atribuciones que se consignan son a título enunciativo y corresponden al Consejo de Administración del ente, empero, se concretará por intermedio de su respectiva Comisión Ejecutiva que establece el Artículo 24º, en la forma que determine en concreto la reglamentación y/o el estatuto orgánico.

DE LOS RECURSOS

Articulo 28º: Para asegurar el desenvolvimiento de estos entes contarán con los siguientes recursos económicos:

- a) a) Los créditos que a cada uno asigne:
 - 1. 1. El presupuesto general de la Provincia de Santa Fe por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
 - 2. 2. El presupuesto de las Municipalidades y/o Comunas respectivas.
 - 3. 3. Las universidades y/o entes oficiales en forma anual y continuada.

- b) b) Los aportes, subvenciones o subsidios que le acuerden las entidades privadas y personas físicas o jurídicas.
- c) c) Los aportes que le acuerden como subvenciones o subsidios transitorios o permanentes organismos o instituciones internacionales.
- d) d) Las herencias, legados o donaciones que reciban de particulares.
- e) e) Los aportes o retribuciones por prestaciones efectuadas a personas individuales o entidades responsables, mediante el sistema que se establezca y cualquier otro estipendio percibido como contraprestación por servicios prestados dentro de las atribuciones del ente, o el producido de beneficios organizados por el mismo.

ARTICULO 29º: Los recursos a que se refiere el Artículo anterior, ingresarán a una cuenta especial a depositarse en un Banco oficial si lo hubiere en la plaza o lugar más cercano al domicilio legal del ente, dentro de las cuarenta y ocho horas de haber sido recibidos. Los provenientes del inciso a) del Artículo 28º, solamente podrán ser utilizados para atender los gastos que demanden las prestaciones

gratuitas a que el Ente está obligado según sus fines y propósitos, de la presente Ley en ese sentido, si de otra manera no fuere posible cubrir esos gastos, con otros recursos.

DEL CONTROL Y FISCALIZACION

ARTICULO 30°: El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, por intermedio del organismo técnico administrativo que fuere de lugar, ejercerá vigilancia en todos los aspectos administrativos, económicos-financieros y patrimonial de estos entes, verificando el movimiento de fondos, valores y especies; y observará todos los actos o procedimientos que no se ajusten al mandato conferido o producidos en contravención de normas expresas o técnicamente desarregladas a las prácticas aconsejables en estos casos.

ARTICULO 31°: A tal efecto, deberán llevar los libros y documentación, inventarios, etc. que correspondan de acuerdo a las normas de una buena contabilidad, y en especial los libros y documentos que la reglamentación les obligue.

ARTICULO 32°: Anualmente y dentro de los sesenta días de finalizado el ejercicio económico-financiero, deberán someter al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para su aprobación, una memoria y balance que contendrá la labor realizada y el resultado de la ejecución del presupuesto.

DEL PATRIMONIO

ARTICULO 33°: Los bienes muebles o inmuebles de uso y consumo existentes al producirse el traspaso a estos entes, baja inventario, son de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como los que les provea en el futuro, la mencionada Secretaría de Estado.

ARTICULO 34°: En el supuesto de que por razón debidamente justificada e irreversible, el Servicio para la Atención Médica de la Comunidad, de un lugar determinado se reincorpore a la esfera del

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, lo será además con las mejoras introducidas juntamente con su activo y pasivo, que con el patrimonio del ente pasan a ser propiedad exclusiva de la mencionada Secretaría de Estado con la obligación de someterlas al uso a que están destinadas originariamente.

DEL PERSONAL

ARTICULO 35°: El personal técnico profesional, técnico auxiliar, administrativo, de servicio y de maestranza que existiere en el establecimiento que se incorpora al régimen de esta Ley, adquiere por ese solo acto de carácter de adscripto definitiva e irreversiblemente al SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD del lugar en cuestión y continuarán percibiendo los mismos haberes y gozando de los mismos beneficios que las leyes les acuerdan a dichos agentes, no obstante lo cual pasan a depender en forma directa del ente, sin perder su calidad de agentes civiles del Estado y mientras la Ley no disponga otra cosa, solamente podrán ser declarados cesantes o ascendidos por el Poder Ejecutivo a pedido de la mencionada institución.

ARTICULO 36°: Los haberes de estas personas serán liquidados y pagados directamente por el ente con fondos propios o que le serán remitidos en forma global por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social utilizando los mismos créditos afectados en el presupuesto general de la Provincia a esos fines, juntamente con los beneficios y cargas sociales, asignaciones familiares, aporte patronal y sueldo anual complementario.

ARTICULO 37°: Los haberes del personal a que se refiere el Artículo 36°, en cuanto fueren pagados con los fondos provenientes de la Provincia y hasta tanto no se determine lo contrario mediante Decreto del Poder Ejecutivo seguirán liquidándose en la forma como se efectúa hasta el presente por la Dirección General de Administración, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En este caso la rendición de cuenta -en este rubro- se presentará en la misma forma y términos como hasta el presente.

ARTICULO 38°: en los casos de renuncias, cesantías, fallecimientos, etc. de los agentes, con exclusión del Médico Director que será designado por el Poder Ejecutivo en la forma de estilo, de acuerdo con lo prescripto en el Decreto - Ley N° 07216/63, los reemplazantes serán designados en forma directa por el ente, los que juntamente con todo el personal rentado que preste servicios en los mismos, gozarán de los mismos beneficios y tendrán las mismas obligaciones mínimas en ambos supuestos, que los demás agentes civiles del Estado en materia de salarios, asignaciones familiares, seguro mutual, régimen de licencia, cargas sociales y en materia de ingreso a sus empleos, deberán cumplir los requisitos vigentes en cuanto a aptitud física que señalan las normas aplicables al caso.

ARTICULO 39°: Cumpliendo las disposiciones legales de rigor en la materia, los empleados rentados directamente por el ente pueden optar por afiliarse a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe y a la Caja de Previsión Social de los Agentes Civiles del Personal de Servicios Públicos - Ley N° 11.110-

; en todos los casos estos entes serán los agentes naturales de retención de los aportes obreros y patronales de sus empleados.

ARTICULO 40° En materia de salario, el ente deberá adoptar el mismo sistema de categorías y montos mínimos y demás beneficios que tiene establecido o establezca para los Agentes Civiles del Estado Provincial, el presupuesto general de la Provincia, para pagar a sus agentes, de acuerdo a la naturaleza y jerarquía de las tareas que realicen. Los Profesionales Universitarios de la Sanidad que designe o contrate la Institución, serán remunerados en la forma y montos que establece el Decreto - Ley N° 07216/63 y sus futuras modificaciones.

DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 41°: En todos los casos se determinará si el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social proveerá a estos entes los medicamentos, elementos de curaciones, provisiones, varios, instrumental, etc. en cuyo supuesto la reglamentación establecerá la forma y tiempo en que ello se producirá teniendo en cuenta

fundamentalmente el buen funcionamiento del servicio y el abaratamiento de los costos, a fin de lograr el mejor y eficiente aprovechamiento de las sumas a invertir en esos rubros.

ARTICULO 42°: El Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social queda facultado para introducir modificaciones en el momento que fuera necesario, al Presupuesto General; a fin de habilitar un crédito global destinado al cumplimiento de los convenios a celebrarse con los servicios que fueren transferidos de acuerdo con lo establecido en esta Ley, sobre la base de la refundición de las partidas individuales y globales de "GASTOS EN PERSONAL" y "OTROS GASTOS" que tenían asignados los respectivos establecimientos transferidos.

Las rendiciones de cuentas por la entrega de fondos a que se refiere este Artículo estarán constituidas por un balance de inversiones suscriptos por los integrantes de la Comisión Ejecutiva y presentadas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dentro de un plazo de sesenta días de recibidos

dichos fondos, los comprobantes pertinentes, debidamente ordenados, con las formalidades legales del caso, serán archivados en la Administración del Servicio para su oportuno control y demás efectos.

ARTICULO 43°: Igual Temperamento ha de seguirse con los demás gastos; de funcionamiento, de sueldos y jornales, reparación y/o ampliación del inmueble, ampliación de los servicios a cargo del establecimiento y su reequipamiento. La reglamentación determinará en qué montos y proporción ha de concurrir el Estado a sufragar esos gastos.

ARTICULO 44°: En el Supuesto de que el ente proyecte la ampliación y/o refacción de sus instalaciones o prestaciones, deberá solicitar al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la correspondiente autorización para ello. Si el Estado debe soportar parte o el todo de los gastos que ello demandara se seguirá el procedimiento que establece la legislación vigente en materia de contratación y construcción de obras públicas y adquisición de bienes patrimoniales, si no optare por hacer efectiva esa contribución por medio de subsidios especiales a determinar por Decreto del Poder Ejecutivo en cada caso particular.

ARTICULO 45°: Por intermedio de la Dirección Técnica del establecimiento, a cargo del Médico Director designado por el Poder Ejecutivo, y con la estrecha colaboración y coordinación del Consejo de Administración, el ente debe cumplir las funciones asignadas a esos organismos hospitalarios, en su aspecto asistencial y sanitario, curativo y preventivo, estadístico, etc. a que se refieren las leyes y reglamentaciones provinciales, nacionales e internacionales, cumplir en todo sentido las funciones de Jefatura Sanitaria del distrito asignado, en nombre y representación directo del Estado. Esta obligación compete al ente en su aspecto técnico y administrativo.

ARTICULO 46°: Se faculta en forma expresa al Poder Ejecutivo para disponer con la urgencia que el caso requiere, las modificaciones presupuestarias que fueren de lugar, a fin de posibilitar y agilizar la puesta en marcha del régimen que esta Ley establece, debiendo en los futuros presupuestos introducirse las modificaciones que correspondieren y hubiere lugar, a medida que se incorporen nuevos establecimientos al régimen de esta Ley.

ARTICULO 47°: Deróganse todas las Leyes, Decretos, Resoluciones, etc. que se opongan a lo dispuesto en este ordenamiento legal, que se declara de urgente necesidad.

ARTICULO 48°: El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá tomar las providencias del caso a efectos de la puesta en marcha del sistema que esta Ley establece y dictará todos los Reglamentos y el Estatuto Orgánico que fueren necesarios para el cumplimiento de los fines perseguidos por este ordenamiento legal.

ARTICULO 49°: Déjase establecido que en el supuesto de tratarse de unidades asistenciales de sexta categoría (sin internación) las que desearan incorporarse al régimen de la presente Ley y no pudieran constituirse en la forma que determina el presente ordenamiento legal, por no existir en la localidad y zona de influencia instituciones que puedan o deseen hacerlo, el ente podrá legalmente constituirse con la representación de la Comisión de Fomento y la Asociación Cooperadora del Establecimiento, creada de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 03390 (S. P. 594) del 14 de Marzo de 1956.

ARTICULO 50°: Para los fines precedentes, el consejo de Administración será integrado por ocho personas: cinco a propuesta de la Asociación cooperadora y tres por la Comisión de Fomento. Si además de los organismos citados hubiere otro u otros que desearen o estén en condiciones legales de integrar el ente, tendrán la representación proporcional que señala esta Ley y que en cada caso determinará el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

ARTICULO 51°: En medida de lo posible se cuenta lo señalado por este ordenamiento en los demás aspectos de su constitución y funcionamiento, debiendo el Poder Ejecutivo reglamentar con carácter general esta situaciones, y concretar en cada caso particular el régimen que a de seguirse a fin de que se cumplan los fines y propósitos de la presente Ley, adoptando las providencias que sean de lugar para asegurar su correcto funcionamiento,

ARTICULO 52°: Refrendarán la presente Ley los Señores Ministros de Salud Pública y Bienestar Social y de Gobierno, Justicia y Culto.

ARTICULO 53°: Inscríbase en el Registro General de Leyes, comuníquese, publíquese y archívese.

DECRETO N° 04321

(S. P. 734) - 23/06/1967

Santa Fe, 23 de Junio de 1967.-

Visto la Ley Provincial N° 6312 del 2 de Mayo de 1967 por la que se crean los entes denominados "SERVICIOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD", cuya finalidades la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos cuya prestación realiza en la actualidad directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica; y

ATENTO:

Que la expresada Ley ha dejado situaciones importantes para ser establecidas por el Estatuto Orgánico y la Reglamentación, cuya redacción recomienda al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO:

Que para la puesta en marcha del sistema que la Ley establece, se hace necesario dictar normas complementarias que aclaren los aspectos más importantes de la misma, por lo cual es de urgencia contar con el Estatuto Orgánico que ha de establecer con carácter general las situaciones que deben contemplarse en cada caso en particular sobre las bases concretas que dimanan del citado ordenamiento legal:

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

DECRETA:

ARTICULO 1º: Apruébase el ESTATUTO ORGANICO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD" que en forma genérica crea la Ley N° 2 del de Mayo de 1967, cuyo texto y articulado se transcribe a continuación:

ESTATUTO ORGANICO DE LOS
"SERVICIOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD"

I. DE LOS ENTES

ARTICULO 1º: A los fines de la Ley 6312, se entiende por "Ente" a cada uno de los "Servicios para la atención médica de la comunidad" que habiendo cumplido con las formalidades establecidas comienza en el momento que determina el Artículo 14º de la misma, su existencia legal.

II. DE SUS OBJETIVOS

ARTICULO 2°: Para la mejor interpretación de los fines que se persiguen con el sistema que se pone en aplicación a través de la Ley 6312, que concretamente establecen los Artículos 2, 3, 4, 9 y 45 de la misma, debe tenerse en cuenta que el objeto fundamental que se pretende lograr, es el de dar intervención a la comunidad en la solución de uno de los problemas que interesan a la misma, mediante su activa participación, tendiente al logro de una más eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la población.

ARTICULO 3°: De cualquier manera, el hecho de que a esos servicios tengan acceso personas que cuentan con medios económicos para sufragar los gastos que demande su atención médica y curación no puede significar bajo ningún punto de vista que ello sea en detrimento de las prestaciones a personas que carezcan de tales recursos, sino que por el contrario, las prestaciones onerosas deben servir para mejorar el servicio gratuito que los entes deben prestar obligatoriamente a quienes tengan derecho a ello y lo reclaman.

ARTICULO 4°: Establécese tres categoría de personas en condiciones de asistir en los servicios, a saber:

- a) a) Quienes no están en condiciones de afrontar los gastos que demande su curación;
- b) b) Quienes pueden afrontar parcialmente dichos gastos;
- c) c) Quienes pueden afrontar totalmente los gastos de su tratamiento médico.

ARTICULO 5°: En los casos de los apartados a) y b) del artículo anterior se tendrá en cuenta la Ley de tasas y su respectiva reglamentación que, por separado, establecerá el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En el supuesto de las personas comprendidas en el apartado c) se aplicarán las tasa que rijan de acuerdo con la categoría sanatorial de servicio. Los honorarios médicos, medicamentos, radiografías, análisis, etc., que estos requieran, serán abonados directamente por los asistidos sin la

intervención del Servicio excepto el caso en que sea éste el que la haya prestado, en cuyo supuesto regirá la tasa que al efecto se establezca.

ARTICULO 6°: La atención que se preste a las personas comprendidas en las tres categorías determinadas en el Artículo 4° deberá ser de igual calidad, no debiéndose admitir distingos ni tratamientos preferenciales o privilegiados de ninguna naturaleza. Los jefes o responsables de cada servicio deberán controlar permanentemente el fiel cumplimiento de esta condición.

ARTICULO 7°: Tendrán absoluta prioridad para su internación en los servicios en orden excluyente, las personas contemplada en los apartados a), b) y c), del Artículo 4° del presente.

ARTICULO 8°: Déjase establecida que tanto los pacientes como los profesionales que pueden peticionar la internación de aquellos deben domiciliarse realmente en la jurisdicción del servicio y que para la internación de

personas en condiciones de afrontar totalmente los gastos de su tratamiento los profesionales interesados deberán gestionar de la Dirección del Establecimiento la autorización pertinente, la que será acordada teniendo especialmente en cuenta lo prescripto en la última parte del Artículo 4° de la Ley 6312, y Artículo 25° de este Estatuto.

ARTICULO 9° Los médicos y demás profesionales que no revisten como empleados del establecimiento y que deseen acogerse a los beneficios del Artículo 4° de la Ley deberán inscribirse en un registro que al efecto abrirá la Dirección de los mismos, en el que se consignarán los datos personales, domicilio e inscripción en el Colegio Profesional respectivo.

ARTICULO 10°: Se entiende por jurisdicción territorial o zona de influencia del ente que menciona la Ley y su reglamentación en varios Artículos, el ámbito dentro del cuál el mismo debe y puede ejercer su misión, el que le será fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y puede comprender uno o más ó parte del uno o más distritos en que se divide políticamente cada Departamento, pudiendo asimismo abarcar distritos o parte de ellos de más de un departamento.

Las personas que viven dentro de esa porción territorial serán tributarias o beneficiarias del Ente.

III. DE SU NATURALEZA JURIDICA

ARTICULO 11°: La Ley N° 6312, el presente estatuto orgánico, las reglamentaciones que dicte el Poder Ejecutivo y el pronto ente; en uso de facultades propias con arreglo a las normas legales aplicables constituyen juntamente con el Decreto que establece el Artículo 14°, y el contrato que determine o convenga la transferencia al mismo del servicio de que se trate, del Artículo 15°, los documentos que integran la persona de derecho privado y público que les acuerda la Ley.

ARTICULO 12°: La existencia legal del Ente comienza a partir de la fecha en que se dicte por el Poder Ejecutivo el Decreto declarando constituido el Consejo de Administración del mismo, que señala el Artículo 14° de la Ley, y solamente caducará o terminará su existencia a partir de la fecha en que un nuevo Decreto del Poder Ejecutivo así lo establezca.

ARTICULO 13°: Las intervenciones que disponga en uso de facultades propias el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social no extinguen al ente, aún cuando las autoridades del consejo de administración fueren separadas de sus cargos o renunciaren a los mismos.

I. DE LA INTEGRACION Y CONSTITUCION

Instituciones Primarias

ARTICULO 14°: Las instituciones que señala el Artículo 10° de la Ley, se denominan a los fines de la misma Instituciones Primarias u originarias indistintamente. Estas instituciones son las que promueven en cada localidad la creación de la Comisión Vecinal que establece el Artículo 11° de la Ley, con la obligación de ayudar al mantenimiento del Ente con fondos propios.

ARTICULO 15°: Las Instituciones Primarias deben cumplir, además de los señalados en el Artículo anterior, las funciones que determinen los Artículos 20° y 21° de la Ley 6312.

ARTICULO 16°: A tenor de lo señalado en el Artículo 16° de la Ley, las Instituciones Primarias, sin perjuicio de las funciones de la Comisión Vecinal, pueden, cuando a ello hubiera lugar, peticionar en forma directa ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social, en toda cuestión relacionada con el Ente a cuya creación han dado lugar.

Comisiones Vecinales

ARTICULO 17°: Se denomina Comisiones Vecinales a la agrupación de instituciones de una determinada comunidad, que reuniendo los requisitos del

Artículo 10° de la Ley, deseen promocionar la creación del Ente respectivo en una determinada localidad y en su zona de influencia, que establece el Artículo 11° de la misma Ley.

ARTICULO 18°: Las Comisiones Vecinales se integrarán en todos los casos con uno o más representantes de la Municipalidad o Comuna de la localidad, o de su zona de influencia en la cual se pretenda crear el Ente. En los casos en que el Ente tenga asignada una jurisdicción o zona de influencia, que comprende dos o más localidades o Comunas podrán integrar la Comisión Vecinal respectiva, instituciones existentes en las mismas, y obligatoriamente la o las comunas respectivas de cada una de ellas.

ARTICULO 19°: El petitorio que formulare la Comisión Vecinal, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que señala el Artículo 11° de la Ley, previo cumplimiento de lo señalado en el Artículo 12° será suscripto , además, por autoridad competente de las Municipalidades o Comunas que correspondan.

ARTICULO 20°: En cuanto a la forma y condiciones en que deseen hacerse cargo del servicio médico en cuestión, que establece la parte final del Artículo 11° de la Ley, se determinará en forma expresa si el Ente se hará cargo del costo de explotación de mismo, sea en gastos en personal,

gastos de funcionamientos, que señala el Artículo 14° de la Ley, lo que se concretará en el convenio de transferencia a suscribir que determina el Artículo 15° de la Ley.

ARTICULO 21°: La Comisión Vecinal en el momento de elevar el pedido de reconocimiento como tal que establece el Artículo 13° de la Ley, podrá simultáneamente proponer la nómina de las personas que integrarán el consejo de Administración del Ente, como titulares e igual número como suplentes, quedando cumplido así lo prescripto en el Artículo 14° de la misma.

ARTICULO 22°: La Comisión Vecinal puede constituirse en cumplimiento de su misión específica, en una entidad local de segundo grado, y designar autoridades que la representen. Su misión no termina con la puesta en marcha del Ente sino que dura todo el tiempo que aquel subsista. Son integrantes naturales y natos de la misma, la o las personas que en número no mayor de tres por cada una ejercen la representación legal o necesaria de las Instituciones Primarias ya mencionadas, y de la Municipalidad o Comuna respectiva.

ARTICULO 23°: La Comisión Vecinal, para aumentar el número de integrantes, por incorporación de una o más Instituciones Primarias que reuniendo los requisitos necesarios, deseen hacerlo, y a los fines de ser consideradas en ese carácter, deberá así gestionarlo al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cumpliendo lo dispuesto en los Artículos 11°, 12° y 13° y concordantes de la Ley 6312, y a partir de la Resolución Ministerial que señala el Artículo 13°, contrae las obligaciones que la Ley determina para esas entidades primarias y los derechos correspondientes, como integrantes de la Comisión Vecinal en cuestión.

V. DE LAS FACULTADES DE LOS ENTES

ARTICULO 24°: La independencia de estos Entes y las atribuciones de que gozan, deben entenderse siempre en mérito a la función que les acuerda la Ley, y dentro del amplio margen que se dable aceptar en cuanto a las modalidades, tiempo y forma en que el servicio integral se debe

prestar, partiendo del supuesto de que es obligación primordial la buena, eficaz y económica prestación de los mismos sobre la base de la capacidad económica de los usufructuarios.

ARTICULO 25°: Para mayor aclaración se concreta que la gratuitad de las prestaciones es la base de este sistema, y que toda prioridad para ser atendido en esos Entes, está dada por la menor capacidad económica de los que recurren al mismo, con la sola limitación excepcional de la gravedad y urgencia de cada caso en igualdad de situaciones.

VI. DEL GOBIERNO Y ADMINISTRACION DE LOS ENTES

ARTICULO 26°: Estos Entes serán gobernados, en su aspecto técnico, por el Médico Director designado por el Poder Ejecutivo y/o en su caso, por el cuerpo médico que se desempeñe en el mismo en la forma que determinan los Artículos 17°, 18° y 45° de la Ley 6312 y en su aspecto administrativo por el Consejo de Administración que crea el Artículo 13° de dicha Ley.

A) ASPECTO TECNICO

ARTICULO 27°: La conducción técnica del servicio comprende solamente a los enfermos asistidos en forma directa a cargo del Ente, no así con relación a personas cuyo tratamiento y curación compete a los profesionales como clientes particulares, excepto el caso de que por razones justificadas a ello hubiere lugar.

ARTICULO 28°: En los casos en que el Ente debiera designar Profesionales Universitarios de la Sanidad, para aumentar la dotación existente, o reemplazar a titulares, deberá gestionar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social el pertinente llamado a concurso, en la forma que prevé y determina el Decreto - Ley 07213/63, o disposición que en lo futuro lo reemplace, y deberá designar al que resulte ganador del mismo. Ese concurso será convocado en la forma de estilo por la Junta de Escalafonamiento que corresponda, y su resultado, previo cumplimiento de los requisitos

que señala el Decreto - Ley citado, será comunicado al Ente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para la designación del ganador.

ARTICULO 29°: El hecho de compartir la responsabilidad de la conducción técnica del Ente con el cuerpo de profesionales designados que existieren, no implica para el Médico Director designado por el Poder Ejecutivo trasladar esa responsabilidad a los otros, ya que es en todos y en cualquiera de los casos el responsable directo de esa conducción, y la máxima autoridad en esa materia, dentro del establecimiento.

ARTICULO 30°: El Médico Director del Servicio, es responsable directo ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de las obligaciones a su cargo que le impone el Artículo 45° de la Ley 6312, y demás disposiciones aplicables en ese sentido, funciones que deberá cumplir como hasta el presente teniendo en cuenta lo legislado en la materia o a establecer en lo futuro.

ARTICULO 31°: Las sanciones a que se hiciere acreedor el Médico Director, o profesionales rentados por el Poder Ejecutivo serán aplicadas en todos los casos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Poder Ejecutivo en su caso, a pedido del Ente respectivo, y previo la sustanciación del sumario que

prescribe el Artículo 82° del Decreto - Ley 07216/63. En el supuesto de tratarse de profesionales rentados por el Ente, serán sancionados por el Consejo de Administración del mismo previo cumplimiento de las normas ya mencionadas, cuando hubiere lugar a sumarios, los que en todos los casos serán sustanciados por la Asesoría Jurídica del Ministerio de salud Pública y Bienestar Social.

B) ASPECTO ADMINISTRATIVO

Consejo de Administración

ARTICULO 32°: El Consejo de Administración del Ente se constituirá, la primera vez en la forma que determina el Artículo 14° de la Ley, mediante Decreto del Poder Ejecutivo, la renovación periódica de sus miembros se operará también por Decreto, pero a propuesta de las instituciones primarias que correspondan. Nadie será puesto en posesión de su cargo sin que previamente se dicte

el Decreto pertinente reconociéndole o designándolo en tal carácter. En cada oportunidad se designará igual número de suplentes, que solamente podrán reemplazar al titular durante su ausencia, sea temporaria o definitiva y en todos los casos hasta la fecha de finalización de mandato del titular reemplazado.

ARTICULO 33°: Las Instituciones Primarias, reconocidas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la forma que determina el Artículo 13° de la Ley 6312, deberán proponer con la debida anticipación los nuevos candidatos titulares y suplentes que reemplazarán a los anteriores que finalizan su mandato. En igual forma propondrán a los reemplazantes de titulares y suplentes ausentes en forma definitiva o muy prolongada.

ARTICULO 34°: en todos los casos, el Consejo de Administración, excepto en los supuestos contemplados en el Artículo 50° de la Ley, se integrará con dos personas como máximo, en representación de la Municipalidad o Comuna respectiva, que serán designadas por el respectivo organismo, con carácter ad-honorem. A los fines de la Ley 6312 la Municipalidad o Comuna en su caso, es considerada entidad primaria, y al igual que las demás instituciones, y juntamente con las mismas, deberán ser reconocidas en el carácter de tal por Decreto del Poder Ejecutivo las personas por ellas designadas como integrantes del Consejo de Administración.

ARTICULO 35°: a los fines de la representación igualitaria mínima que se establece la Ley para la integración del Consejo de Administración, se estará a lo siguiente: 1°) Si fueren dos las entidades primarias, comprendida la Municipalidad o Comuna, llevarán dos representantes ésta y seis la otra; 2°) si fueren tres entidades llevarán: dos la Municipalidad o Comuna, tres cada una de las otras; 3°) si fueren cuatro: llevarán, dos representantes cada una, en todos los supuestos, como mínimo, ya que la representación de las instituciones que no fueren la Municipalidad o Comuna pueden ser aumentadas en igual proporción entre ellas; 4°) si el Consejo de Administración se integrare con dos o más Municipalidades o Comunas, tendrán en estos casos un solo representante en el Consejo.

De sus atribuciones y deberes

ARTICULO 36°: El Consejo de Administración actúa en relación al Gobierno del Ente, como Asamblea General en las decisiones que el mismo debe tomar en cumplimiento de su cometido específico, para lo cual deberá reunirse periódicamente en la forma y plazo que establezca el Reglamento Interno que se dicte, y por lo menos una vez al mes.

A esos mismos fines podrá empero ser citado por el Presidente de la Comisión Ejecutiva, por razones urgentes, en cualquier momento aún fuera de las fechas de reuniones ordinarias.

ARTICULO 37°: Todas las resoluciones que tome el Consejo de Administración, serán por mayoría de votos de sus miembros – la mitad más uno de la totalidad de sus integrantes – labrándose el acta respectiva que así lo documente, en el libro especial que a esos fines es obligación poseer, y que será firmada en cada caso por todos los asistentes.

El Médico Director como asesor del Consejo de Administración si bien no tiene voto, suscribirá el acta cuando estuviere presente, dejando empero constancia en la misma de sus observaciones o disconformidad con lo resuelto por el cuerpo.

ARTICULO 38°: El Presidente de la Comisión Ejecutiva debe presidir las reuniones del Consejo de Administración. A falta de éste lo hará el Secretario, y en ausencia de ambos, el Tesorero. Si faltaran los tres, presidirá la reunión la persona que al efecto se designe en ese mismo acto, y sus resoluciones serán validas. Todos los integrantes tienen voz y voto en las deliberaciones, excepto el Médico Director que solamente tiene voz, y los miembros de la Comisión Ejecutiva en los casos en que se juzgue su conducta o lo actuado por la misma en exceso de sus atribuciones. En este último caso y a los fines de la mayoría del Artículo 37° precedente, no se cuenta a los miembros de la Comisión Ejecutiva.

ARTICULO 39°: Son funciones especiales del Consejo de Administración, sin perjuicio de las demás que señalan la Ley y surgen de este Estatuto, las siguientes:

- a) aprobar el presupuesto de recursos y gastos del Ente, antes de su elevación al Poder Ejecutivo;
- b) Aprobar todas las reglamentaciones internas que dicte la Comisión Ejecutiva;

- c) Velar por el cumplimiento y ejecución del presupuesto del Ente y los planes previstos para cada ejercicio financiero;
- d) Vela para que el Ente cumpla con los fines específicos que motivara su creación de acuerdo con la Ley y el presente Estatuto orgánico;
- e) Autorizar la designación o cesantía de personal, y la fijación de sus respectivos salarios, y las sanciones disciplinarias que se apliquen a los mismos cuando sean superiores a diez días de suspensión por cada persona y cada vez;
- f) Autorizar la aceptación de donaciones, legados, herencias, etc., en la forma que establece la Ley y el presente Estatuto;
- g) Autorizar la venta de bienes muebles e inmuebles y/o adquisición de los mismos en los casos que hubiere lugar;
- h) Aprobar o desaprobar lo actuado por la Comisión Ejecutiva fuera de sus atribuciones normales, y remover a los integrantes de dicha Comisión Ejecutiva;
- i) Designar comisiones o sub-comisiones internas, ad-honorem para realizar tareas auxiliares determinadas para el mejor logro de los fines del Ente;
- j) Cumplir con las demás obligaciones propias que le imponga la Ley y este Estatuto.

Comisión Ejecutiva

ARTICULO 40°: La Comisión Ejecutiva cumplirá las funciones que le acuerda la Ley con arreglo a las atribuciones que surgen de este tipo de gestión, como mandataria del Ente, dentro de las limitaciones que determina el presente Estatuto. Para ello puede ser asistida por un Gerente Administrativo y el personal auxiliar necesario, el que puede ser rentado y que no forma parte del Consejo de Administración.

ARTICULO 41°: Las resoluciones y demás actos que realice la Comisión ejecutiva en exceso de sus atribuciones normales, serán siempre con cargo de inmediata información y pedido de aprobación del Consejo de administración, lo que solamente podrá hacer cuando situaciones urgentes así lo autoricen, bajo pena de responder por daños y perjuicios si no se aprueba lo actuado en tales condiciones.

De sus atribuciones y deberes

ARTICULO 42°: La Comisión Ejecutiva tiene facultad para realizar todos los actos necesarios para el buen gobierno y administración del Ente, como mandataria especial del mismo, con las únicas limitaciones que señala el Artículo 39° del presente Estatuto, para lo cual deberá requerir la aprobación o autorización previa al Consejo de Administración.

ARTICULO 43°: Para que tengan validez los actos de la Comisión Ejecutiva y obliguen al ente, deben ser firmados por el Presidente y refrendados: por el Tesorero en toda cuestión que se trate de librar fondos, rendiciones de cuentas, y en general en aquellos que hacen la parte contable; y por el Secretario en los demás casos. En casos de dudas refrendarán la firma del Presidente, el Tesorero y el Secretario juntamente.

ARTICULO 44°: La Comisión ejecutiva podrá aplicar sanciones al personal rentado que depende del Ente, hasta suspensiones que no excedan de diez días cada vez y por persona. Para una pena mayor o cesantía, de pedir previa aprobación del Consejo de Administración.

Los agentes afectados al Ente que dependan de otros organismos oficiales o privados, serán sancionados por sus respectivas autoridades, a pedido de la Comisión Ejecutiva y bajo su responsabilidad. En igual forma serán declarados cesantes cuando a ello hubiere lugar con el Decreto - Ley 07216/63 (Profesiones Universitarios de la Sanidad) causa justificada. En lo que respecta a los profesiones amparados en se, estará para la aplicación de sanciones disciplinarias y necesarias a lo legislado en la materia en ese ordenamiento legal y consignado en el Artículo 31° de este Estatuto.

VII. DE LOS RECURSOS

ARTICULO 45°: el Ente deberá hacer las gestiones del caso a efectos de contar con los recursos necesarios para sufragar los gastos que demande el funcionamiento del mismo.

Para el cálculo de los recursos que cada ejercicio financiero demande, se debe partir de los gastos realizados en el ejercicio anterior y agregarle a ese monto los nuevos gastos, que se estimen

para el futuro en atención a los planes que el Ente haya elaborado en materia de aumento de sus prestaciones o mayores costos.

ARTICULO 46°: El presupuesto de recursos y gastos deberá contener la totalidad de los ingresos y egresos de cada ejercicio, aún los gastos que sean sufragados en forma directa por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Municipalidad o Comuna, etc., en concepto de sueldo del personal con sus respectivos aportes y cargas sociales y laborales, o por suministro directo de medicamentos, instrumental, materiales de curaciones, ropería, etc.

ARTICULO 47°: Para la confección del presupuesto se seguirán las normas técnicas aplicables al caso, de modo que sea posible su valoración mensual y de conjunto, para estimar el verdadero costo del servicio. El Ente tiene facultad para solicitar a las reparticiones públicas especializadas en esa materia a los fines de la forma de confeccionar su presupuestos en la forma indicada.

ARTICULO 48°: A los fines del Artículo 29° de la Ley, debe entenderse que los recursos que el mismo les asigna un destino especial, son para los supuestos de que el Ente no pueda realizar las prestaciones gratuitas mínimas de otro modo, toda vez que es función del mismo tratar no solamente de cubrir esas prestaciones o tope mínimo de prestaciones sino ampliarlas hasta llenar el total de las necesidades, en la materia de la población con recursos propios, y aún llegar a la finalización integral de esas prestaciones gratuitas a través y por intermedio del Ente sin dependencia económica del presupuesto Provincial, mediante la desgrabación paulatina de impuestos que el mismo contiene para esos fines, para ser, en el tiempo trasladados como recursos normales de estos Entes de acuerdo al sistema y procedimientos que a tal efectos y en su oportunidad se aplicarán.

VIII. DEL PATRIMONIO

ARTICULO 49°: Los elementos que indica el Artículo 33° de la Ley que recibe el Ente, como así los que éste adquiera por distintos títulos a partir de ese momento, constituyen el patrimonio de uso y consumo del mismo, los que únicamente pueden ser destinados para los fines propios del servicio.

ARTICULO 50°: Todos los bienes de cualquier naturaleza y por cualquier título que fuere, que el Ente adquiera, debe serlo con cargo de destinarlos única y exclusivamente al fin específico que determina su creación, y toda donación, legado, herencia, etc. que reciba, aún con cargo, serán con ese destino y aceptando las disposiciones del Artículo 34° de la Ley en lo que respecta a la propiedad ulterior de los mismos.

ARTICULO 51°: Sin perjuicio en lo señalado en los dos Artículos anteriores, se establece que los bienes de uso y consumo o rentas del Estado, que en ese carácter y con el destino indicado, constituyen su patrimonio, quedan irreversiblemente a cargo del mismo, disponiendo de ellos a título de dueño, bien entendido en cumplimiento de su fin específico y a ese solo efecto. En tal calidad pueden disponer la venta para su reposición o por no ser de utilidad, de bienes muebles, instrumental y demás elementos que le fueren suministrados por el Poder Ejecutivo, con cargo de invertir su producto en bienes o elementos para el servicio. Para ello deberá gestionar la autorización pertinente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y darlos de aja del inventario respectivo con las debidas aclaraciones.

IX. DEL PERSONAL

ARTICULO 52°: En los casos en que el Ente se haga cargo del pago del sueldo del personal rentado del mismo, será de aplicación el Artículo 38° de la Ley. En caso contrario, el personal que debe reemplazar a los titulares que cesan en sus cargos, serán designados por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ente.

ARTICULO 53°: Las sanciones disciplinarias que se deben aplicar a estos agentes, lo serán en la forma que determina el Artículo 44° del presente Estatuto y con respecto a los Profesionales Universitarios de la Sanidad, se estará a lo prescripto en los Artículos 28° y 31° del presente.

X. ESTABLECIMIENTOS DE 6º CATEGORIA

ARTICULO 54°: A los fines de los Artículos 49°, 50° y 51° de la Ley 6312, se establece lo siguiente:

- a) a) La Comuna y Asociación Cooperadora se consideran instituciones primarias mínimas que pueden constituir el Consejo de Administración, las que y para las gestiones y funciones que determinan los Artículos 17° al 23° de este Estatuto, se constituirán en Comisiones Vecinales con las funciones que les son propias;
- b) b) Si además de la Comuna y Asociación Cooperadora existiera una o más instituciones que estando en las condiciones legales; desearan hacerlo, pueden integrar la Comisión Vecinal y el Consejo de Administración, en cuyo supuesto la representación de estas instituciones será la que establece este Estatuto. Ello debe entenderse en el caso de que no se dieren los supuestos que prevé la Ley y el Estatuto Orgánico para los demás entes, ya que siendo ello así, el establecimiento de Sexta Categoría será considerado en la misma situación que los otros, y se aplicarán en un todo las disposiciones para ello establecidas;
- c) c) Lo dicho para demás casos, en lo referente a jurisdicción territorial del Ente, es de aplicación para estos casos, de tal manera que si dentro de la misma hubieren dos comunas, cada una de ellas deberá llevar dos representantes en el Consejo de Administración y los restantes se repartirán entre las demás instituciones primarias que intervengan en la gestión en forma igualitaria entre ellas.

XI. DEL CONTROL Y FISCALIZACION

ARTICULO 55°: El derecho de control y fiscalización que asignan los Artículos 9° y 30° de la Ley, se verificará por intermedio de los Organismos Administrativos contables y técnicos competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, lo que a su vez cumplirán funciones de asesoramiento en todos los casos en que fueren solicitados por los Entes.

ARTICULO 56°: Las funciones de control y fiscalización a que se hace referencia implica para el Ente la obligación formal de facilitar la tarea de las personas encargadas de ello y en lo referente al asesoramiento, un derecho que pueden ejercitar y los organismos oficiales pertinentes tienen la obligación de suministrar.

XII. DE LAS INTERVENCIONES A LOS ENTES

ARTICULO 57°: Las intervenciones a los Entes se dispondrán siempre por resolución fundada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, previo sumario administrativo y a los fines que indica el Artículo 8° de la Ley, con facultad inclusive de relevar transitoria y definitivamente de sus cargos a los integrantes de la Comisión Ejecutiva.

ARTICULO 58°: Dicha intervención será transitoria, sin perjuicio de que sus causas atendibles lo aconsejaran, se transforme en definitivo; pudiendo llegar inclusive a declarar la caducidad del mandato de los integrantes del Consejo de Administración. Para ello se dictará la resolución fundada que así lo determine.

ARTICULO 59°: Cuando hubiere lugar a una medida como la señalada en el Artículo anterior, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá invitar a las Instituciones Primarias a que propongan nuevos miembros que en su representación integren el nuevo Consejo de Administración, en la forma que señala este Estatuto, si no hubiere lugar a lo señalado en el Artículo 8° in fine de la Ley.

ARTICULO 60°: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá proyectar las reformas al presente Estatuto y dictar normas reglamentarias que sean complemento del mismo y de la Ley 6312, en cuyo cometido podrá solicitar la opinión de los respectivos Entes.

ARTICULO 61°: Regístrese, publíquese, etc.

LEY N° 6578

Visto la autorización del Gobierno Nacional concedida por Decreto N° 81 del 12 de Enero de 1970, en ejercicio de las facultades legislativas que confiere el Artículo 9° del Estatuto de la Revolución Argentina,

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
Sanciona y Promulga con fuerza de**

LEY:

ARTICULO 1°: Incorpórase como párrafo tercero del Artículo 10° de la Ley N° 6312, el siguiente:

"En el caso particular de las ciudades de Santa Fe y Rosario se constituirá un solo Consejo de Administración para cada una, el que tomará a su cargo la conducción administrativa de todos los establecimientos médicos-asistenciales provinciales y municipales existentes al momento con exclusión de los de tipo monovalentes aplicados a grandes luchas sanitarias".

"Además, estos Entes serán promocionados y/o integrados exclusivamente por aquellas instituciones que posean el máximo nivel posible de representatividad dentro de cada gran sector comunitario, sea por carácter de central o de matriz o sea, en su defecto, por el número de asociados que posean dentro del ámbito local".

ARTICULO 2°: Agréguese al Artículo 23° de la Ley N° 6312 el siguiente párrafo final:

"la Presidencia de la Comisión Ejecutiva de los Consejos de Administración de Entes que se lleguen a constituir en las ciudades de Santa Fe y Rosario será ejercida exclusivamente por el Secretario de Salud Pública o de Acción Social de la respectiva Municipalidad o funcionario que dicho organismo designe en su representación. Los demás miembros de la Comisión Ejecutiva serán designados por el Consejo de Administración según el procedimiento fijado en el párrafo anterior y en el Artículo 24°".

-128-

ARTICULO 3º: Refrendarán la presente Ley los Señores Ministros de Bienestar Social y de Gobierno.

ARTICULO 4º: Inscríbase en el Registro General de Leyes, comuníquese, publíquese y archívese.

LEY N° 6585

Santa Fe, 9 de Abril de 1970

Visto la autorización del Gobierno Nacional concedida por Decreto N° 433/70 en ejercicio de las facultades legislativas que confiere el Artículo 9º del Estatuto de la Revolución Argentina,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
Sanciona y Promulga con fuerza de

LEY:

ARTICULO 1º: Modifícase el Artículo 25º de la Ley N° 6312 en la siguiente forma:

"Artículo 25º: Con la firma del Presidente y Tesorero, o Secretario en ausencia o impedimento del Tesorero, se librarán cheques y órdenes de pago con cargo a los fondos de la entidad, en la forma que determina esta Ley y la reglamentación pertinente. El Presidente de la Comisión Ejecutiva goza de las facultades suficientes para actuar como actor o demandado ante los estrados judiciales de cualquier fuero y jurisdicción, tanto provincial como nacional, en representación y como mandato legal del Ente, con las facultades procesales del Artículo 44º del Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Provincia".

ARTICULO 2º: Refrendarán la presente Ley los Señores Ministros de Bienestar Social y de Gobierno.

ARTICULO 3°: Inscríbase en el Registro General de Leyes, Comuníquese, publíquese y archívese.

LEY N° 10440

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA
SANCIONA CON FUERZA DE**

LEY:

ARTICULO 1°: Modifícase el Artículo 8° de la Ley N° 6312, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 8°: Gozan de independencia para el cumplimiento de sus fines específicos, no obstante lo cual podrá ser intervenidos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente cuando existan razones de orden público atinente a su funcionamiento que, por su gravedad, así lo justifiquen o cuando de alguna manera se desvirtúe la finalidad de su creación.

La intervención deberá disponerse por Resolución debidamente fundada, previo sumario administrativo e implicará la caducidad del Consejo de Administración y su Comisión Ejecutiva. Contendrá necesariamente, asimismo, la invitación a las instituciones primarias para que en el plazo de treinta (30) días corridos propongan los nuevos miembros que en su representación integrarán el Consejo de Administración.

En ningún caso la intervención podrá prolongarse por más tiempo del estrictamente necesario para restituir el gobierno y administración a las instituciones primarias dentro del plazo máximo de noventa (90) días corridos.

Cautelarmente, y si las circunstancias del caso lo exigieran, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente podrá relevar total o parcialmente a los miembros del Consejo de Administración y su Comisión Ejecutiva hasta la conclusión del sumario, en cuyo caso será reemplazado por los suplentes".

-130-

ARTICULO 2°: Los Entes actualmente intervenidos deberán normalizarse con arreglo a los plazos y disposiciones en el Artículo 8° de la Ley N° 6312 conforme texto ordenado por la presente.

ARTICULO 3°: Derógase toda otra norma legal o reglamento que se oponga a la presente.

ARTICULO 4°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE.

Santa Fe, 5 de Enero de 1990.-

De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57° de la Constitución Provincial téngase como Ley del Estado, insértese en el Registro General de Leyes con el sello y publíquese en el Boletín Oficial.

Anexo 2: LISTADO DE ÁREAS PROGRAMÁTICAS

ZONA I	Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. VILLA MINETTI	1. S.A.M.Co. EL NOCHERO 2. S.A.M.Co. GATO COLORADO 3. CENTRO ASISTENCIAL STA. MARGARITA
2. HBR: S.A.M.Co. SUNCHALES	4. CENTRO ASISTENCIAL PALACIOS 5. DISPENSARIO TACURAL 6. DISPENSARIO COLONIA ALDAO 7. DISPENSARIO LAS PALMERAS 8. S.A.M.Co. EUSEBIA 9. S.A.M.Co. MONIGOTES
3. HBR: S.A.M.Co. TOSTADO	10. S.A.M.Co. LOGROÑO 11. CENTRO ASISTENCIAL ESTEBAN RAMS 12. CENTRO ASISTENCIAL MONTEFIORE 13. CENTRO ASISTENCIAL POZO BORRADO
4. HBR: S.A.M.Co. RAFAELA	14. S.A.M.Co. COLONIA ROSA 15. CENTRO DE SALUD CURUPAITY 16. S.A.M.Co. LA RUBIA 17. S.A.M.Co. SAN GUILLERMO 18. S.A.M.Co. SUARDI 19. S.A.M.Co. VILLA TRINIDAD
5. HBR: S.A.M.Co. CERES	20. S.A.M.Co. HER SILIA 21. S.A.M.Co. AMBROSETTI
6. HBR: S.A.M.Co. HUMBERTO 1°	22. S.A.M.Co. ATALIVA 23. S.A.M.Co. MOISÉS VILLE 24. S.A.M.Co. CONSTANZA 25. CENTRO ASISTENCIAL RAQUEL 26. S.A.M.Co. VIRGINIA
6. HBR: S.A.M.Co. SAN	27. CENTRO ASISTENCIAL SAN JOSÉ

8 CRISTÓBAL	-132-
	28. CENTRO ASISTENCIAL JUAN XXIII 29. CENTRO ASISTENCIAL PELLEGRINI 30. CENTRO ASISTENCIAL LA LUCILA 31. CENTRO ASISTENCIAL EL LUCERO 32. CENTRO ASISTENCIAL CAPIVARA 33. CENTRO ASISTENCIAL AGUARÁ GRANDE 34. CENTRO ASISTENCIAL LA CABRAL 35. CENTRO ASISTENCIAL SANTURCE 36. CENTRO ASISTENCIAL HUANQUEROS

Total de Hospitales Base Referenciales: 7

Total de efectores de áreas programáticas: 36

Total general de establecimientos: 43

ZONA II	Efectores del área programática
1.HBR: S.A.M.Co. VERA	1. DISPENSARIO KM. 17 2. DISPENSARIO SANTA LUCÍA 3. DISPENSARIO ESPÍN 4. DISPENSARIO OGILVIE 5. DISPENSARIO EL TOBA 6. DISPENSARIO FORTÍN CHARRÚA 7. DISPENSARIO KM. 29 8. DISPENSARIO LAS GAMAS 9. S.A.M.Co. MARGARITA 10. S.A.M.Co. CALCHAQUÍ 11. S.A.M.Co. LA GALLARETA 12. CENTRO ASISTENCIAL FORTÍN OLMOS
2. HBR: HOSPITAL RECONQUISTA	13. HOSPITAL MALABRIGO 14. HOSPITAL LANTERI 15. S.A.M.Co. AVELLANEDA 16. CENTRO ASIST. PEDRO VICENTÍN 17. CENTRO ASISTENCIAL PADRE CELSO 18. CENTRO ASISTENCIAL MOUSSY 19. CENTRO ASIST.GUADALUPE NORTE 20. CENTRO ASISTENCIAL LAS GARZAS 21. CENTRO ASISTENCIAL LOS LAPACHOS 22. CENTRO ASIST. ING.CHANOURDIÉ 23. CENTRO ASISTENCIAL EL ARAZÁ 24. CENTRO ASIST. NICANOR MOLINAS 25. CENTRO ASISTENCIAL LOS LAURELES 26. CENTRO ASISTENCIAL BARROS PAZOS 27. CENTRO ASISTENCIAL ARROYO CEIBAL 28. CENTRO ASISTENCIAL BARRIO NORTE 29. CENTRO ASISTENCIAL B° CHAPERO 30. CENTRO ASISTENCIAL B° LA LOMA

	<p>-134-</p> <p>31. CENTRO ASISTENCIAL B° LA CORTADA 32. CENTRO ASISTENCIAL B° OMBUSAL 33. CENTRO ASIST. B° CARMEN LUISA 34. CENTRO ASISTENCIAL B° ITATÍ 35. CTRO COM. B° VIRGEN DE GUADALUPE 36. CTRO. COM. B° ALMAFUERTE 37. CENTRO ASISTENCIAL SAN MANUEL 38. CENTRO ASIST. SIETE PROVINCIAS 39. CENTRO ASIST. FLOR DE ORO 40. CTRO. ASIST. PUERTO RECONQUISTA 41. CENTRO ASISTENCIAL B° BELGRANO 42. CENTRO ASISTENCIAL B° BERNA 43. CENTRO ASISTENCIAL LA SARITA</p>
3. HBR: HOSPITAL DE TARTAGAL	<p>44. CENTRO ASISTENCIAL CAÑADA OMBÚ 45. CENTRO ASISTENCIAL GOLONDRINA 46. CENTRO ASISTENCIAL LOS TÁBANOS 47. CENTRO ASISTENCIAL COLMENA 48. CENTRO ASISTENCIAL KM. 115 49. CENTRO ASISTENCIAL KM.101 50. HOSPITAL DE INTIYACO 51. HOSPITAL DE GARABATO 52. S.A.M.Co. LOS AMORES</p>
4. HBR: S.A.M.Co. VILLA OCAMPO	<p>53. CENTRO ASIST. DE ARROYO CEIBAL. 54. S.A.M.CO. DE CAMPO HARDY. 55. CENTRO ASIST. DE EL SOMBRERITO. 56. CENTRO ASIST. DE EL YAGUARETÉ. 57. S.A.M.CO. DE FLORENCIA. 58. CENTRO ASIST. DE LA RESERVA. 59. CENTRO ASIST. DE PARAJE SAN JUAN. 60. CENTRO ASIST. DE TACUARENDÍ. 61. CENTRO ASISTENCIAL DE EL RABÓN.</p>

	<p>-135-</p> <p>62. S.A.M.CO. DE LAS TOSCAS.</p> <p>63. C. A. SAN ANTONIO DE OBLIGADO.</p> <p>64. HOSPITAL DE VILLA ANA.</p> <p>65. HOSPITAL DE VILLA GUILLERMINA</p>
--	---

Total de Hospitales Base Referenciales: 4

Total de efectores de áreas programáticas: 65

Total general de establecimientos: 69

ZONA III	Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. SAN JAVIER	<p>1. CENTRO ASIST. BARRIO SAN ANTONIO</p> <p>2. CENTRO ASIST. BARRIO LA FLECHA</p> <p>3. CENTRO ASIST. COLONIA YATAY</p> <p>4. CENTRO ASIST. COLONIA LA CRIOLLA</p> <p>5. CENTRO ASIST. BARRIO EL ONCE</p> <p>6. CENTRO ASIST. BARRIO SANTA ROSA</p> <p>7. CENTRO ASIST. COLONIA SAN JOSÉ</p> <p>8. C. A. B° FONAVI Y ZONA DE ISLAS</p> <p>9. CENTRO ASIST. COLONIA LA BRAVA</p> <p>10. CENTRO ASIST. COLONIA FRANCESCA</p> <p>11. CENTRO ASIST. COLONIA TERESA</p> <p>12. C.A. B° TIRO FED. - B° POL. Y CENTRAL</p> <p>13. CENTRO ASIST. CACIQUE ARIACAIQUÍN</p> <p>14. CENTRO ASIST. BARRIO EL TRIÁNGULO</p> <p>15. CENTRO ASIST. B° SANTA TERESITA</p> <p>16. CENTRO ASIST. COLONIA CALIFORNIA</p> <p>17. CENTRO ASIST. BARRIO JARDÍN</p>
2. HBR: S.A.M.Co. HELVECIA	<p>18. CENTRO DE SALUD CAMPO DEL MEDIO</p> <p>19. CENTRO DE SALUD COLONIA NORTE</p> <p>20. CENTRO DE SALUD SALADERO CABAL</p> <p>21. S.A.M.Co. COLONIA MASCÍAS</p>

	-136-
	22. CENTRO DE SALUD SAN JOAQUÍN 23. S.A.M.Co. CAYASTÁ
3. HBR: S.A.M.Co. SANTA ROSA DE CALCHINES	24. DISPENSARIO LOS ZAPALLOS
4. HBR: S.A.M.Co. ROMÁN	25. DISPENSARIO BARRIO OBRERO 26. CENTRO ASISTENCIAL DURÁN 27. CENTRO ASISTENCIAL SAN ROQUE 28. S.A.M.Co. ALEJANDRA 29. CENTRO DE SALUD LOS JACINTOS

Total de Hospitales Base Referenciales: 4

Total de efectores de áreas programáticas: 29

Total general de establecimientos: 33

ZONA IV	Efectores del área programática
1.HBR: S.A.M.Co. SAN GENARO	1. S.A.M.Co. CENTENO 2. S.A.M.Co. LAS BANDURRIAS 3. S.A.M.Co. DÍAZ 4. S.A.M.Co. SAN JENARO NORTE
2. HBR: S.A.M.Co. SAN JORGE	5. CENTRO ASIST. RAMÓN CARRILLO 6. S.A.M.Co. CARLOS PELLEGRINI 7. S.A.M.Co. CASTELAR 8. S.A.M.Co. S. MARTÍN DE LAS ESCOBAS 9. S.A.M.Co. SASTRE 10. S.A.M.Co. TRAILL 11. S.A.M.Co. LANDETA 12. S.A.M.Co. LAS PETACAS 13. S.A.M.Co. CRISPI
3. HBR: S.A.M.Co. CORONDA	14. SALA PSIQUIÁTRICA INSTITUTO CORRECCIONAL MODELO – U.3.

	<p>-137-</p> <p>15. CENTRO ASIST. DESVÍO ARIJÓN 16. CENTRO ASISTENCIAL B° CAIMA 17. S.A.M.Co. LARRECHEA 18. CENTRO ASISTENCIAL AROCENA</p>
4. HBR: S.A.M.Co. BARRANCAS	<p>19. S.A.M.Co. CASALEGNO 20. S.A.M.Co. MACIEL 21. DISPENSARIO EVA PERÓN – MACIEL 22. S.A.M.Co. MONJE 23. S.A.M.Co. YRIGOYEN 24. CTRO. ASISTENCIAL PUERTO ARAGÓN 25. S.A.M.Co. GABOTO 26. S.A.M.Co. SAN FABIÁN</p>
5. HBR: S.A.M.Co. GÁLVEZ	<p>27. CENTRO DE SALUD EVA PERÓN 28. S.A.M.Co. GESSLER 29. S.A.M.Co. LÓPEZ 30. S.A.M.Co. COLONIA BELGRANO 31. S.A.M.Co. LOMA ALTA 32. CENTRO DE SALUD EVITA 33. CTRO ASIST. BERNARDO DE IRIGOYEN</p>
6. HBR: S.A.M.Co. EL TRÉBOL	<p>34. S.A.M.Co. MARÍA SUSANA 35. S.A.M.Co. LOS CARDOS 36. S.A.M.Co. CASAS 37. S.A.M.Co. PIAMONTE 38. S.A.M.Co. CAÑADA ROSQUÍN 39. CENTRO COMUNITARIO MANASSERI</p>

Total de Hospitales Base Referenciales: 6

Total de efectores de áreas programáticas: 39

Total general de establecimientos: 45

ZONA V	-138- Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. ESPERANZA	1. CENTRO ASISTENCIAL B° LA ORILLA 2. CENTRO ASISTENCIAL B° SUR 3. CENTRO ASISTENCIAL B° NORTE 4. S.A.M.Co. SARMIENTO 5. CENTRO ASISTENCIAL NUEVO TORINO 6. S.A.M.Co. SANTO DOMINGO 7. S.A.M.Co. HUMBOLT 8. S.A.M.Co. GRUTLY SUR 9. CENTRO DE SALUD CULULÚ 10. CENTRO DE SALUD HIPATÍA 11. S.A.M.Co. PROGRESO 12. S.A.M.Co. LA PELADA 13. S.A.M.Co. MARÍA LUISA 14. CENTRO ASISTENCIAL GRUTLY NORTE 15. S.A.M.Co. PROVIDENCIA 16. S.A.M.Co. FELICIA 17. CENTRO DE SALUD ELISA 18. S.A.M.Co. PILAR
2. HOSPITAL DE NIÑOS “Dr. ORLANDO ALASSIA” – SANTA FE	
3. HBR: HOSPITAL “PROTOMÉDICO M. RODRÍGUEZ” DE RECREO	19. CENTRO ASIST. ANGEL GALLARDO 20. CENTRO ASISTENCIAL CANDIOTI 21. S.A.M.Co. MONTE VERA 22. S.A.M.Co. RECREO 23. CENTRO ASISTENCIAL VILLA LAURA 24. S.A.M.Co. ARROYO AGUIAR
4. HBR: HOSPITAL “Dr. JOSÉ M. CULLEN” – SANTA FE	25. CENTRO ASISTENCIAL ALTO VERDE 26. CENTRO ASISTENCIAL CTRO.CÍVICO 27. CENTRO ASIST. DEMETRIO GÓMEZ 28. CENTRO ASISTENCIAL EMAUS

	<p>-139-</p> <p>29. CENTRO ASISTENCIAL EVITA 30. CENTRO ASISTENCIAL FO.NA.VI 31. CENTRO ASISTENCIAL LA BOCA 32. CENTRO ASIST. MENDOZA OESTE 33. CTRO ASIST.POLICLÍNICO CENTENARIO 34. CENTRO ASISTENCIAL SAN LORENZO</p>
5. HBR: S.A.M.Co. SAN CARLOS CENTRO	<p>35. S.A.M.Co. SAN AGUSTÍN 36. S.A.M.Co. SAN MARIANO 37. S.A.M.Co. SAN JERÓNIMO DEL SAUCE</p> <p>-139-</p> <p>38. S.A.M.Co. MATILDE 39. S.A.M.Co. SAN JERÓNIMO NORTE 40. S.A.M.Co. SAN CARLOS NORTE 41. S.A.M.Co. SAN CARLOS SUD 42. S.A.M.Co. STA CLARA DE BUENA VISTA</p>
6. HBR: S.A.M.Co. GDOR.CRESPO	<p>43. HOSPITAL VERA Y PINTADO 44. CENTRO ASISTENCIAL LA CRIOLLA 45. CTRO. ASIST. SAN MARTÍN NORTE 46. CENTRO ASIST. COLONIA DOLORES 47. CENTRO ASIST. PEDRO GÓMEZ CELLO 48. CENTRO ASISTENCIAL LA CAMILA 49. CENTRO ASISTENCIAL SILVA 50. CENTRO ASISTENCIAL LA PENCA</p>
7. HOSPITAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL DISCAPACITADO “Dr.CARLOS VERA CANDIOTI” – SANTA FE	
8. HBR: S.A.M.Co. SANTO TOMÉ	<p>51. CENTRO ASIST. ADELINA OESTE 52. CENTRO ASIST.HIPÓLITO YRIGOYEN 53. CENTRO ASIST. DOMINGO PERÓN 54. CENTRO ASIST.EVA D. DE PERÓN</p>

	<p>-140-</p> <p>55. CTRO. ASIST. LISANDRO DE LA TORRE 56. CTRO. ASIST. ALICIA M. DE JUSTO 57. CENTRO ASISTENCIAL AEROPUERTO 58. CENTRO ASISTENCIAL SAUCE VIEJO 59. CENTRO ASIST. JORGE NEWBERY 60. CENTRO ASISTENCIAL MARGARITA</p>
9. HBR: HOSPITAL “J.B. ITURRASPE”	<p>61. CENTRO COMUNITARIO ALBERDI 62. CTRO. COM. BARRANQUITAS OESTE 63. CTRO. COM. BARRIO EL POZO 64. CTRO. COM. COLASTINÉ NORTE 65. CTRO. COM. GUADALUPE NORTE</p> <p>66. CTRO. COM. GUTIÉRREZ ESTE 67. CTRO. COMUNITARIO LA GUARDIA 68. CTRO. COMUNITARIO LOS HORNOS 69. CTRO. COMUNITARIO PADRE COBO 70. CTRO. COM. POLICLÍNICO VECINAL 71. CTRO. COMUNITARIO QUILMES 72. CTRO. COMUNIT. RINCÓN NORTE 73. CTRO. COMUNIT. SETÚBAL 74. CTRO. COM. SAN JOSÉ DEL RINCÓN 75. CTRO. COMUNIT. VILLA DEL PARQUE</p>
10. HBR: S.A.M.Co. SAN JUSTO	<p>76. S.A.M.Co. EMILIA 77. CENTRO COM. B° SAN JOSÉ OBRERO 78. S.A.M.Co. SOLEDAD 79. CTRO. ASISTENCIAL BARRIO REYES 80. S.A.M.Co. NARÉ 81. S.A.M.Co. VIDELA 82. S.A.M.Co. MARCELINO ESCALADA 83. S.A.M.Co. RAMAYÓN 84. S.A.M.Co. VILLA SARALEGUI</p>

11. HBR: S.A.M.Co. LAGUNA PAIVA	<p>-141-</p> <p>85. CTRO. COMUNITARIO BARRIO OESTE 86. CTRO.COMUNITARIO VILLA TALLERES 87. S.A.M.Co. NELSON 88. S.A.M.Co. LLAMBI CAMPBELL 89. CTRO.COMUNITARIO CAMPO ANDINO 90. CTRO.COMUNIT.BARRIO LOS HORNOS} 91. S.A.M.Co. CAYASTACITO</p>
12. HBR: HOSPITAL “DR. MIRA Y LÓPEZ”	<p>92. CTRO.COMUNITARIO BARRIO CABAL 93. CTRO.COMUNITARIO ABASTO 94. CTRO.COMUNIT.JUV UNIDA DEL NORTE 95. CTRO.COMUNITARIO B° LOS TRONCOS 96. CTRO.COMUNITARIO SAN AGUSTÍN 97. CTRO.COMUNITARIO B° ACERÍA <p>-141-</p> <p>98. CTRO.COMUNIT.CABAÑA LEIVA 99. CTRO.COMUNIT. ESTANISLAO LÓPEZ 100. CTRO.COMUNIT. BARRIO YAPEYÚ 101. DISPENSARIO ESC. N° 1109</p> </p>
13. HBR: HOSPITAL SAYAGO	<p>102. CTRO.COM. ALTOS DE NOGUERA 103. CTRO.COM. SAN MARTÍN N° 8 104. CTRO.COM. LAS FLORES II 105. CTRO.COM. ALTOS DEL VALLE 106. CTRO. COM. S. MARTÍN DE PORRES 107. CTRO.COMUNITARIO HIPÓDROMO 108. CTRO.COMUNIT.NUEVA POMPEYA 109. CTRO.COMUNIT.SAN JOSÉ</p>

Total de Hospitales Base Referenciales: 11

Total de Hospitales especializados: 2

Total de efectores de áreas programáticas: 109

Total general de establecimientos: 122

ZONA VI	Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. LAS ROSAS	1. S.A.M.Co. LAS PAREJAS 2. S.A.M.Co. MONTES DE OCA 3. S.A.M.Co. BOUQUET
2. HBR: HOSPITAL SAN CARLOS DE CASILDA	4. S.A.M.Co. LOS MOLINOS 5. CENTRO DE SALUD SANFORD 6. S.A.M.Co. BIGAND 7. S.A.M.Co. CHABÁS
3. HBR: S.A.M.Co. TOTORAS	8. S.A.M.Co. ANDINO 9. S.A.M.Co. CLASON 10. S.A.M.Co. LUCIO V. LÓPEZ 11. S.A.M.Co. SERODINO 12. S.A.M.Co. LA RIBERA 13. CTRO. ASISTENCIAL CLARKE 14. S.A.M.Co. OLIVEROS 15. S.A.M.Co. SALTO GRANDE
4. HBR: S.A.M.Co. AREQUITO	16. S.A.M.Co. ARTEAGA 17. S.A.M.Co. SAN JOSÉ DE LA ESQUINA 18. DISPENSARIO S. JOSÉ DE LA ESQUINA
5. HBR: S.A.M.Co. BERABEVÚ	19. S.A.M.Co. GODEKEN 20. S.A.M.Co. VILLADA 21. S.A.M.Co. LOS QUIRQUINCHOS 22. S.A.M.Co. CHAÑAR LADEADO
6. HBR: HOSPITAL DE CAÑADA DE GÓMEZ	23. CENTRO DE SALUD CORREA 24. CENTRO DE SALUD BUSTINZA 25. S.A.M.Co. TORTUGAS 26. S.A.M.Co. ARMSTRONG 27. S.A.M.Co. VILLA ELOÍSA
7. COLONIA PSIQUIÁTRICA DE OLIVEROS	

Total de Hospitales Base Referenciales: 6

Total de Hospitales especializados: 1

Total de efectores de áreas programáticas: 27

Total general de establecimientos: 34

ZONA VII	Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. VENADO TUERTO	1. S.A.M.Co. ELORTONDO 2. CASA DEL SOL 3. S.A.M.Co. MAGGIOLO 4. S.A.M.Co. MARÍA TERESA 5. CENTRO DE SALUD CHAPUY 6. CENTRO DE SALUD CHRISTOPHERSEN 7. CENTRO DE SALUD LA CHISPA 8. CENTRO DE SALUD MURPHY 9. CTRO. PEDIÁTRICO J.VIDALLE-MURPHY 10. CTRO. DE SALUD SAN EDUARDO 11. CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO 12. S.A.M.Co. TEODELINA 13. CENTRO ASIST. DEL B° STA. ROSA. 14. CENTRO ASIST. DE SAN JOSÉ OBRERO. 15. CENTRO ASIST. DE SAN VICENTE. 16. CENTRO ASIST. DE TIRO FEDERAL. 17. CENTRO DE SALUD N° 1. 18. S.E.R.
2.HBR: S.A.M.Co. TEODELINA	19. HOSPITAL SANTA ISABEL 20. S.A.M.Co. VILLA CAÑÁS 21. HOGAR ANCIANOS STA.ROSA DE LIMA
3. HBR: S.A.M.Co. RUFINO	22. CTRO SALUD AARÓN CASTELLANOS 23. CTRO. DE SALUD DIEGO DE ALVEAR 24. CTRO. DE SALUD AMENÁBAR 25. CTRO. DE SALUD LAZZARINO 26. HOSPITAL SAN GREGORIO

	-144-
	27. CTRO.PERIFÉRICO BULGHERONI
	28. S.A.M.Co. SANCTI SPÍRITU
4. HBR: S.A.M.Co. HUGHES	29. S.A.M.Co. WHEELWRIGHT 30. CTRO.DE SALUD CARRERAS 31. CTRO.DE SALUD LABORDEBOY
5. HBR: S.A.M.Co. FIRMAT	32. S.A.M.Co. CAÑADA DEL UCLE 33. S.A.M.Co. CHOVET 34. S.A.M.Co. MELINCUÉ 35. S.A.M.Co. MIGUEL TORRES 36. SALA ASISTENCIAL CENTENARIO 37. SALA ASISTENCIAL LA PATRIA 38. SALA ASISTENCIAL CARLOS CASADO

Total de Hospitales Base Referenciales: 5

Total de efectores de áreas programáticas: 38

Total general de establecimientos: 43

ZONA VIII	Efectores del área programática
1. HBR: S.A.M.Co. ÁLVAREZ	1. S.A.M.Co. ARMINDA 2. S.A.M.Co. PUEBLO MUÑOZ 3. S.A.M.Co. VILLA MUGUETA
2. HBR: HOSPITAL DEL CENTENARIO – ROSARIO	4. CTRO.COMUNITARIO N° 2 5. CTRO.COMUNITARIO N° 3 6. CTRO.COMUNITARIO N° 16 7. CTRO.COMUNITARIO N° 17 8. CTRO.COMUNITARIO N° 21 9. CTRO.COMUNITARIO N° 26 10. CTRO.COMUNITARIO N° 27 11. CTRO.COMUNITARIO N° 47 12. CTRO.COMUNITARIO N° 48
3. HBR: HOSPITAL ACEBAL	13. CTRO.DE SALUD CNEL. DOMÍNGUEZ 14. CTRO. DE SALUD PAVÓN ARRIBA
4. HBR: HOSPITAL PROVINCIAL – ROSARIO	15. CTRO.COMUNITARIO N° 4 16. CTRO.COMUNITARIO N° 5 17. CTRO.COMUNITARIO N° 6 18. CTRO.COMUNITARIO N° 7 19. CTRO.COMUNITARIO N° 9 20. CTRO.COMUNITARIO N° 10 21. CTRO.COMUNITARIO N° 11 22. CTRO.COMUNITARIO N° 12 23. CTRO.COMUNITARIO N° 13 24. CTRO.COMUNITARIO N° 14 25. CTRO.COMUNITARIO N° 15 26. CTRO.COMUNITARIO N° 22 27. CTRO.COMUNITARIO N° 24 28. CTRO.COMUNITARIO N° 25 29. CTRO.COMUNITARIO N° 28 30. CTRO.COMUNITARIO N° 29

	-146- 31. C.E.A.C.
5. HBR: HOSPITAL DE SAN LORENZO	32. CTRO. DE SALUD TIMBÚES 33. CTRO. DE SALUD LA SALADA 34. CTRO. DE SALUD FRAY L. BELTRÁN 35. CTRO. DE SALUD ALDAO 36. CTRO. DE SALUD RICARDONE 37. CTRO. DE SALUD PTO.G. SAN MARTÍN
6. HBR: HOSPITAL ARROYO SECO	38. DISPENSARIO RAMÓN CARRILLO 39. DISPENSARIO CNEL. BOGADO 40. DISPENSARIO GRAL. LAGOS 41. DISPENSARIO ALBARELLOS 42. DISPENSARIO FIGHERAS 43. S.A.M.Co. VILLA AMELIA
7. HBR: S.A.M.Co. VILLA GDOR. GÁLVEZ	44. DISPENSARIO ALVEAR 45. DISPENSARIO PUEBLO NUEVO 46. DISPENSARIO BARRIO TALLERES 47. DISPENSARIO 4 DE JUNIO 48. DISPENSARIO 17 DE OCTUBRE 49. DISPENSARIO NIÑO JESÚS 50. DISPENSARIO SAN ENRIQUE 51. DISPENSARIO EVITA 52. DISPENSARIO SAN MARTÍN 53. DISPENSARIO CONSTANCIO C. VIGIL 54. DISPENSARIO MORTELARI 55. DISPENSARIO MARÍA AUXILIADORA 56. DISPENSARIO INTENDENTE ANDREU 57. DISPENSARIO PUEBLO ESTHER
8. HBR: S.A.M.Co. VILLA CONSTITUCIÓN	58. S.A.M.Co. CEPEDA 59. S.A.M.Co. CAÑADA RICA 60. S.A.M.Co. LA VANGUARDIA 61. S.A.M.Co. GENERAL GELLY

	<p>-147-</p> <p>62. CENTRO ASISTENCIAL CABRAL 63. S.A.M.Co. JUAN B. MOLINA 64. S.A.M.Co. GODOY 65. CENTRO ASISTENCIAL RUEDA 66. S.A.M.Co. THEOBALD 67. S.A.M.Co. EMPALME V. CONSTITUCIÓN 68. CTRO.COMUNITARIO PAVÓN 69. DISPENSARIO EVA PERÓN 70. DISPENSARIO 17 DE OCTUBRE</p>
9. HBR: HOSPITAL DE GRANADERO BAIGORRIA	<p>71. CTRO.COMUNITARIO N° 7 72. CTRO.COMUNITARIO N° 30 73. CTRO.COMUNITARIO N° 54 74. CTRO.COMUNITARIO N° 8 75. CTRO.COMUNITARIO N° 19 76. CTRO.COMUNITARIO N° 18 77. CTRO.COMUNITARIO N° 20 78. CTRO.COMUNITARIO N° 23 79. CTRO.MATERNO INFANTIL</p>
10. HBR: S.A.M.Co. ALCORTA	<p>80. S.A.M.Co. JUNCAL 81. S.A.M.Co. MÁXIMO PAZ 82. S.A.M.Co. BOMBAL 83. S.A.M.Co. SANTA TERESA 84. S.A.M.Co. PEYRANO</p>
11. HBR: S.A.M.Co. CORONEL ARNOLD	<p>85. S.A.M.Co. FUENTES 86. S.A.M.Co. PUJATO 87. S.A.M.Co. ZAVALLA</p>
12. HBR: S.A.M.Co. CAPITÁN BERMÚDEZ	88. DISPENSARIO LUIS CRISTALLINI
13. HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE	
14. HBR: S.A.M.Co. CARCARAÑÁ	89. CENTRO COMUNITARIO N° 1

	<p style="text-align: center;">-148-</p> <p style="text-align: center;">90. HOSPITAL ROLDÁN</p> <p style="text-align: center;">91. DISP.VILLA FLORES DE ROLDÁN</p> <p style="text-align: center;">92. DISPENSARIO SAN JERÓNIMO SUR</p>
--	--

Total de Hospitales Base Referenciales: 13

Total de Hospitales especializados: 1

Total de efectores de áreas programáticas: 92

Total general de establecimientos: 106

TOTALES DE ESTABLECIMIENTOS PROVINCIALES DE SALUD

ZONA	HBR	EFECTORES AREA PROGRAMÁTICA	ESPECIALIZADOS	SUBTOTAL EFECTORES
I	7	36	-	43
II	4	65	-	69
III	4	29	-	33
IV	6	39	-	45
V	11	109	2	122
VI	6	27	1	34
VII	5	38	-	43
VIII	13	92	1	106
TOTALES	56	435	4	495

Anexo 3 : REPORTAJE A JOAQUIN

-El artículo 123 de la Constitución nacional instauró la autonomía municipal, pero Santa Fe la ignoró.

-Es cierto, no cumple con la Constitución provincial. La Carta Magna dice que "cada provincia dicta su propia Constitución, asegurando la autonomía municipal". Santa Fe no lo ha hecho, por lo que debería, aprovechando las próximas elecciones, llamar a una Asamblea Constituyente para reformar su Constitución y dotar de autonomía a Rosario y a otras ciudades, como Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo y Venado Tuerto.

-¿La Asamblea podría tratar también de bajar el costo institucional?

-Sí. Soy partidario de eliminar el Senado provincial y la Vicegobernación. Esto produciría un ahorro de más de 50 millones de pesos, que deberían destinarse a educación. Además, los diputados electos con el sistema unicameral deberán serlo por circunscripciones, dividiendo la provincia en zonas y que el número de diputados sea proporcional a los habitantes de cada una de ellas.

-No nos olvidemos que Santa Fe está gobernada por el PJ...

-Efectivamente. Como miembro del consejo ejecutivo del PJ, le solicité al presidente, Angel Baltazzi, que cite al consejo para que se traten estos temas, pero todavía no tuve respuestas.

-¿Por qué entiende que no se ha realizado la reforma?

-Porque la autonomía y la descentralización son las formas organizativas de los países más avanzados, pero acá afectarían intereses del centro del poder que es la ciudad de Santa Fe. La autonomía implica un reordenamiento total del Estado, la transferencia de funciones de la provincia a los municipios. Esto lleva a la pérdida de poder. El cartel santafesino no quiere la autonomía de Rosario.

-¿Qué es el cartel santafesino?

-Un conjunto de factores de poder, sin ideología partidaria, que se beneficia con la actual organización, pero que perjudica a Rosario en términos económicos, financieros y de nivel de vida.

-¿Qué funciones se transferirían de la provincia a las ciudades?

-Hoy el intendente no puede ni disponer la poda de un árbol. La idea es que quien está más cerca de cada realidad la puede manejar con mayor eficiencia. El municipio debería tener representantes en los órganos reguladores de Aguas Provinciales y del servicio eléctrico, y el control del puerto y el aeropuerto, ambos privatizados. También deben transferirse a los municipios la atención primaria de la salud (dispensarios), la defensa del medio ambiente, la protección de los ancianos y la niñez..

-¿Eso fortalecerá institucionalmente a la ciudad?

-Desde luego. Será más poderosa y un factor de integración regional, pues la autonomía le permitirá asociarse con municipios vecinos, hoy no lo puede hacer, para crear un fuerte centro captador de inversiones que generen trabajo y riquezas.

-¿Podría Rosario, como la Capital Federal, hacerse cargo de la educación?

-Sí. Habría que discutirlo con la comunidad educativa, pero mi opinión es que la actual estructura del Ministerio de Educación es obsoleta. Un manejo municipal mejoraría la calidad de la educación.

-¿Qué pasaría con la seguridad?

-Soy partidario de una policía del gran Rosario, al estilo de los condados estadounidenses. Que el intendente no puede opinar y decidir sobre quien es el jefe de policía de su ciudad es un atropello.

-¿Es posible que Rosario, como Córdoba, vote su propia carta orgánica?

-Claro. De incluirse en la reforma constitucional. De este modo los rosarinos decidirán si quieren un intendente con más o menos poder y el número de concejales.

-¿Cómo es eso?

-Los convencionales legislan cómo quieren que sea el gobierno municipal. Esto incluye el número de concejales y el gasto autorizado. Así se hizo en Córdoba hace seis años. Esto ya existió en Rosario en 1933. La ciudad fue autónoma hasta que la provincia fue intervenida.

-Quienes se oponen argumentan que la autonomía deja sin protección a los sectores más pobres de la provincia.

-Es una falacia. Los sectores más pobres están en Rosario. Estamos arriba de un barril de pólvora. Hoy tenemos doscientos mil habitantes en villas de emergencia y quinientos mil personas con necesidades básicas insatisfechas.

CITAS Y NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(1) OMS. Informe de la Organización Mundial de la Salud [on line] (New York, 2003), Ed. OMS. Disponible en:
www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index6.html

(2) SANTA FE. Ley 6312/67 – SAMCo – Decreto reglamentario N° 04321/67 [on line],
(Santa Fe, 2006), Ed. UPCN. Disponible en www.upcnfe.org.ar,

(3) Ibidem

(4) MALAGON-LONDOÑO, Galán Morera. Inequidades sociales de la Comunidad, en: “La Salud pública, (Bogotá, 2002) Ed. Panamericana, págs 315.

(5) Ibidem. Propuesta de solución para acortar las brechas sociales y disminuir las diferencias de oportunidad de vida del Municipio saludable, págs. 316

(6) ARGENTINA. Constitución de la Nación Argentina [on line], (Buenos Aires, 2006), Ed. Senado, Disponible en:
www.senado.gov.ar.

(7) Ibid. Art. 42

(8) Ibid. Art. 75

(9) Ibid. Art. 14-14bis.

(10) Ibid. Art. 27

(11) Ibid. Art. 77, inc. 19-22-23

(12) Ibid.Art. 14bis

(13) Ibid. Art. 28

(14) MORELLO, Augusto. El impacto de las reformas constitucionales en el sistema de justicia, en “Revista ED” (02-03-98)

15) Op. Cit. Art. 123

(16) SANTA FE. Constitución de la Provincia de Santa Fe [on line], (Santa Fe, 2006), Ed. Gobierno, Disponible en:
www.santafe.gov.ar, Art. 19

(17) Ibid. Art. 21

(18) Ibid. Art. 23

(19) Op. Cit.

(20) Ibid. Págs. 30-31

(21) Ibid. Pág. 189

(22) Ibid.

(23) Ibid.

(24) Ibid. Pág. 190

(25) Ibid. Pág. 215

(26) Ibid. Pág. 216

(27) MENDEZ, Carlos. Metodología : diseño y desarrollo del proceso de investigación, 3^a. Ed., (Bogotá, 2001), Ed. McGrawHill. Págs 134-135

(28) SAMPIRI COLLADO, Lucio. Metodología de la investigación, (México, 1998) Ed. McGrawHill. Pág. 186

(29) BUENOS AIRES. Constitución de la ciudad Autónoma de Buenos Aires [on line], (Buenos aires, 2006), Ed. Gobierno. Disponible en: www.buenosaires.gov.ar.

(30) CORDOBA. Constitución de la Provincia de Córdoba [on line], (Córdoba, 2006) Ed. Gobierno. Disponible en:
www.gcba.gov.ar.

(31) SAN LUIS. Constitución de la Provincia de San Luis [on line], (San Luis, 2006) Ed. Gobierno. Disponible en: www.gobiernoelectronico.ar.

(32) ARGENTINA. Ley N° 22.250, Decreto 438/99, Modificada por Ley N° 22.253. (Buenos Aires, 2006) Ed. Senado. Disponible en: www.senado.gov.ar.

(33) ARGENTINA. Decreto 20/99. Competencias del Ministerio de Salud, (Buenos Aires, 2006) Ed. Senado. Disponible en: www.senado.gov.ar.

(34) SANTA FE. Plan Trienal del gobierno de Santa Fe 89/91. (Buenos Aires, 1989), Tall Gráf. Del Libro. Pág 28

(35) Ibid.

(36) Ibid.

(37) Ibid. Pág. 29

(38) Ibid.

(39) Ibid. Pág. 30

(40) ROSARIO. Plan Estratégico de la ciudad de Rosario (Rosario, 1999), Ed. Esc. Art. Gráf. Del Colegio Salesiano “San José”. Pág. 38

(41) Ibid.

(42) Ibid. Pág.. 208

(43) Ibid. Pág.. 211

(44) ROSARIO. Ocho años de transformaciones y participación ciudadana Rosario 1995/2003 (Rosario, 2003) Ed. Municipal. Pág. 49

(45) Ibid.

(46) Ibid. Pág. 55

(47) ESPAÑA. Constitución española [on line] (Madrid, 1978) Ed. Rediris. Disponible en:

www.Constitución.rediris.es/legis/1978.

(48) MADRID. Comunidad de Madrid [on line] (Madrid, 2006), Ed. Comunidad, Disponible en

www.Madrid.org/comun/inv_es/o,3137,8601_8807_855_.00html

(49) Puede ubicarse la información en línea a www.observatory.dk

(50) Op. cit.

(51) ROJAS OCHOA, Francisco. Origen del movimiento de atención primaria de salud en Cuba , en “revista Cubana de medicina General Integral” [on line] (La Habana, enero-feb. 2003, v. 19, nº 1)

(52) RODRIGUEZ , Félix y Meinardo Zayas Venent. Estudios para el perfeccionamiento del plan Médico de familia, en: 2Revista cubana Médica General Integral [on line]

(La Habana, marzo-abril 2003, v.19, nº 2)

(53) JORNADAS Provinciales de Salud con la comunidad_en: “La Capital” (Rosario, 9 de abril de 2006) pág. 14

(54) REPORTAJE a Joaquin, en: “La Capital” (rosario, 1º de abril de 2004)

(55) SANTA FE. Ley N° 10.396, Defensoría del pueblo, Leyes Constitucionales, art. 1 y 2 (Rosario, 2000), Ed.

Fundación Ross, pág. 71

BIBLIOGRAFIA

a) General

ENTREVISTA al dirigente justicialista Alberto Joaquín, en : “La Capital”. – (Rosario, 1º de abril de 2004)

ESPAÑA. Constitución española [on line]. – (Madrid, 200), Ed. Rediris. – Disponible en:

www.Constitución.rediris.ex/legis/1978

JORNADAS Provinciales de Salud con la comunidad,en : “La Capital”. – (Rosario, 9 de abril de 2006)

MADRID. Competencias de la Comunidad de Madrid , (Comunidad, 2006),

.Edit. Comunidad,2006 Disponible en: www.Madrid.org/común/inv_es/0.3137.8601_887_855_cohtml

MALAGON-LONDOÑO, Galán Morera, Pontón Laverde. Garantía de Calidad en Salud, (Bogotá, 199), Ed. Panamericana.

-- ---- La Salud Pública. – (Bogotá, 2002) Ed. Panamericana.

MENDEZ , Carlos. Metodología : diseño y desarrollo del proceso de investigación, 3ª. Ed, (Bogotá, 2001)
Ed.: McGrawHill.

MORELLOAugusto M. El impacto de las reformas constitucionales en el sistema de justicia, en .”Revista E” -(02-03-98)

OMS. Informe de la Organización Mundial de la Salud[on line], (New York :, 2003). Ed. OMS. Disponible en:
www.who.int/mhr/2003/Chapter//es/index6.html

RODRIGUEZ, Félix y Meinardo Zayas Vinent. Estudios para el del perfeccionamiento Plan Médico de Familia., enn : ” Revista Cubana de Medicina Integral” [on line]. ((La Habana, marzo 2003,v.19, nº 2)

ROJAS Ochoa, Francisco. Origen del movimiento de atención primaria de la salud en Cuba, en :" Revista Cubana de Medicina General e Integral[on line"].. (La Habana, ,enero-febrero 2003, v. 19, nº 1)

ROSARIO. Ocho años de transformaciones y participación ciudadana : Rosario 1995/2003.(Rosario, 2003), Imp. Municipal.

ROSARIO. Plan Estratégico de la Ciudad de Rosario (Rosario,1999), Esc. Art. Gráf. Del Colegio salesiano “San José”.

SAMPINI Collado, Lucio. Metodología de la Investigación, (México, 1998), Ed. McGrawHill.

b) Especial

ARGENTINA. Constitución Nacional [on line], (Buenos Aires, 2006);Ed. Senado, Disponible en :www.senado.gov.ar

-- ---. Decreto 20/99 [on line]. (Buenos Aires, 2006); Ed. Senado. Disponible en: www.senado.gov.ar.

-- ---- Ley N° 22.250 Decreto 438/92 modificada por ley 25253[on line]. (Buenos Aires, 2006),Ed. Senado, 2006.-Disponible en: www.senado.gov.ar

BUENOS AIRES. Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [on line]. – (Buenos Aires, 2006), Ed.Gobierno, Disponible en: www.buenosaires.gov.ar

CORDOBA. Constitución de la Provincia de Córdoba [on line]. (Córdoba , 2006): Ed. Gobierno, Disponible en: www.gcba.gov.ar

RUIZ, M . de. Manual de la Constitución Nacional.(Buenos Aires, 1997) Ed.Heliasta.

SAN LUIS. Constitución de la Provincia de San Luis [on line].(San Luis,2006) : Ed.Gobierno .Disponible en: . www.gobiernoelectronico.ar.

SANTA FE. Constitución de la Provincia de Santa Fe [on line].(Santa Fe, 2006) : Ed.Gobierno. disponible en: www.santafe.gov.ar.

-- --- Ley Nº 10.396. Defensoría del pueblo : leyes constitucionales. (Rosario, 2006), Ed. Fundación Ross.

- ---- Plan Trienal del Gobierno de Santa Fe 89/91. (Buenos Aires,1989),: Tall. Gráf. Del Libro.

.. ... Ley 6312/67 – SAMCo – Decreto reglamentario Nº 04321/67 [on line]. – (Santa Fe, 2006), UPCN.

Disponible en: www.upcnsfe.org.ar

Otras direcciones de Internet que se han consultado:

www.santafe.gov.ar/gobierno/tecnica/ley12111.htm

www.chubut.gov.ar

www.sup-trib-delsur.gov.ar

www.hcdcorrientes.gov.ar

www.gov.gba

INDICE

MARCO LEGAL Y ENFOQUE SANTAFESINO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

1. Tema.....	3
2. Problema.....	3
3. Hipótesis	3
4. Puntos provisorios de tesis que se demostrarán y defenderán.....	3
5. Objetivos.....	4
5.1. Objetivos Generales	
5.2. Objetivos específicos	

Capítulo I

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

1. Atención Primaria de la Salud.....	5
2. Constitución Nacional.....	8
2.1. Principios fundamentales	
2.2. El programa social constitucional	
3. Constitución de la Provincia de Santa Fe.....	11
4. Reforma Constitucional.....	12
4.1. Salud-Diagnóstico	
4.2. Metas	
4.3. Medio Ambiente	

Capítulo II

METODOLOGIA Y DISEÑO

1.Tipo de Estudio y diseño.....	16
---------------------------------	----

Capítulo III

CONSTITUCIONES PROVINCIALES

1. Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	18
2. Constitución de la Provincia de Córdoba.....	20
3. Constitución de la Provincia de San Luis.....	24

Capítulo IV

LEYES NACIONALES

1.Ley N ^a 22.520 Decreto 438/92, modificada por la. Ley N ^a 25.523.....	27
2.Decreto 20/99	29
2.1. Secretaría de Política y Regularización sanitaria	
2.2. Secretaría de Atención Sanitaria	
2.3. Subsecretaría de Coordinación	
2.4.Subsecretaría de Investigación y Tecnología	

- 2.5. Subsecretaría de Planificación, Control Regularización y Fiscalización
- 2.6. Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud.
- 2.7. Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción

Capítulo V

ANTECEDENTES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

1. Antecedentes de la Provincia de Santa Fe.....	34
2. Antecedentes de Planes del Gobierno Municipal de Rosario.....	36

Capítulo VI

DERECHO COMPARADO

1.La Constitución Nacional de España.....	41
2.Competencias de la Comunidad de Madrid.....	45
3.Informe de la Organización Mundial de la Salud..... 3.1. Financiación de los Sistemas de Salud 3.2. Desarrollo de un financiamiento 3.3. Resolver los estrangulamientos del sistema 3.4. Sistemas de Salud 3.5. Documentos conexos 3.6. Objetivo el acceso universal 3.7. Rectoría pública, participación de la comunidad 3.8. Crear sistemas basados en principios: cooperación de la OMS con los países	47

4.Sistema de APS de Cuba.....	71
-------------------------------	----

Capítulo V

OTRAS FUENTES

1. Jornadas Provinciales de Salud en la Comunidad (6-9 dic. 2006 : Rosario).....	78
2. Entrevista al dirigente justicialista Alberto Joaquín.....	79

Capítulo VIII

CONCLUSION FINAL

1.Conclusión.....	80
2.Síntesis.....	81

Capítulo IX

PROPUESTA DE REFORMAS

1.Reforma de la Constitución de la Provincia de Santa Fe - en el aspecto Salud- por artículo.....	84
2.Ley sistema Integrado de Salud Provincia-Municipio.....	89

3. Reforma de la Ley N° 6312 – SAMCo-	
Decreto Reglamentario N° 04321/67.....	91
4.Otras Reformas constitucionales a tener en cuenta.....	92
5.Reforma de la Ley N° 10.396- Defensoría del Pueblo.....	93

ANEXOS

Anexo 1: Ley 6312/67- S.A.M.CO.

Decreto reglamentario N° 04321/67.....	95
Ley N° 6578	
Ley N° 10440	

Anexo 2: Listado de áreas programáticas.....	131
--	-----

Anexo 3: Entrevista a Joaquín.....	149
------------------------------------	-----

CITAS Y NOTAS BIBLIOGRAFICAS.....	152
-----------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	156
-------------------	-----

INDICE ANALITICO GENERAL